



XX КОНГРЕСС
«МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

25–27 апреля 2024 года

СБОРНИК ТРУДОВ

Сочи 2024

Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

Патогенетическое действие¹

1 КАПСУЛА
в день¹

2 ПОКАЗАНИЯ
– доброкачественная гиперплазия
предстательной железы¹
– хронический простатит^{1*}

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
ТЕРАПИИ
НЕ ОГРАНИЧЕНА¹**



РЕКЛАМА



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

* Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите.

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Простамол® Уно от 31.03.2022.

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно (МНН: пальмы ползучей плодов экстракт). **Показания к применению:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (I и II стадии); устранение дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная полиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, возраст до 18 лет. **Побочное действие:** Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. В редких случаях – дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, изжога (при приеме натощак). **Способ применения и дозы:** Препарат Простамол® Уно применяют по 1 капсуле (320 мг) 1 раз в сутки в одно и то же время, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Длительность курса лечения не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. **Условие отпуска из аптек:** без рецепта.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ОТ 31.03.2022.

Информация для специалистов здравоохранения. RU-PROS-13-2023-v01-print, утверждено 16.06.2023.

ООО «Берлин-Хеми/ А. Менарини»,
123112, Москва,
Пресненская наб., д. 10,
БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00,
факс: (495) 785-01-01
<http://www.berlin-chemie.ru>

МОО «МУЖСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

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

25–27 апрель 2024 г.

2024

Под редакцией академика Камалова А.А.

Редакционный совет:

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

XX конгресс «Мужское здоровье». Сборник тезисов 25–27 апреля 2024 г. Тезисы сгруппированы по тематическим направлениям работы конгресса и публикуются в авторской редакции.

МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», с 192.

Доброкачественная гиперплазия простаты

ВОДНО-ПАРОВАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ)

Шибает А.Н., Сулейманов Р.С., Богатов Д.В., Кравцова А.В., Павлова Ю.В., Подойницын А.А., Федерякин Д.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ РФ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Введение: В лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в настоящее время широко применяются как медикаментозные, так и хирургические методы лечения. «Золотым стандартом» оперативного лечения этих пациентов является трансуретральная резекция предстательной железы. Тем не менее, продолжается разработка новых малоинвазивных методов оперативного лечения больных с ДГПЖ. Одним из них является водно-паровая термоабляция предстательной железы.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность водно-паровой термоабляции предстательной железы с помощью аппарата Rezum у пациентов с доброкачественной гиперплазией.

Материалы и методы: В исследование включены 22 первичных пациента с ДГПЖ, прошедшие лечение с помощью аппарата Rezum® (Boston Scientific Corp. США) в период с сентября 2022 по февраль 2024 года (медиана наблюдения 6 мес). Средний возраст составил $68,7 \pm 1,4$ лет. Объем предстательной железы $47,4 \pm 3,2 \text{ см}^3$ ($33\text{--}75,7 \text{ см}^3$). Максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) составила $10,1 \pm 0,7 \text{ мл/с}$. Объем остаточной мочи (PVR) – $69,7 \pm 9,2 \text{ см}^3$. Общий балл по шкале IPSS составил $25,5 \pm 1,3$, показатель качества жизни (QoL) $4,1 \pm 0,3$. Интра- и послеоперационные осложнения оценивали по шкале Clavien-Dindo.

Результаты: уретральный катетер удален через $6,1 \pm 0,3$ дней (5–10 дней). После удаления катетера в 95,5% случаев восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Одному пациенту потребовалась повторная катетеризация мочевого пузыря сроком на 5 дней. После удаления катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Через 3 месяца после операции у большинства пациентов 86,3% (19 из 22) наблюдалось улучшение объективных показателей мочеиспускания по сравнению с исходными: Q_{max} и PVR составили $16,3 \pm 1,5 \text{ мл/с}$ и $19,8 \pm 1,0 \text{ см}^3$ соответственно ($p < 0,05$). Так же наблюдалось значительное снижение IPSS и QoL – $8,9 \pm 1,4$ и $2,7 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,05$). Объективные показатели мочеиспускания продолжали улучшаться до 6 мес. наблюдения (Q_{max} $17,6 \pm 1,1 \text{ мл/с}$ и PVR $14,3 \pm 0,8 \text{ см}^3$, $p < 0,05$ по сравнению с показателями 3 месяцев). Так же наблюдалось значительное снижение IPSS и QoL – $4,1 \pm 1,3$ и $1,4 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с показателями 3 месяцев). После чего эти показатели оставались стабильными в течение всего срока наблюдения. Общая эффективность составила 95,4% (21 из 22 пациентов). Периоперационные осложнения возникли у 3 из 22 пациентов (не превышали 2а по Clavien-Dindo).

Заключение: Водно-паровая термоабляция предстательной железы – это новый, эффективный и безопасный метод лечения пациентов с ДГПЖ. Окончательный вывод об эффективности водно-паровой термоабляции предстательной железы можно будет сделать при большей выборке пациентов и на более длительных сроках наблюдения.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия простаты, симптомы нижних мочевых путей, минимально-инвазивное лечение, водно-паровая термоабляция, Rezum.

ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мартырясян Л.К., Камалов Д.М., Охоботов Д.А., Кадрев А.В., Камалов А.А.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
обособленное подразделение Медицинский научно-образовательный центр
Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России, г. Москва*

На сегодняшний день наиболее распространенным методом лечения гиперплазии предстательной железы является трансуретральная резекция и лазерная энуклеация. Несмотря на то, что эти методики широко распространены и выполняются многими врачами-урологами, у них есть некоторые недостатки, которые накладывают ряд ограничений для проведения операции соматически отягощенным пациентам, так как проводятся под комбинированным наркозом, длительность которого зависит от объема предстательной железы.

В настоящее время в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова в рамках научного клинического исследования внедряется новая методика лечения гиперплазии простаты под названием «SoractelLite TPLA» (трансперинеальная лазерная абляция гиперплазии предстательной железы) с помощью зарегистрированного в РФ аппарата EchoLaser X4. В ходе операции выполняется чрескожное введение оптических волокон (одно или два волокна на долю в зависимости от базального объема предстательной железы) через трансперинеальный доступ и подача лазерной энергии в течение нескольких минут, которая вызывает нагрев тканей до тех пор, пока они не будут разрушены, с последующим прогрессивным уменьшением объема предстательной железы.

Согласно данным специализированной медицинской литературы, благодаря особенностям трансперинеального доступа, минимизируется риск повреждения слизистых мочеиспускательного канала и внутреннего сфинктера мочевого пузыря. Это обеспечивает профилактику рубцовых сужений, не вызывает нарушения семяизвержения. Операция проводится под местным обезболиванием и седацией, что упрощает подготовительный этап к госпитализации и может быть проведена пациентам с серьезными сопутствующими заболеваниями, которым проведение традиционных методов лечения гиперплазии простаты не представляется возможным в связи с необходимостью полноценного наркоза.

Наиболее важными преимуществами данного метода лечения являются минимальная инвазивность, короткий срок госпитализации, местное обезболивание без необходимости проведения полноценного наркоза, улучшение качества жизни, мочеиспускания с сохранением возможности интимной жизни и зачатия детей (т.к не влияет на мужскую потенцию и не вызывает нарушения семяизвержения), быстрое восстановление и отличные эстетические результаты. Благодаря всем этим особенностям, данная методика успешно интегрирована в область микроинвазивных медицинских процедур и используется в клинической практике в таких странах как Италия, США и Китай и др.

Согласно данным оценки отдаленных результатов через 6 и 12 месяцев при использовании метода SoractelLite (Claudio Maurizio Pacella, etс, 2020) были продемонстрированы положительные результаты оперативного лечения, подтверждаемые снижением баллов по шкале IPSS, уменьшением объема предстательной железы, уменьшением объема остаточной мочи, сохранением скорости потока мочи по данным урофлоуметрии в течение 12 месяцев после операции. Стандартные осложнения для эндоскопических операций не превышали 8%, при этом ретроградная эякуляция встречалась в 1,2% случаев. По данным анализа первичных результатов эффективности метода SoractelLite (Huai-Jie Cai, etс, 2022): все пациенты успешно перенесли операцию, причем через 6 месяцев средний IPSS улучшился с $22,7 \pm 5,3$ до $9,1 \pm 3,2$ ($p < 0,001$), а качество жизни улучшилось с $4,9 \pm 1,7$ до $2,3 \pm 1,3$ ($p < 0,001$). При этом Qmax улучшилось с $8,5 \pm 3,0$ до $15,2 \pm 4,8$ мл/с ($p < 0,001$), а средний объем предстательной железы колебался от $70,8 \pm 23,8$ до $54,7 \pm 20,9$ мл ($p < 0,05$).

В настоящее время в МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова успешно выполнена трансперинеальная лазерная абляция простаты двум пациентам по методике SoractelLite с помощью системы EchoLaser. Процедуры прошли без осложнений, предварительные результаты хорошие.

Анализ данных зарубежной литературы продемонстрировал безопасность и отличные функциональные результаты этого метода лечения гиперплазии предстательной железы, при этом не сообщалось о серьезных хирургических, послеоперационных или отдаленных осложнениях, таких как недержание мочи, эректильная дисфункция, ретроградная эякуляция и стриктура уретры. Учитывая, что этот метод является относительно новым, то показания и результаты лечения в настоящее время изучаются. Несмотря на то, что в некоторых странах он уже был внедрен вне рамок клинических испытаний, необходимо провести сравнительный анализ на основании собственных клинических данных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ОДНОМ ЦЕНТРЕ

Андреев Р.Ю.², Колонтарев К.Б.¹, Пушкарь Д.Ю.¹

¹*Российский университет медицины, г. Москва, Россия.*

²*Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, г. Москва, Россия.*

Ключевые слова: ДГПЖ, лазерная вапоризация, тулиевая энуклеация, хирургия, тулиевый лазер.

Введение/цель исследования. Трансуретральный доступ является широко распространенным при операциях по поводу аденомы простаты. Трансуретральная монополярная, а в последствии и биполярная, резекция простаты были золотым стандартом при оперативном лечении аденомы простаты в течение последних десятилетий и широко применялись урологами всего мира. Однако у пациентов перенесших трансуретральную электрорезекцию простаты в первые недели отмечается гематурия, выраженный болевой синдром и дискомфорт. С целью улучшения результатов оперативного лечения гиперплазии простаты и повышения качества жизни пациентов были разработаны и внедрены лазерные системы, позволяющие выполнять энуклеацию, вапоризацию и вапоризацию простаты.

Целью исследования явилась оценка результатов трансуретральной вапорезекции простаты с применением тулиевого лазера.

Материал и методы. Пациентам выполнялась трансуретральная вапорезекция простаты с применением тулиевого лазера. Использовалось волокно 1000 микрон и установленная мощность была 200 Вт. Данное сочетание типа лазера, размера волокна и мощности позволяет с высокой скоростью выполнять резекцию аденоматозной ткани, с минимальной кровопотерей и исключается возможность развития ТУР синдрома. С целью сохранения гистологического материала, в ходе выполнения оперативного лечения у пациентов методом вапоризации, резецировались участки аденомы простаты размером около 0,5-1 см. Резецированная ткань удалена через тубус резектоскопа при помощи эвакуатора.

С применением данного метода оперировано 540 пациентов. Оценивались такие параметры как: время резекции; улучшение скорости мочеиспускания (Q max), количество остаточной мочи (PVR), международная система суммарной оценки симптомов болезней предстательной железы (IPSS) и индекса качества жизни (QoL).

Результаты. Средний возраст составил 67 лет (от 46 до 98). Средний объем простаты составил 118,4 см³. Среднее время вапорезекции составило 102 минуты. Длительность нахождения уретрального катетера 1,8 суток. Qmax значительно улучшился в среднем с 4,8 до 20,4 мл. PVR снизился с 94 до 17 мл. Так же отмечены улучшения показателей IPSS с 20,1 до 6,2 и QoL с 4 до 1. Ни одному пациенту гемотрансфузий, а также повторного дренирования мочевого пузыря не потребовалось. 2 пациентам потребовалось применение гемостатических препаратов. 4 пациентам потребовалась повторная госпитализация для выполнения оперативного лечения: 2 пациента по поводу склероза шейки мочевого пузыря, 2 пациента по поводу стриктуры уретры.

Заключение. Оценка результатов лазерной вапорезекции простаты с применением тулиевого лазера показала высокую безопасность и эффективность оперативного лечения. Данный метод позволяет оперировать пациентов с объемами аденомы предстательной железы свыше 150 см³, также пациентов, длительно принимающих антикоагулянты, сохранить гистологический материал, для исключения онкологического процесса. Данные 3-х летнего наблюдения показали значительные улучшения качества жизни пациентов и симптомов мочеиспускания. Требуется более длительное наблюдение и включение большего числа пациентов в исследование, чтобы оценить сохранение полученных результатов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПОЗИЦИИ КЛАССИФИКАЦИИ SLAVIEN-DINDO

Ахмадалиев Т., Наджимитдинов Я.С.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии (Узбекистан)

Введение. Наиболее распространенным методом лечения больных с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) или золотым стандартом является трансуретральная резекция

простаты (ТУРП). Тем не менее, после вмешательства могут быть осложнения, изучение и систематизация, которых позволяет снизить вероятность осложнений в дальнейшем. Цель-изучить возможность применения модифицированной классификации Clavien-Dindo для оценки степени тяжести осложнений ТУРП при ДГП. 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 2022 г. по март 2023 г. были изучены результаты ТУРП, выполненные 110 больным ДГП. Средний возраст пациентов 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 IIIb (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 обострение инфекции 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. (II степени тяжести). К IIIb 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.

АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ХОДЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГПЖ

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

*ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль*

Введение. Гиперплазия предстательной железы (ГПЖ) является одним из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Если морфогенез ГПЖ, а также закономерности адаптационной и патологической перестройки нижних мочевых путей описаны в литературе, то о компенсаторных процессах в самой простате на фоне роста узлов гиперплазии, свидетельства практически отсутствуют.

Цель работы: изучить особенности морфологической перестройки ткани предстательной железы и ее сосудистой системы у лиц, страдающих ГПЖ, с различным уровнем компенсации функции мочевого пузыря.

Материал и методы. Исследован аутопсийный материал 82 мужчин в возрасте 60-80 лет, разделенных на 4 группы: 25 мужчин без ГПЖ, умерших от причин, не связанных с урологической патологией; 25 мужчин с ГПЖ признаков декомпенсации мочевого пузыря; 22 мужчины с декомпенсированной ГПЖ, являющейся основным заболеванием, где непосредственной причиной смерти выступала хроническая задержка мочи, двусторонний уретерогидронефроз, ХБП, уремия; 10 человек, умерших от разных причин, однако, имеющих в патологоанатомическом диагнозе ГПЖ, осложненную острой задержкой мочи. Морфологическому исследованию подвергались фрагменты предстательной железы и параппростатическая клетчатка. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по Масону, по Харту и выполняли: обзорную микроскопию, морфометрию сосудов и стереометрию структурных компонентов простаты. Кроме того, проводили иммуногистохимическое исследование (ИГХ) с использованием мышиных моноклональных антител к SMA.

Результаты исследования. Образование и прогрессирующий рост узлов предстательной железы приводит к компенсаторной перестройке ткани этого органа. Её проявлением становится, во-первых, гипертрофия гладкой мускулатуры простаты, сокращение которой, вероятно, обеспечивает эвакуацию застойного секрета из кистозно-измененных ацинусов, однако, при этом, возможно является и морфологическим субстратом динамического компонента инфравезикальной обструкции при ГПЖ, и, во-вторых, ремоделирование органного артериального русла, обеспечивающее трофику избыточно развитым гладких мышц стромы. Перестройка внутриорганных артерий, проявляется гипертрофией гладкой мускулатуры меди и интимы, а также усилением капиллярного русла. Со временем, на фоне продолжающегося роста гиперпластических узлов, в ткани простаты прогрессируют склеротические процессы, которые, с одной стороны, имеют воспалительный генез, а, с другой, носят сенильный дисциркуляторный характер, обусловленный атеросклерозом внеорганных артерий и перестройкой внутриорганных артерий в связи с длительно существующей артериальной гипертензией, которая выражается развитием склероза и гиалиноза мелких артерий и артериол, а также прогрессирующей редукции капиллярного русла. Данные процессы, в сущности, являются

проявлением истощения компенсаторных возможностей артериального русла простаты и «сводят на нет» всю предшествующую его перестройку. Дополняет морфологическую картину грубого рубцевания предстательной железы развитие дистрофического обызвествления застойного секрета в кистозно-перестроенных ацинусах гиперпластических узлов и в склерозированной строме. В итоге, предстательная железа становится не только увеличенной в объеме за счет узлов гиперплазии, но и ригидной за счет фиброза, что, наряду с гипертрофией гладкомышечного компонента стромы, способствует дальнейшему повышению сопротивления оттоку мочи. Увеличение размеров узлов, воспалительный отек органа, его склероз и петрификация, а также прогрессирующая редукция артериального русла, приводят к развитию венозной гиперемии и расстройств лимфообращения, потенциально являясь морфологической предпосылкой для возникновения осложнений гиперплазии простаты.

Выводы. При ГПЖ компенсаторно-приспособительные процессы происходят не только в детрузоре, но и в предстательной железе, а также ее сосудистом русле. При этом, направленные на обеспечение нормального функционирования органа в условиях формирования гиперпластических узлов, истощаясь, они, в конечном итоге, приводят к его патологической перестройке, сами становясь причиной нарушения оттока мочи, предопределяя динамику развития заболевания и возникновение его осложнений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ 5 α -РЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕД ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ

Павлов А.Ю., Дзидзария А.Г., Фастовец С.В., Кравцов И.Б.

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

Введение: Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является одним из наиболее частых заболеваний мужчин, начиная с 40—50 лет. Гистологически она обнаруживается более чем у 60 % данной возрастной группы, и более чем у 40 % мужчин этого возраста проявляет себя клинически. В настоящее время в арсенале у урологов имеются достаточное количество вариантов хирургического лечения данного заболевания. Во всем мире, трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) на протяжении длительного времени является «золотым» стандартом хирургического лечения ДГП. В нашем исследовании была определена способность ингибитора 5-альфа-редуктазы уменьшать объем предстательной железы, снижать васкуляризацию ткани предстательной железы и тем самым уменьшать риск интра- и постоперационного кровотечения у больных с гиперплазией предстательной железы, перенесших трансуретральную резекцию простаты.

Материалы и методы: Для определения степени васкуляризации предстательной железы до и после 3 месячного курса приема ингибиторов 5 α -редуктазы было использовано ультразвуковое исследование с цветным доплеровским сканированием при помощи трансректального датчика. В исследование были включены 29 пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты. После выполнения исходного ТРУЗИ все пациенты были распределены в две группы. Пациенты 1-й группы (15 человек) получали в течение 3 месяцев ингибитор 5 α -редуктазы в дозировке 0,5 мг 1 раз в день, пациентам второй группы (14

человек) дополнительное лечение не проводилось. Через 3 месяца всем пациентам выполнено повторное ТРУЗИ с цветным доплеровским сканированием. При этом средний возраст пациентов первой группы составил 66.8 ± 2.5 лет, средний возраст пациентов контрольной группы — 66.4 ± 5.3 лет.

В дальнейшем 27-ми пациентам была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы, у 2-х пациентов из первой группы восстановилось адекватное мочеиспускание. В последующем нами были оценены: продолжительность оперативного вмешательства, масса резецированной ткани, объем ирригационного раствора, а также уровень гемоглобина после оперативного вмешательства.

Результаты: При сравнении в первой группе продолжительность операции и объем использованной ирригационной жидкости были значительно меньше, так же нами была выявлена статистически достоверная разница между средними показателями двух исследуемых групп по уровню послеоперационного гемоглобина.

Выводы: Основываясь на результатах нашего исследования можно утверждать о достоверном снижении васкуляризации предстательной железы у больных с доброкачественной гиперплазией простаты после 3-х месячного курса ингибиторами 5 α -редуктазы, что облегчает выполнение ТУР предстательной железы у данных пациентов и способствует улучшению результатов лечения. Полученные нами данные позволяют рекомендовать применение терапии ингибиторами 5 α -редуктазы в ходе предоперационной подготовки больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

ОДНОВРЕМЕННАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЪЕМОМ 160 СМ. КУБ. И EN-BLOCK РЕЗЕКЦИЯ СТЕНКИ МОЧЕТОЧНИКА С ОБРАЗОВАНИЕМ

*Попов С.В., Орлов И.Н., Вязовцев П.В., Сулейманов М.М., Чернов К.Е.,
Копытова И.Ю., Семикина С.П.*

Санкт-Петербург

Введение. В связи с увеличением продолжительности жизни населения и ростом числа пожилых и старых людей, увеличивается количество полиморбидных пациентов, требующих комплексного лечения. Так, гиперплазией предстательной железы страдает 50% мужчин старше 50 лет и до 90% мужчин старше 90 лет. Постоянное совершенствование методов хирургического лечения данной патологии способствовало значительному снижению послеоперационных осложнений и летальных исходов для гериатрических пациентов, что делает возможным проведение таких операций симультанно.

Материалы и методы. В клинику обратился пациент 83 лет с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, наличие цистостомического дренажа. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет пациент состоит на учете у онколога с диагнозом Рак предстательной железы T1cN0M0, получает лечение препаратами аЛГРГ. Полгода назад по поводу острой задержки мочеиспускания пациенту выполнена троакарная цистостомия.

При дообследовании по данным МСКТ органов мочевыделительной системы с в/в контрастированием выявлено увеличение размеров предстательной железы до 67х57х85 мм с интравезикальной простатической протрузией до 25мм, а так же наличие солидного новообразования в нижней трети левого мочеточника размером 17х12мм, протяженностью 20,5 мм, активно накапливающее контрастное вещество, уретерогидронефроз слева.

Принято решение об эндоскопическом симультанном лечении - уретеропиелоскопии слева с биопсией новообразования и выполнении паллиативной трансуретральной резекции предстательной железы. Данная тактика была выбрана с целью верификации онкологического диагноза в отношении образования левого мочеточника и избавления от цистостомического дренажа, на чем, в первую очередь, настаивал пациент.

В связи с размерам предстательной железы, выполнить уретеропиелоскопию полуригидным уретероскопом технически не представлялось возможным. Поэтому, первым этапом проведена биполярная энуклеация аденомы предстательной железы. Выбор метода операции при этом был обусловлен размером предстательной железы и целью снижения риска интра- и послеоперационного кровотечения. Вторым этапом была выполнена уретеропиелоскопия, визуализирована опухоль в нижней трети мочеточника, выполнена резекция стенки мочеточника (мы использовали тулиевый лазер) с образованием в пределах здоровых тканей.

Результаты. При гистологическом исследования у пациента выявлена неинвазивная уротелиальная карцинома high grade, подслизистая и мышечная оболочка без опухолевого поражения.

В результате лечения у пациента было восстановлено самостоятельное мочеиспускание, проведено хирургическое лечение рака левого мочеточника. Учитывая коморбидный фон пациента, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, принято решение воздержаться от радикальной хирургической тактики в объеме нефруретерэктомии. На настоящий момент пациент находится на диспансерном наблюдении, выполняет контрольные исследования в плановом порядке. Данных за рецидив опухоли не получено.

Заключение. Выбор метода и объема хирургического лечения у пожилых людей должно проводиться с учетом риска интра- и послеоперационных осложнений. Так же, при выборе метода лечения таких пациентов необходимо учитывать факторы ожидаемой продолжительности и качества жизни, которые могут являться для них определяющими.

ГОЛЬМИЕВАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛАЦИЯ ПРОСТАТЫ: СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гиясов Ш.И.¹, Гаффаров Р.Р.²

¹Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкент, Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введение. Оценка хирургических осложнений после гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) путем систематизации послеоперационных осложнений на основе

стандартизированного подхода у больных с клинически значимой доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. Были проанализированы послеоперационные осложнения HoLEP у 40 пациентов с клинически значимой ДГПЖ. Для этого мы использовали классификацию Клавьен-Диндо (ККД), адаптированную для оценки послеоперационных осложнений хирургических методов лечения ДГПЖ.

Результаты. С целью определения границы неосложненного течения послеоперационного периода с осложненным течением мы унифицировали критерии неосложненного течения послеоперационного периода при хирургическом лечении ДГПЖ, включая HoLEP. Эти критерии включали:

- незначительное (неинтенсивное) окрашивание кровью мочи, выделяющейся по уретральному катетеру и/или цистостоме, без образования сгустков крови и без нарушения функции дренажей, не требующее дополнительной инфузионной (более 1 литра), диуретической и гемостатической терапии;
- постоянное капельное промывание мочевого пузыря до 36 часов после оперативного вмешательства;
- повышение температуры тела пациента до 37,9°C без озноба в течение не более 48 часов, не требующее жаропонижающей, инфузионной терапии (более 1 литра);
- нахождение интраоперационно установленного гемостатического уретрального катетера от 12 до 72 часов (по указанию хирурга) без развития инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях (МВП) и потребности в дополнительных вмешательствах;
- нахождение цистостомического дренажа до 5 суток после оперативного вмешательства;
- переходящее недержание мочи сроком до 1 месяца при отсутствии инфекции МВП.

Затем были определены критерии осложненного течения послеоперационного периода с учетом дополнительных консервативных и инвазивных вмешательств, проведенных для их устранения. Данные критерии были приведены в соответствие с логикой каждой из 5 степеней тяжести ККД. В соответствии с адаптированной ККД среди 40 пациентов, перенесших HoLEP, было зарегистрировано 28 (70%) послеоперационных осложнений у 20 (50%) пациентов. Осложнения I степени – 8 (28,6%) случаев, II степени – 16 (57,1%), IIIa степени – 3 (10,7%), IIIb степени – 1 (3,6%), осложнений IVa, IVb и V степени отмечено не было. Унифицированные критерии позволили точно зарегистрировать все послеоперационные осложнения. Более высокая общая частота осложнений в нашем исследовании объясняется включением всех легких осложнений (I и II степени).

Выводы. Для объективной оценки послеоперационных осложнений HoLEP и качества хирургических вмешательств с использованием ККД ее необходимо предварительно адаптировать с учетом специфики метода и особенностей послеоперационного периода. HoLEP – высокоэффективный и безопасный хирургический метод лечения ДГПЖ. Эффективность лечения достигла 100% за счет отсутствия осложнений, требующих дополнительных реконструктивно-пластических вмешательств, а также летальных исходов.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТУЛИЕВОЙ ВОЛОКОННОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Сорокин Н.И.^{1,2}, Стригунов А.А.¹, Нестерова О.Ю.^{1,2}, Бондарь И.В.², Камалов А.А.^{1,2}

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М. В. Ломоносова»,
Москва, Россия;

²Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель: оценка распространённости и возможных факторов риска стрессового недержания мочи после тулиевой волоконной энуклеации гиперплазии простаты (ThuFLEP), выполненной одним урологом с опытом выполнения эндоскопических энуклеаций более 3000.

Материалы и методы: исследование носило ретроспективный характер. С мая 2021 по сентябрь 2022 года было выполнено ThuFLEP была выполнена 381 пациенту. В качестве источника лазерной энергии использовался лазерный аппарат Fibertase U3 со стандартными настройками 1,5 Дж 40 Гц, 60 Вт. Стрессовое недержание мочи оценивалось в соответствии с рекомендациями Международного общества по удержанию мочи на основании субъективных жалоб пациента, а также на основании результатов, полученных при заполнении дневника мочеиспускания в течение 2-х дней. Статистический анализ возможных предикторов был проведён на основании регрессионного логистического анализа.

Результаты: У 45 пациентов после выполнения ThuFLEP (11,8%) отмечалось стрессовое недержание мочи. Только у 1 пациента (0,3% от общей выборки) симптомы сохранились более 3-х месяцев, в то время как у оставшихся 99,7% регрессировали в течение 3-х месяцев после ThuFLEP: у 18 пациентов (4,7%) в течение 1-го месяца, а у 26 пациентов (6,8%) – в течение последующих 2-х месяцев. Исследование профиля внутриуретрального давления 1-го пациента с персистирующим стрессовым недержанием мочи показало выраженную сфинктерную недостаточность, которая была успешно скорректирована на фоне комплексной реабилитации и недержание мочи также регрессировало через 3 месяца после начала реабилитации. На основании однофакторного регрессионного анализа было показано, что количество баллов по шкале IPSS является фактором риска стрессового недержания мочи: при увеличении на каждый балл шанс стрессового недержания увеличивается в 1,074 раз (95%ДИ=1,007-1,145, $p=0,029$). Защитным фактором стрессового недержания мочи является использование техники en-bloc: шанс стрессового недержания мочи при этом снижается на 89,4% (95%ДИ=0,014-0,789, $p=0,028$). Многофакторный регрессионный анализ показал аналогичную тенденцию, однако различия оказались статистически незначимыми.

Заключение: Стрессовое недержание мочи после ThuFLEP выявляется у 11,8% пациентов и регрессирует у 99,7% через 3 месяца после операции. Фактором риска стрессового недержания мочи является выраженность нарушений мочеиспускания, оцененная при помощи опросника IPSS, в то время как в качестве защитного фактора выступает энуклеация с применением методики en-bloc.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА НА ОСНОВЕ КУРКУМИНА И ГЕНИСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ, НЕ ТРЕБУЮЩЕЙ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Карида Мария Владимировна

Москва

Введение. Высокая распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) определяет актуальность проблемы ее лечения. Врачи часто используют в практике фитопрепараты. Один из подобных препаратов – «Гардапрост» – содержит куркумин, генистеин и экстракт зеленого чая, и цель данного исследования – оценить динамику изменения объема предстательной железы, а также параметров урофлоуметрии (объем мочеиспускания, средняя скорость мочеиспускания, максимальная скорость мочеиспускания) и анкеты IPSS у пациентов с диагностированной ДГПЖ на фоне его приема.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, которое включало 16 мужчин с диагнозом ДГПЖ и объемом предстательной железы не более 100 мл. Все пациенты принимали препарат, содержащий куркумин, генистеин и экстракт зеленого чая, перорально по 1 капсуле 1 раз в день в течение 6 месяцев.

Результаты. На фоне 6 месяцев приема фитопрепарата объем предстательной железы уменьшился с 45,9 до 37,1 мл ($p < 0,05$), объем мочеиспускания увеличился с 250 до 303 мл ($p = 0,028$), максимальная скорость мочеиспускания увеличилась с 17,3 до 22,1 мл/сек ($p = 0,002$), сумма баллов по шкале IPSS снизилась с 25 до 14 ($p < 0,05$), при этом количество баллов по вопросу 7 снизились с 4 до 2 ($p < 0,05$). В рамках проведенного исследования средняя скорость мочеиспускания статистически значимо не изменилась.

Заключение. Препарат «Гардапрост» статистически значимо снижает объем предстательной железы и увеличивает показатели урофлоуметрии «объем мочеиспускания», «максимальная скорость мочеиспускания». Также на фоне терапии «Гардапростом» статистически значимо снижается количество баллов по шкале IPSS, в частности, оценка вопроса №7.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Аль-Шукри А.С., Максимова А.В., Глазнева С.Ю., Коломийцева М.Р., Конюший В.С.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России
Кафедра урологии с клиникой*

Введение: Простатспецифический антиген (ПСА) является одним из наиболее ценных маркеров для выявления рака предстательной железы у мужчин. Также принято считать, что уровень ПСА увеличивается с возрастом. На сегодняшний день активные научные исследо-

вания в этом направлении выявляют взаимосвязь не только между уровнем ПСА и онкологическим процессом в железе, но и зависимость между объемом простаты и уровнем ПСА.

Цель: Выявить зависимость между общим\свободным уровнем простатического специфического антигена и объемом предстательной железы у мужчин с диагнозом доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы: В период с января 2023 года по февраль 2024 на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России было проведено 160 оперативных вмешательств (ТУР/ТУЭП) мужчинам диагнозом ДГПЖ, который в дальнейшем был подтверждён гистологическим исследованием послеоперационного материала. На амбулаторном этапе у всех мужчин был выполнен забор крови для оценки значений ПСА, а также определен объем предстательной железы посредством трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Полученные данные были обработаны посредством программы STATISTICA 10.0

Результаты: Средний возраст пациентов в исследовании составил 64 года. Среднее значение ПСА для объема железы 40 мл составило 2,5 нг/мл. При объеме железы 60 мл, значение ПСА составило 3,8 нг/мл. Среднее значение для объема железы 80 мл составило 6,0 нг/мл.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об отсутствии влияния возраста мужчины на уровень ПСА, при этом установлена статистически значимая корреляция между объемом предстательной железы и уровнем ПСА (как свободным, так и общим) у мужчин с гистологически верифицированным диагнозом ДГПЖ. Индивидуальная интерпретация значений ПСА для конкретного пациента поможет увеличить эффективность скрининга.

ПРОФИЛАКТИКА ОККЛЮЗИИ НЕЦЕЛЕВЫХ СОСУДОВ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ

Попов С.В., Орлов И.Н., Винцовский С.Г., Архипов А.Н., Гринь Е.А., Орлов А.Р.

СПБ ГБУЗ Клиническая больница святителя Луки; ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница.

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой серьезную проблему здравоохранения, поскольку она затрагивает около 50% мужчин в возрасте от 50 до 60 лет и 90% мужчин в возрасте 85 лет и старше.

Увеличение переходной зоны предстательной железы за счет пролиферации железистых и фиброзно-мышечных элементов приводит к образованию андрогензависимых узелков, что, в свою очередь, ведет к обструкции нижних отделов мочевыводящих путей. Все это снижает качество жизни пациентов, страдающих ДГПЖ.

В настоящее время существуют различные методы лечения ДГПЖ в зависимости от тяжести симптомов и общего состояния здоровья пациента. Когда медикаментозное лечение не приводит к значимому уменьшению объема простаты и регрессу симптомов обструкции, ему на смену приходят инвазивные методы лечения.

Среди хирургических методик лечения ДГПЖ трансуретральная резекция (ТУР) простаты в настоящее время считается золотым стандартом, обеспечивающим значимую редукцию

объема предстательной железы и, соответственно, быстрый регресс симптоматики у пациентов. Помимо ТУР у таких пациентов также используют лазерную энуклеацию, вапоризацию простаты, а также аденомэктомию.

Однако, несмотря на свою эффективность, у хирургических методов имеются определенные недостатки, связанные с отбором пациентов и возможными осложнениями. Так, применение данных методик ограничено у соматически ослабленных пациентов, пациентов, принимающих антикоагулянтную и антиагрегантную терапию.

Эмболизация простатических артерий (ЭПА) — это интервенционный радиологический метод с доказанной эффективностью, приводящий к улучшению симптомов мочеиспускания, уменьшению объема простаты, характеризующийся минимальными осложнениями.

Эффективность ЭПА была продемонстрирована в нескольких исследованиях с эффективностью, близкой к таковой при трансуретральной резекции простаты. Целью операции является редукция кровотока по артериям простаты, индуцирующая некроз предстательной железы и, как следствие, уменьшение простаты.

Технически самая сложная часть ЭПА — идентификация и катетеризация артерий предстательной железы. Простатические артерии имеют диаметр 0,5-1,5 мм, сложную анатомию, разные варианты отхождения, а также анастомозы с другими ветвями внутренней подвздошной артерии (ВПА). Этим обусловлена техническая сложность идентификации и катетеризации простатических артерий (ПА), а также возможность развития осложнений, связанных с нецелевой эмболизацией соседних органов таза.

Цель работы: Оценить результаты эмболизации артерий простаты с использованием методов профилактики нецелевой эмболизации артерий соседних органов таза.

Материалы и методы: С 2016г. по 2024 г. на базе Ленинградской областной клинической больницы и клинической больницы Святителя Луки было выполнено 143 эмболизации артерий простаты. ЭПА проводилась по стандартной методике.

Однако, при наличии артериальных анастомозов введение микрочастиц может спровоцировать развитие осложнений (некроз кожи головки полового члена, кожи промежности, слизистой прямой кишки, стенки мочевого пузыря).

Для предотвращения нецелевой эмболизации нами использованы приемы, предотвращающие нежелательные явления, связанные с нецелевой окклюзией артерий таза: применяется плоскодетекторная компьютерная томография (ПДКТ). Выполняется она интраоперационно после катетеризации ВПА, а затем и ПА, вводится контрастное вещество и выполняется ротационная ангиография, после компьютерной постобработки в трех плоскостях оценивается область кровоснабжения данной артерии.

При обнаружении "опасных" анастомозов, а именно наличие высокопоточных анастомозов к клинически значимым органам и структурам (половой член, мочевой пузырь, прямая кишка) выполнялась перераспределительная эмболизация (ПЭ). После обнаружения анастомоза, выполняется суперселективная катетеризация анастомоза микрокатетером 2,4Fr и эмболизация микроспиралью 0,018 дюйма для разобщения артериальных бассейнов и профилактики попадания микрочастиц в артерии соседних органов таза. После окклюзии анастомоза продолжается введение микрочастиц в ПА.

При наличии рефлюкса эмболизационного агента в клинически важные артерии, в случае выраженной извитости, атеросклеротического поражения бассейна ВПА, препятствующих

суперселективной катетеризации простатической артерии ПЭ выполнялась дистальнее устья ПА с использованием спиралей 0,035 дюйма коронарными баллонами 3,5-4 мм, либо мягкими баллонами для нейроинтервенций. После перераспределительной окклюзии проводилась ЭПА с использованием микросфер до полного прекращения кровотока по простатическим артериям.

Во время операции оценивались: успех и частота осложнений, связанных с процедурой, общая продолжительность ЭПА, время, лучевая и контрастная нагрузка, а также наличие анастомозов и анатомических особенностей, не позволяющих выполнить селективную катетеризацию простатической артерии. В ближайшем и отдаленном периоде учитывались осложнения, связанные с доступом и процедурой, изменение объема простаты на данным ТРУЗИ, изменение показателей урофлоуметрии, изменение выраженности клинических проявлений симптомов нижних мочевых путей, оцененных параметрами IPSS и QoL.

Результаты: Билатеральную эмболизацию удалось выполнить у 128 (90%) пациентов. У 12 (9%) пациентов, ввиду анатомических особенностей не удалось выполнить селективную катетеризацию ПА, что потребовало выполнить перераспределительную эмболизацию в 5(4%) случаях с использованием спиралей и 7 (5%) случаях с использованием окклюдизирующего баллона. В 10 случаях (7,5%) выполнено разобщение анастомозов с соседними артериальными бассейнами с помощью микроспиралей.

В течение 6-12 месяцев наблюдения объем предстательной железы уменьшился на 44 %, объем остаточной мочи - на 57 %, уровень ПСА – на 41 %, IPSS и QoL, увеличились до удовлетворительных значений на 60 и 41 % соответственно. Пульсирующая гематома бедренной артерии зафиксирована в 3х (2%) случаях, кровь в кале в 1м(0,7%), гемоспермия в 3х (2%), гематурия в 2х (1,5%), острая задержка мочеиспускания в 3х (2%).

Заключение: Эмболизация артерий простаты позволяет уменьшить объём предстательной железы, улучшить уродинамику и облегчить симптомы нижних мочевыводящих путей. Использование методик профилактики нецелевой эмболизации, а именно интраоперационной ПДКТ и перераспределительной эмболизации позволяет достичь технического и клинического успеха и снизить риск нецелевой эмболизации и, как следствие, уменьшить нежелательные явления процедуры и улучшить клинические результаты.

СРАВНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ И КОРОТКИХ КУРСОВ ПРОСТАМОЛ УНО (ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Давидов М.И., Бунова Н.Е.

Кафедра факультетской хирургии и урологии Пермского медицинского университета

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

Материалы и методы. В клинике урологии ПГМУ и Клинической поликлинике № 2 Перми продолжено исследование эффективности коротких и продолжительных курсов использования препарата простамол уно (первые результаты были доложены 1 год назад). Ретроспективно по историям болезни, амбулаторным картам и анкетам изучена эффектив-

ность коротких (1-3 мес) и продолжительных (1 год и более) курсов монотерапии ДГП у 93 пациентов в возрасте от 44 до 70 лет. Первую группу составили 49 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 – 24 чел., 2 мес – 15, 3 мес – 10). Вторую группу составили 44 больных, которые принимали простамол уно 1 год и более (1 год – 22 чел., 2 года – 7, 3 года – 6, 4 года – 4, 5 лет – 3, 6 лет – 2). Исходные показатели в двух группах не различались ($p > 0,05$); средний возраст $61,2 \pm 3,2$ лет и $61,7 \pm 3,3$ года соответственно, симптоматика по шкале IPSS $11,1 \pm 2,8$ и $11,4 \pm 2,1$; объем простаты по УЗИ $35,2 \pm 3,6$ и $36,3 \pm 3,6$ см³; объем остаточной мочи $38,2 \pm 4$ и $40,1 \pm 4$ мл. Контрольные осмотры выполнены в сроки: в 1-й группе – через 10-24 мес после окончания терапии, во 2-й группе – на фоне проводимой длительной терапии в сроки от 1 до 6 лет от начала применения препарата.

Результаты. В 1-й группе непосредственно после окончания терапии простамол уно в сроки от 1 до 3 мес у 46 (93,9 %) пациентов получено улучшение балльной симптоматики по шкале IPSS и только у 3 (6,1 %) не наступило перемен. Однако больные не продолжили лечение простамолом уно по следующим причинам: посчитали лечение недостаточным сами пациенты (30) или их врачи (11), сочли препарат дорогим (8). При контрольном обследовании пациентов в сроки от 10 до 24 мес после проведенной терапии зафиксировано: 15 (30,6 %) лечились уже другими препаратами (преимущественно альфа-адреноблокаторами), 4 (8,2 %) были прооперированы [ТУР или открытая аденомэктомия, в т.ч. у 2 (4,1 %) по поводу ОЗМ]. Остальные 30 (61,2 %) пациентов, после самоотмены или отмены простамола уно, не получавшие никакой терапии, при контрольном обследовании имели: симптоматику по шкале IPSS $14,1 \pm 2,2$ балла (прирост на 27,0 %), объем ПЖ $49,5 \pm 3,4$ см³ (увеличение на 40,6 %), объем остаточной мочи $103,5 \pm 9,9$ мл (на 170,9 %). Во 2-й группе результаты оказались следующими: остаются на монотерапии простамолом уно 36 (81,8 %) пациентов, имея в среднем $10,7 \pm 2,1$ балла по шкале IPSS, объем простаты $38,9 \pm 3,6$ см³ и объем остаточной мочи $38,6 \pm 4$ мл. Еще 7 (15,9 %) больных, помимо простамола уно, принимают тамсулозин; прооперирован (ТУР) лишь 1 (2,3 %), случаев ОЗМ не наблюдалось.

Выводы. Продолжительный (более 1 года) курс лечения простамолом уно является эффективным и должен использоваться с первых симптомов заболевания непрерывно. Нельзя отказываться от продолжения терапии простамолом уно через 1-3 мес, поскольку за этот период препарат еще не может в полной мере реализовать свой потенциал.

Мужское бесплодие

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Епанчинцева Е.А.^{1,2,3}, Селятицкая В.Г.¹

¹ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины»

²ФГБУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ

³ООО «Новосибирский центр репродуктивной медицины» ГК «Мать и дитя»

По сведениям Российского общества урологов частота бесплодия в РФ составляет 8-17,2%, из них около половины случаев связаны с мужской инфертильностью. С проблемой бесплодия в браке к специалистам обращаются мужчины разных возрастных категорий, в то же время изучение факторов риска развития инфертильности проводится, как правило, без учета возрастных характеристик пациентов, что затрудняет разработку комплекса мероприятий по преодолению бесплодия и предупреждению его развития.

Цель: изучить распространенность ведущих факторов риска снижения фертильности у мужчин из пар с бесплодием в браке, выявить и охарактеризовать их возраст-ассоциированные особенности.

Материалы и методы: анализ историй болезни 1198 мужчин из бесплодных пар. Выборка разделена на 5 периодов: 1 (n=271) - мужчины \leq 29,9 лет; 2 (n=415) - 30,0-34,9 лет; 3 (n=291) - 35,0-39,9 лет; 4 (n=141) - 40,0-44,9 лет; 5 (n=80) \geq 45,0 лет. В анализ факторов риска бесплодия включено 24 фактора риска. Статистическая обработка - Statistica v.10.0: частоты встречаемости признака в %; сравнительный анализ - χ^2 Пирсона, при множественном сравнении - поправка Бонферрони.

Результаты: в общей выборке мужчин из медицинских факторов преобладают связанные с хроническим воспалением: инфекции передающиеся половым путем (ИППП) - 54%; простатит - 32%; ожирение - 27%; из немедицинских: алкоголь - 73%; эмоциональные стрессы - 47%; курение - 41%. Достоверные различия в возрастных периодах зафиксированы для ожирения (23,0; 21,2; 29,9; 34,1; 43,8; $p < 0,0000$; $p_{1-5, 2-4, 2-5} < 0,005$), ИППП (44,4; 52,5; 57,2; 67,4; 56,3; $p = 0,0002$; $p_{1-3, 1-4, 2-4} < 0,005$), простатита (21,4; 30,3; 32,5; 44,0; 50,0; $p < 0,0000$; $p_{1-3, 1-4, 1-5, 2-4, 2-5} < 0,005$), гепатита В/С (3,7; 6,6; 11,1; 15,6; 10,0; $p = 0,0002$; $p_{1-3, 1-4, 2-4, 2-5} < 0,005$), эпидемического паротита (2,6; 4,4; 8; 11,4; 3,8; $p = 0,0012$; $p_{1-3, 1-4, 2-4} < 0,005$).

Выводы: у мужчин из пар с бесплодием в браке преобладают факторы риска снижения фертильности, ассоциированные с процессами хронического воспаления. С возрастом достоверно увеличивается встречаемость ожирения, инфекций передающихся половым путем, простатита, гепатита В и/или С, эпидемического паротита, при этом максимально неблагоприятной является группа мужчин в возрасте 40-45 лет.

ПЕНТАФЕКТА КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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

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

Введение. Пентафекта комплексных пептидов предстательной железы заключается в экспериментально и клинически доказанном улучшении микроциркуляции, противоотечном, противовоспалительном, прямом миотропном, иммуномодулирующем и антиоксидантном действиях. Данные нарушения являются ведущими патогенетическими факторами мужского бесплодия у больных хроническим простатитом (ХП).

Цель исследования: оценить влияние комплексных пептидных препаратов предстательной железы на основные параметры эякулята, показатель MAR-теста, фрагментацию ДНК сперматозоидов (ФДНКС) и общую антирадикальную активность эякулята, а также на артериольный кровоток полового члена у мужчин с бесплодием и ХП.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет (средний – $32,4 \pm 5,3$ года) с ХП и установленным фактом бесплодия в браке. Пациентам проводили курс лечения препаратом Простагилен® АЦ, ректально, один раз в сутки, в течение 10 дней с повтором курса через 20 дней. Обследование пациентов до и через 2 месяца после лечения включало: спермограмму; MAR-тест; определение степени ФДНКС; определение общей антирадикальной активности эякулята; концентрацию интерлейкина-8 в эякуляте. ФДНКС оценивали методом проточной цитофлуориметрии, нормативным значением считали $\leq 15\%$. Максимальную систолическую (Vas) и среднюю линейную (Vam) скорость артериального кровотока в сосудах незарегистрированного полового члена оценивали до и после лечения с помощью высокочастотной ультразвуковой доплерографии (аппарат «Минимакс-Допплер-К», датчик с частотой 20 МГц). Проводили статистический анализ полученных результатов (SPSS Statistics for Windows, v.20.0).

Результаты. Через 2 месяца после лечения Простагиленом® АЦ у больных наблюдали достоверное повышение объема эякулята с $2,4 \pm 0,9$ мл до $2,6 \pm 0,6$ мл ($p=0,018$), концентрации сперматозоидов с $37,1 \pm 39,8$ млн/мл до $43,4 \pm 41,2$ млн/мл ($p=0,03$), прогрессивной подвижности – с $41,8 \pm 15,6\%$ до $52,1 \pm 11,8\%$ ($p<0,0001$), а также их морфологически нормальных форм с $3,1 \pm 1,5\%$ до $4,5 \pm 1,8\%$ ($p<0,001$).

Показатель MAR-теста достоверно снизился: с $6,9 \pm 4,5\%$ до $2,4 \pm 2,0\%$ ($p<0,01$), а ФДНКС – на $23,1\%$ ($p<0,001$). Антиоксидантная активность эякулята достоверно повысилась:

с $547,5$ ($471,5$; $693,5$) ммоль/л до $717,5$ ($611,0$; $1038,5$) ммоль/л ($p<0,01$). Кроме того, наблюдали достоверное снижение концентрации интерлейкина-8 в эякуляте:

с 4317 ± 365 пкг/мл до 973 ± 213 пкг/мл ($p<0,05$).

При оценке показателей микроциркуляции сосудов полового члена до и через 2 месяца после лечения было выявлено повышение максимальной систолической скорости артериального кровотока (Vas): с $2,78 \pm 0,26$ см/с до $3,41 \pm 0,19$ см/с ($p<0,05$), и средней линейной скорости артериального кровотока (Vam): с $0,56 \pm 0,12$ см/с до $0,88 \pm 0,11$ см/с

($p < 0,05$). Во время лечения и последующего наблюдения побочных эффектов и осложнений не наблюдали.

Выводы:

1. Эффективность комплексных пептидных препаратов предстательной железы у больных ХП с сопутствующими нарушениями фертильности и эректильной функции патогенетически обусловлена их влиянием на все составляющие пентафакты.
2. Ключевое действие Простагилен® АЦ направлено на снижение проявлений оксидативного стресса и улучшение микроциркуляции половых органов у больных ХП с нарушениями фертильности.
3. Полученные нами результаты подтверждают эффективность и позволяют рекомендовать Простагилен® АЦ при лечении мужского бесплодия у больных ХП.

ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИНАМИКА КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА ЭЯКУЛЯТА У МУЖЧИН СОСТОЯЩИХ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Епанчинцева Е.А.^{1,2,3},¹ Селятицкая В.Г.

¹ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины»

²ФГБУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ

³ООО «Новосибирский центр репродуктивной медицины» ГК «Мать и дитя»

Введение: по опубликованным данным Российского общества урологов частота встречаемости бесплодного брака, значимый вклад в который вносит мужской фактор, составляет от 8% до 17,2% в разных регионах России. Увеличение возраста мужчины снижает вероятность зачатия ребенка, увеличивает риск невынашивания беременности и вероятность определенных патологий ребенка. Необходимо увеличивать объем знаний о возраст-ассоциированных нарушениях в эякуляте, особенно у мужчин из бесплодных пар.

Цель исследования: провести анализ возраст-ассоциированных закономерностей изменения спермиологического статуса мужчин состоящих в бесплодном браке и определить наиболее вариабельные в возрастном аспекте параметры.

Материалы и методы: дизайн - обсервационное, ретроспективное, одномоментное исследование. Проведен анализ историй болезни 517 мужчин из бесплодных пар, проживающих в Новосибирск. Выборка разделена на 5 возрастных групп: 1 (n=108) – мужчины ≤ 29,9 лет; 2 (n=171) - 30,0-34,9 лет; 3 (n=130) - 35,0-39,9 лет; 4 (n=68) - 40,0-44,9 лет; 5 (n=40) ≥ 45,0 лет.

Результаты: в общей выборке медиана возраста мужчин – 34 года, частота пациентов старше 40 лет - 20,1%. В общей выборке диагностирована тератозооспермия: 3,0% (1,5-5,0) и увеличение индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (ИФДС): 16,0% (11,0-22,2). В группах от 1 к 5 отмечено возрастное снижение объема эякулята: 3,5 (2,5-4,8); 3,3 (2,4-4,2); 3,2 (2,4-4,5); 3,0 (1,7-4,9); 2,7 (1,9-3,5), $p_{1-5} < 0,005$, и количества сперматозоидов: 127,1 (58,8-264,0); 122,5 (62,4-214,0); 118,5 (52,8-217,5); 98,0 (58,5-199,5); 81,0 (36,5-137,9), $p_{1-5}, 2-5 < 0,005$. Для ИФДС характерен возраст-ассоциированный рост величины показателя: 14,4 (10,8-19,5); 15,0 (10,0-21,0); 17,2 (11,0-22,0); 18,5 (14,0-24,2); 19,2 (13,2-29,6), $p_{1-4} < 0,005$.

Для остальных показателей, в том числе MAP и НВА-тестов, достоверных различий не выявлено.

Заключение: у мужчин из бесплодных пар города Новосибирска Сибирского федерального округа впервые показано, что снижение ниже референсных значений процента морфологически нормальных форм сперматозоидов, зафиксированное в общей выборке, не зависит от возраста мужчин. Только у трех из изученных показателей спермиологического статуса выявлена значимая возрастная зависимость: уменьшение объема эякулята, снижение общего количества сперматозоидов, рост уровня фрагментации ДНК сперматозоидов. Впервые показано отсутствие достоверного влияния возраста на показатели НВА-теста, однако выявленные тенденции требуют дальнейшего изучения. Полученные данные демонстрируют, что возраст ассоциированный рост ИФДС начинается уже у молодых мужчин до 30 лет, что подчеркивает значимость его определения в реальной клинической практике, а негативные процессы влияния возраста на количественные, морфологические и ультраструктурные характеристики сперматозоидов проявляются с наибольшей частотой у мужчин после 40 лет.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН

Зиньковский К.А., Боголюбов С.В., Астахова А.В.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА Минздравсоцразвития России, г. Тверь.

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии с курсом психиатрии ФПДО. Кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и андрологии

Актуальность. В настоящее время одной из основных проблем в психосоматическе является задача в идентификации психологических переменных, предположительно участвующих в развитии патологических соматических процессов. В последние годы представляет исследовательский интерес изучение наряду с физическим здоровьем, психическое здоровье мужчин, страдающих бесплодием. По современным данным доля каждого супруга, виновного в бесплодном браке, примерно одинакова и составляет 40–45 %. Причиной прочих 10–20 % бесплодных браков являются состояния и заболевания обоих супругов.

Мужское бесплодие в настоящее время является огромной проблемой, касающейся как мужчин молодого, так и среднего возраста. («Андрология» А.А.Капто, И.В.Виноградов,Е.С.Дендеберов, Москва 2010).

При более тщательном обследовании и беседе с психотерапевтом может выясняться ряд психологических барьеров, которые могут стать причиной мужского бесплодия. Бесплодие, серьезно влияет на мужчину и вызывает депрессию, тревогу, снижает самооценку, повышает вину и стыд, негативно влияет на супружеские отношения, в особенности на сексуальные отношения. («Психология семейных отношений». С.А. Векилова. – М.: АСТ; СПб., 2005.) Бесплодие приводит к переосмыслению жизненных планов и социальных ролей. Супруг испытывают разочарование, безнадёжность, тревогу, дистресс, неспособность вербализовать эмоции, так же имеется наличие определенной степени психической дезадаптации у супружеских пар, страдающих бесплодием (высокий уровень alexitimии и тревожности и депрессии). (Астахова А.В., Боголюбов С.В., Зиньковский К.А. Тверь 2013).

Цель работы. Выявить социально-психологические аспекты психического здоровья у бесплодных мужчин.

Материалы и методы. На базе урологического отделения ТГМА было обследовано 20 мужчин, страдающих бесплодием в возрасте от 23-42 лет. Средний возраст мужчин составил $28,9 \pm 2,6$ лет. Данной группе был проведен необходимый клинический спектр диагностических исследований мероприятий. Контрольную группу составили 20 мужчин, идентичного возраста, имеющие одного и более ребенка. Статистическая обработка проводилась с помощью статистической программы "Statistica 6.0".

Применялись методы: Клинический (лабораторная и инструментальная диагностика). Методика С. БЕМ. Исследование маскулинности-фемининности личности. Тест на удовлетворенность браком. Авторы опросника — В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко. Методика самооценки личности (Будасси).

Результаты исследования. Анализ выявленных данных показал, что у мужчин с бесплодием выявлен достоверно высокий уровень феминности, по сравнению с отсутствием такового в контрольной группе $10,4 \pm 1,4$ и 0 балла соответственно (Методика С. БЕМ. Исследование маскулинности – фемининности личности в баллах, $m \pm 95\%$ ДИ, $p < 0,05$). Уровень яркой маскулинности в контрольной группе фертильных (не страдающих бесплодием) мужчин, достоверно высок, по сравнению с группой бесплодных мужчин $30,7 \pm 1,9$ и $14,3 \pm 1,5$ соответственно. (Методика С. БЕМ. Исследование маскулинности – фемининности личности в баллах, $m \pm 95\%$ ДИ, $p < 0,05$).

Выявлен достоверно высокий уровень полной неудовлетворенности браком у мужчин страдающих бесплодием, по сравнению с отсутствием такового в контрольной группе ($10,2 \pm 2,1$ и 0 балла соответственно. Тест на удовлетворенность браком в баллах, $m \pm 95\%$ ДИ, $p < 0,05$).

Полная удовлетворенность браком в контрольной группе мужчин достоверно высока, по сравнению с результатами в группе бесплодных мужчин ($15,2 \pm 2,1$ и $10,8 \pm 1,9$ соответственно. Тест на удовлетворенность браком в баллах, $m \pm 95\%$ ДИ, $p < 0,05$).

Выявлен достоверно высокий уровень заниженной самооценки в группе мужчин с бесплодием, превышающий в 3 раза результаты контрольной группы. ($30 \pm 2,5$ и $10 \pm 2,2$ соответственно. (Методика самооценки личности (Будасси в баллах)).

Уровень нормальной самооценки в группе фертильных мужчин, выше уровня данной в группе мужчин страдающих бесплодием $64,5 \pm 1,5$ и $49,6 \pm 1,7$, $m \pm 95\%$ ДИ, $p < 0,05$). (Методика самооценки личности (Будасси в баллах)).

Выводы. Полученные данные позволяют предположить наличие определенной степени социально-психологической дезадаптации (высокий уровень яркой феминности и значительно сниженный уровень маскулинности), имеющейся у мужчин, страдающих бесплодием, что приводит к переосмыслению жизненных планов, социальных ролей и психической дезадаптации (ссоры, разводы, парасуициды). Бесплодие влечет за собой серьезные последствия для психического здоровья мужчины.

Затрагиваются такие значимые сферы жизни мужчины, как его психоэмоциональное состояние, осознание своей социальной роли, качество сексуальной жизни, супружеская жизнь, взаимоотношения с близкими, а также возможность зачатия и воспитание ребенка, забота о его здоровье.

Возникает необходимость, наряду с оказанием специализированной (андрологической) помощи, создания психологических и психотерапевтических условий для устранения воз-

никновения психологических факторов риска, препятствующих наступлению беременности. Благоприятные психотерапевтические условия необходимо создавать абсолютно на всех этапах обследования начиная уже с первого визита к андрологу, и по мере применения методов высоко специализированного обследования по поводу бесплодия, а также психологической помощи в процессе диагностики, лечения, в ходе применения методик для получения долгожданной беременности супруги.

ИЗМЕНЕНИЯ В УРОВНЕ АНЕУПЛОИДИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР В РФ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Епанчинцева Е.А.^{1,2,4}, Селятицкая В.Г.¹, Пчелинцев Л.А.³, Феофилов И.В.²

¹ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины»

²ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

³АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр»

⁴ООО «Новосибирский центр репродуктивной медицины» ГК «Мать и Дитя»

Есть данные, что в супружеских парах с привычным выкидышем у партнеров-мужчин по сравнению с фертильными мужчинами в 2,7 раза выше распространенность анеуплоидии половых хромосом (X, Y) и в 3-6 раз выше распространенность анеуплоидии хромосом 13, 18 или 21 (Klimczak, A. M., et al. 2021). Опубликованы данные о возраст-ассоциированном повышении распространенности диплоидий у мужчин из бесплодных пар (Brahem S., et al. 2011). Однако недостаточно сведений по частоте встречаемости анеуплоидий сперматозоидов у российских мужчин из бесплодных пар в возрастном аспекте.

Цель: анализ частоты встречаемости анеуплоидий сперматозоидов у российских мужчин из бесплодных пар в возрастном аспекте.

Материалы и методы: дизайн – наблюдательное, ретроспективное, одномоментное, многоцентровое исследование. Проведен анализ историй болезни 42 мужчин из бесплодных пар Новосибирской области и Ставропольского края. Выборка разделена на 2 группы: 1 (n=29) мужчины из пар с выкидышами и/или неудачами ВРТ; 2 (n=13) мужчины \geq 40 лет из бесплодных пар без анамнеза неудач. Проведены FISH анализ эякулята 5-тицветный, анализ эякулята, гормональный статус. Статистическая обработка – Statistica v.10.0: учитывая ненормальное распределение по критерию Шапиро-Уилка, использованы медиана (25-75 процентиля), критерий Манна-Уитни.

Результаты: Возраст мужчин в гр. 1 и 2: 37 (33-42) и 44 (42-46)г, $p < 0,05$. В общей выборке уровень анеуплоидий 0,85 (0,5-1,4), в группе 1: 0,9% (0,5-1,9), в группе 2: 0,7% (0,6-1,2), $p > 0,05$, частота встречаемости уровня анеуплоидий > 1 : группа 1 – 44,8%, группа 2 – 46,2%. Анализ эякулята в гр. 1 и 2 достоверно не различался: концентрация 41 (16-88) и 81 (20-144) млн/мл, количество 102 (52-246) и 129 (42-184)млн, прогрессивная подвижность 27,5 (11,5-37,5) и 27 (19-29)%, доля нормальных форм 2,5 (1,25-3,75) и 3(2-4)%. В гормональном статусе в гр. 1 и 2: свободный тестостерон 0,336 (0,304-0,426) и 0,236 (0,201-0,314), $p < 0,05$, пролактин 196

(170-304) и 133 (98-177), $p < 0,05$, по уровню общего тестостерона, ГСПГ, ФСГ, ЛГ, эстрадиола и ТТГ достоверных различий нет.

Выводы: у партнеров-мужчин из бесплодных пар имеющих в анамнезе невынашивание беременности у партнерши и/или неудачи ВРТ и мужчин ≥ 40 лет не выявлено достоверных по уровню анеуплоидий сперматозоидов при сопоставимой и составляющей более 40% распространенности повышенного уровня анеуплоидий. Важно акцентировать, что по общим параметрам эякулята у пациентов не выявлено достоверных различий, данный факт не позволяет выбрать надежные предикторы для выбора группы пациентов нуждающихся в определении уровня анеуплоидий сперматозоидов у мужчин более 40 лет. Мужчин ≥ 40 лет необходимо информировать о повышенной частоте анеуплоидий сперматозоидов, их влиянии на планирование и течение беременности, современным подходам к диагностике и терапии.

Ограничение работы: пилотное исследование с малой выборкой пациентов, необходимы дальнейшие работы с большей выборкой.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ И АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС МУЖЧИН

Игнашов Ю.А., Боровец С.Ю., Рыбалов М.А., Аль-Шукри С.Х., Максимова А.В.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России
Кафедра урологии с клиникой*

Введение. Заболеваемость коронавирусной инфекцией (Covid-19) среди мужчин и женщин сопоставима. Однако, вопрос ближайших и отдаленных последствий для мужского репродуктивного здоровья остается открытым, что делает исследования в данном направлении актуальными.

Цель. Оценить ближайшие и отдаленные последствия перенесенной новой коронавирусной инфекции covid-19 на фертильность и андрогенный статус мужчин.

Материалы и методы. В исследование были включены результаты обследования и лечения 62 мужчин в возрасте от 22 до 45 лет (в среднем $38,3 \pm 3,2$ лет), перенесших подтвержденную ПЦР-тестированием коронавирусную инфекцию COVID-19 в течение 3-6 месяцев до начала исследования. В тяжелой форме болезнь перенесли 16 (25,8%) мужчин; В средней форме коронавирусную инфекцию перенесли 46 (74,2%) мужчин; Пациентов, перенёсших коронавирусную инфекцию в легкой форме или бессимптомно в данное исследование не включали.

Результаты. Через 6 месяцев после болезни Выраженные нарушения сперматогенеза, проявлявшиеся уменьшением концентрации и/или подвижности и/или числа нормальных форм сперматозоидов, лейкоспермией, наблюдали у 30 из 62 (48,3%) больных, из них: у 14 из 16 (87,5%) пациентов в группе тяжелого течения болезни, и у 16 из 46 (34,7%) – со средней ее степенью тяжести ($p < 0,05$). У 48 из 62 (77,4%) пациентов наблюдали снижение концентрации общего тестостерона в плазме крови, из них у всех 16 (100%) пациентов –

в группе тяжёлого течения, и у 32 из 46 (69,6%) – среднего ($p < 0,05$). Через 12 месяцев после болезни Выраженные нарушения основных показателей спермограммы наблюдали у 5 из 16 (31,2%) пациентов, перенёвших коронавирусную инфекцию в тяжёлой форме, и у 4 из 46 (6,7%) - в средней степени тяжести ($p < 0,05$). У 14 из 46 (29,1%) больных возникало снижение концентрации общего тестостерона в плазме крови, из них у 10 из 16 (20,8%) – в группе тяжёлого течения, и у 4 из 16 (8,3%) – со средней степенью тяжести ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, тяжесть течения коронавирусной инфекции главным образом определяет частоту, выраженность и продолжительность возникающих после нее нарушений сперматогенеза и проявлений гипогонадизма. В связи с этим, мужчинам, перенесшим коронавирусную инфекцию и планирующим зачатие, через 6-12 месяцев после выздоровления целесообразно пройти обследование у врача-андролога для оценки фертильных свойств эякулята и уровня половых гормонов.

Синдром хронической тазовой боли

ИЗМЕНЕНИЯ КРОВОТОКА В МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ БОЛЬНЫХ ПРОСТАТОПАТИЕЙ ПРИ КУРСОВОМ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА АДЕНОПРОСИН

Фиев Д. Н., Есилевский Ю. М.
Москва

Актуальность. Энтомотерапевтический препарат Аденопросин содержит личинки шелкопряда непарного (*Limantria dispar*). Доказаны (in vitro) антипролиферативные, противовоспалительные, антиоксидантные, капилляропротективные свойства, индуцирование апоптоза, торможение проангиогенного фактора роста эндотелия (Думбравяну И. В., 2021), что соответствует патогенетическому подходу к лечению хронической простатопатии. Однако нам не встретилось сведений в доступной литературе об изменениях гемодинамики в органах мужской половой системы при применении аденопросина.

Материал и методы. Ниже мы представляем данные о влиянии аденопросина (ежедневное применение свечей в течение 30 дней – первичного (2022 г.) и повторного (2023 г.) курсов) на интегральную скорость кровотока в сосудах мужской половой системы по данным УЗДГ простаты, пениса и тестикул.

Проводили УЗДГ сосудов простаты (правой, левой долей и парауретральной зоны), глубоких дорзальных артерий полового члена (справа и слева), тестикулярных артерий семенных канатиков. Рассчитывали интегральные показатели скоростей кровотока каждой из зон (Ю. М. Есилевский, 2021) и изменения V_{max} в процентах по отношению к исходным, а также суммарные интегральные показатели V_{max} и их прирост Δf в органах мужской половой системы (МПС).

Результаты. Исходные УЗДГ показатели V_{max} [см/с]: простата: $f_{14,3}$; пенис: $f_{12,2}$; тестис: $f_{10,4}$. $f_{МПС} = 12,3$. Курс первичный в 2022 г.: УЗДГ показатели V_{max} [см/с]: простата: $f_{21,1}$; ($\Delta f +47\%$); пенис: $f_{14,0}$; ($\Delta f +15\%$); тестис: $f_{11,5}$ ($\Delta f +10\%$). $f_{МПС} = 15,6$ ($\Delta f +27\%$). Курс повторный в 2023 г.: УЗДГ показатели V_{max} [см/с]: простата: $f_{22,3}$; ($\Delta f +56\%$); пенис: $f_{21,1}$; ($\Delta f +73\%$); тестис: $f_{11,4}$ ($\Delta f +9\%$). $f_{МПС} = 18,3$ ($\Delta f +49\%$).

Обсуждение. УЗДГ сосудов мужской половой системы у пациентов вариабельно в зависимости от разных причин. Предложенный нами способ вычисления интегральных скоростей кровотока помогает объективизировать изменения. Так, в простате изменения (прирост) интегральных показателей кровотока под влиянием применения Аденопросина составили соответственно ($\Delta f +47\%$) после курса в 2022 г. и ($\Delta f +56\%$) в 2023 г.

В половом члене прирост интегральных показателей кровотока под влиянием применения Аденопросина составил ($\Delta f +15\%$) после курса в 2022 г. и ($\Delta f +73\%$) в 2023 году.

А всего интегрально в органах мужской половой системы прирост $\Delta f_{МПС}$ под влиянием применения Аденопросина составил ($\Delta f +27\%$) после первичного курса в 2022 г. и ($\Delta f +49\%$) после повторного курса в 2023 году.

На основании полученных данных можно считать доказанным улучшение процесса кровоснабжения (и микроциркуляции) в мужских половых органах (за счет снижения проницаемости капилляров и уменьшения отека в ткани). При этом наше исследование подтверждает значительное улучшение эректильной функции.

L.Olaru et al. (2017) показали in vitro уменьшение явлений окислительного стресса, увеличение выработки противовоспалительных цитокинов, уменьшение активности провоспалительных

интерлейкинов 6 и 8, торможение проангиогенного фактора роста эндотелия и пролиферации клеточных колоний, (что актуально при таком заболевании как аденома простаты). Индуцирование апоптоза в воспалительной среде способствует клеточной протекции при простатопатии. Синдром хронической тазовой боли как один из вариантов простатопатии проходит стадии ишемии, дистрофии, пролиферации и дисфункции гладкой мускулатуры мочевого пузыря и простаты и проявляется симптомами нижних мочевых путей. Аденопросин, по нашим наблюдениям, клинически уменьшает дизурию (по данным NIH-CPSI, IPSS, QL, урофлоуметрии), снижает явления отека и уменьшает объем простаты, и при этом имеет удовлетворительный профиль безопасности.

Заключение. Таким образом, применение Аденопросина в свечах демонстрирует положительное гемодинамическое и органопротективное действие при лечении больных хронической простатопатией. Повторные курсы лечения простатопатии Аденопросином увеличивают эффективную скорость кровотока в органах мужской половой системы.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА /СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕЙ ПОЛИМЕТАЛЛИЧЕСКИХ РУД

Терегулов Б.Ф., Терегулова З.С.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

Актуальность. Хроническим простатитом (ХП) страдают преимущественно мужчины трудоспособного возраста, на развитие которого влияет множество факторов эндогенного и экзогенного характера. В последние годы внимание специалистов привлекает хронически абактериальный простатит /синдром хронической тазовой боли (ХАБП/СХТБ), отличающийся особенностями клинических проявлений и структурно-морфологических изменений. Частота распространения данной патологии среди профессиональных групп мужчин, находящихся в зоне высокого профессионального риска, подвергающихся воздействию комплекса неблагоприятных факторов в условиях подземной добычи руд цветных металлов в научной литературе не нашли должного отражения.

Цель. Оценить особенности формирования ХАБП/СХТБ у горнорабочих основных профессий, занятых добычей руд цветных металлов в подземных условиях, отнесённых к классу повышенного профессионального риска.

Материалы и методы. Анализированы результаты исследования 82 мужчин с хроническим простатитом с болевым синдромом в возрасте от 26 до 46 лет, занятых в основных профессиях (проходчики и операторы-машинисты крупногабаритной горной техники) ОАО Учалинского горно-обогатительного комбината (УГОК). Все они были осмотрены урологом с пальцевым ректальным исследованием, неврологом, терапевтом. Осуществлена визуализация структурных изменений в простате методом ТРУЗИ, проводилась количественная оценка восприятия боли с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) в диапазоне от 0 до 9 баллов.

Результаты. Условия труда обследованных рабочих характеризуются сочетанным воздействием вредных факторов рабочей среды и трудового процесса: шум, вибрация, полиметаллическая пыль с содержанием токсичных металлов, в том числе с репротоксичными свойствам (официально внесенными в список репротоксикантов (Руководство Р2.2.2006-05), неблагоприятного микроклимата, психофизиологических нагрузок (3-х сменный график работы, риски для собственной жизни в подземных условиях с применением буро-взрывных технологий с опасностью обрушения горных пород, тяжесть и напряженность труда). Добыча руд цветных металлов подземным способом официально отнесена к производствам высокого риска для здоровья – 32 класс (Приказ Минтруда № 815, 2016). При оценке соматического здоровья у горных рабочих установлена высокая частота жалоб на боль: головная боль непостоянного характера (56,2%), боль в области сердца колющего характера (57,8%), боль в позвоночнике – дорсалгия (65,8%), боль в конечностях (36,6 %), боль и неприятные ощущения в области промежности (59,2%) с иррадиацией в задний проход, на внутреннюю поверхность бёдер, боли при эякуляции (28,3%), которые, как правило, сочетались с жалобами астено-невротического характера. Вышеперечисленная совокупность болей и их частота позволяет расценивать их как алгический синдромо-комплекс, среди которых особое место занимают характер, частота и распространённость болей, укладывающиеся в СХТБ. При этом имела сопряженность болевого синдрома с дорсопатиями - нарушениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и полиневропатиями. По результатам ТРУЗИ у горнорабочих установлена высокая частота (66,61%), по сравнению с группой контроля, нарушений в структуре предстательной железы. Выявлялась неровность контуров, изменение размеров ПЖ, наличие фиброзных изменений и обилие патологических включений – кальцинатов и камней. При этом отсутствовали признаки воспалительных изменений, не подтверждалось наличие урогенитальной инфекции т.е. уточнение генеза ХП свидетельствовало о абактериальном типе изменений (ХП тип IIIB).

При тестировании по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) для оценки категории интенсивности болей получены следующие результаты: на момент анкетирования лишь 14,1% горнорабочих отметили отсутствие боли (0 баллов), а каждый третий (33,1%) оценивали свою боль как слабую (1–3 балла), 37,3% – расценивали как умеренную (4–6 балла), а 17,5% испытывали выраженную боль на уровне 7–9 баллов. СХТБ среди профессиональных групп машинисты ПДМ, подвергающиеся воздействию общей вибрации через тазовые органы был установлен в 52,5 % случаях, а у проходчиков, испытывающих воздействие локальной вибрации через руки значительно реже – 36,5% случаях. При этом проходчики отмечали умеренный характер боли, по сравнению с машинистами, у которых боль была выраженной.

У горнорабочих хроническая боль проявляет себя как значительный феномен в клинической картине комплексного воздействия неблагоприятных производственных факторов, в первую очередь вибрационного воздействия, за счёт фоновых нарушений вазовегетативного, полиневритического, вертеброгенного характера, а также действия вибрации на механорецепторы и ноцицепторы периферических нервов и сосудов, в том числе тазовых органов.

Выводы. У мужчин молодого возраста, занятых на производстве высокого профессионального риска, подвергающихся комплексному воздействию одновременно более 7 факторов производственной среды в подземных условиях, где ведущими являются воздействие вибрации (локальной и общей), аэрозолей токсичных металлов, тяжесть труда при стаже более 6-10 лет развивается ХАБП/СХТБ, формирование которых имеет сложные механизмы и этиопатогенетические моменты, где важную роль играют эксспростатические факторы.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Шорманов И.С.¹, Соловьёв А.С.¹, Азизов М.И.², Чирков А.Н.¹, Жигалов С.А.¹, Можаяев И.И.³

¹ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава РФ, Ярославль;

²ГАУЗ ЯО «Клиническая больница №9», Ярославль;

³ГБКUZ ЯО «Центральная городская больница», Ярославль.

Введение. На сегодняшний день в урологии существует множество теорий относительно генеза и механизма развития простатита, особенно абактериального (ХАП). Вопросы этиологии и патогенеза болевого синдрома при ХАП также остаются предметом разногласий. При этом, по своему негативному влиянию на качество жизни мужчин именно хроническая боль является наиболее значимым клиническим феноменом при этой патологии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения болевого синдрома у пациентов, страдающих хроническим абактериальным простатитом категории IIIВ.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты, страдающие ХАП IIIВ (n = 90) (основная группа) и здоровые мужчины (n = 30) (контрольная группа). Для оценки болевого синдрома использовался опросник NIH-CPSI-QL. Для выявления нейропатического компонента болевого синдрома – опросник DN4. Пациенты были разделены случайным образом на две равные подгруппы. Первая -получала стандартную терапию ХАП IIIВ (НПВС, альфа-1-адреноблокатор, венотоник) в течение 28 дней. Второй подгруппе была назначена альфа-липовая кислота внутривенно 600 мг 1 р/сут в/в в течении 5 дней, после чего пациенты переходили на терапию, включающую альфа-липовую кислоту в дозе 600 мг/сут перорально в комбинации со стандартной терапией (НПВС, альфа-1-адреноблокатор, венотоник).

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов (100%), страдающих ХАП IIIВ диагностировали хронический болевой синдром, который в 57,7 % случаев локализовался в малом тазу, либо в области простаты. Выраженность болевого синдрома у пациентов основной группы достоверно отличалась от значений группы контроля (NIH-CPSI-QL), что приводило к достоверному ухудшению качества жизни пациентов, страдающих ХАП IIIВ. Так, анализируемые показатели в баллах составили: в контрольной группе: общая оценка симптомов (ООС) -1,2±0,2; оценка выраженности симптомов (ОВС) - 1,4±0,3; индекс боли (ИБ) – 1,0±0,2; индекс качества жизни (ИКЖ) - 1,1±0,6; в основной: ООС-15,8±4,1; ОВС - 11,9±3,7; ИБ – 11,2±1,1; ИКЖ - 3,7±0,3. При этом, различия показателей в двух группах при сравнении между собой были статистически достоверными (p<0,05).

По данным шкалы DN4, только у 4-х мужчин контрольной группы (12,3%) были выявлены признаки нейропатической боли, тогда как ее четкие проявления, были обнаружены у 31 (34,5%) больных с хроническим простатитом (p < 0,05).

В результате фармакотерапии было отмечено значительное уменьшение интенсивности боли (-69,2%). При этом, уменьшение болевого синдрома было более ярко выражено у пациентов второй подгруппы (-84,8%) по сравнению с первой подгруппой (-63,9%) (p <0,05). Кроме того, в 1-й подгруппе он исчез полностью у 40% больных, а во 2-й подгруппе у 62,2% (p < 0,05). Таким образом, использование альфа-липовой кислоты показало повышение эффективности терапии на 20,9% по сравнению со стандартной терапией.

Согласно данным анкетирования по шкале DN4, до начала лечения симптомы нейропатической боли выявлялись у 34,5% пациентов обеих групп и после него количество таких пациентов сокра-

тилось до 30,8%, т.е., лишь, на 3,7%, причем недостоверно ($p < 0,1$). При этом, во второй подгруппе количество пациентов, у которых при применении терапии отсутствовали симптомы нейропатической боли, увеличилось на 9,7%, а в первой - на 3,1% ($p < 0,05$). Эти различия, явились причиной того, что у больных 2-й подгруппы имелись лучшие результаты коррекции болевого синдрома, чем в 1-й подгруппе, и лишь во второй группе индекс боли приблизился к значениям группы контроля после завершения 28-дневного курса терапии.

Выводы. Дополнительное включение в терапию пациентов с ХАП IIIВ препаратов с нейропротективной активностью позволяет существенно улучшить результаты лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ И ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Епифанова М.В.¹, Костин А.А.¹, Славкина Е.В.¹, Артеменко С.А.¹, Епифанов А.А.²

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

²*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия*

Введение. В современном обществе лечение хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) является нерешенной задачей и требует поиска эффективных способов лечения. К таким методам относятся экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ) и терапия препаратом Бовгиалуронидаза азоксимер (БА).

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность ЭУВТ в комбинации с препаратом БА при лечении ХП/СХТБ.

Материалы и методы. Исследование включало 100 мужчин (средний возраст $45,5 \pm 9,1$ лет) с ХП/СХТБ, фиброзными изменениями и/или кальцинатами в предстательной железе (ПЖ) по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). По классификации NIDDK/NIH у 32 (32%) пациентов выявлен бактериальный ХП (II), у 33 (33%) мужчин – воспалительный ХП/СХТБ (IIIA), у 35 (35%) обследованных – невоспалительный ХП/СХТБ (IIIB). В 1-ую группу ($n=32$) вошли мужчины II категории ХП – ЭУВТ, терапия «3-As» (учитывая наличие бактериальной флоры по данным бактериологического посева секрета ПЖ/спермы). Остальных пациентов случайно распределили в группу 2 ($n=32$) – монотерапия ЭУВТ и в группу 3 ($n=36$) – ЭУВТ с препаратом БА. Сеансы ЭУВТ (Dornier Aries) проводились на промежности два раза в неделю в течение 6 недель. Обследование пациентов проводилось на 0 и 30 неделе: NIH-CPSP, IPSS, ВАШ, урофлоуметрия, ТРУЗИ ПЖ с эластографией, микроскопия секрета ПЖ/спермограмма, посев на микрофлору спермы/секрета ПЖ, общий ПСА крови у мужчин старше 50 лет.

Результаты. Побочных эффектов от лечения у пациентов не отмечалось. После лечения уровень лейкоцитов в секрете ПЖ/спермограмме снизился в 1 и 2 группах. В 1-й группе бактериальный рост в сперме/секрете ПЖ снизился в 15 случаях. Уровень ПСА в сыворотке крови был < 4 нг/мл у всех мужчин. Средний балл NIH-CPSP уменьшился с $15,9 \pm 3,0$ до $6,8 \pm 2,5$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $16,8 \pm 2,9$ до $7,8 \pm 3,2$ во 2 группе ($p < 0,05$), с $18,6 \pm 2,7$ до $2,5 \pm 2,2$ в 3 группе ($p < 0,05$). IPSS снизился с $15,4 \pm 3,1$ до $6,3 \pm 2,4$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $12,9 \pm 2,5$ до $6,5 \pm 3,3$ во 2 группе ($p < 0,05$) и с $18,9 \pm 2,5$ до $3,3 \pm 2,5$ в 3 группе ($p < 0,05$). ВАШ снизился с $6,1 \pm 1,5$ до $2,1 \pm 1,6$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $4,6 \pm 1,8$ до $2,3 \pm 1,5$ во 2 группе ($p < 0,05$) и с $6,9 \pm 2,2$ до $1,1 \pm 1,2$ в 3 группе ($p < 0,05$). По данным урофлоуметрии Qmax увеличилась с $11,3 \pm 3,5$ до $20,3 \pm 3,9$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $12,3 \pm 2,7$ до $20,1 \pm 4,3$ во 2 группе ($p < 0,05$), с $11,4 \pm 2,8$ до $21 \pm 4,5$ в 3 группе

($p < 0,05$). По данным ТРУЗИ, в 1-й группе фиброз ПЖ уменьшился с $10,5 \pm 2,0$ мм до $7 \pm 2,2$ мм ($p < 0,05$), размер кальцинатов с $6,0 \pm 1,9$ мм до $3,6 \pm 1,7$ мм ($p < 0,05$), во 2-й группе – фиброз уменьшился с $8,8 \pm 2,0$ мм до $6,5 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), размер кальцинатов с $4,8 \pm 1,9$ мм до $3,5 \pm 1,7$ мм ($p < 0,05$). В 3-й группе фиброз полностью исчез у 24 больных (66,7%), у 12 больных (33,3%) фиброз уменьшился с $9,5 \pm 2,0$ мм до $2,5 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$), размер кальцинатов с $6,2 \pm 2,0$ мм до $2,2 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$).

Выводы. Представленные методы терапии эффективно купируют воспалительный процесс в ПЖ, болевой синдром, дизурию. ЭУВТ в монотерапии, а также в комбинации с «3-As» терапией, препаратом БА, способствуют уменьшению зоны фиброза и кальцинатов ПЖ. Продолжается клиническое исследование.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Епифанова М.В.¹, Костин А.А.¹, Славкина Е.В.¹, Епифанов А.А.²

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

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В современной системе здравоохранения хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) остается серьезной проблемой за счет негативного влияния на качество жизни и материальное положение пациента.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения пациентов с ХП/СХТБ путем комбинированной экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ).

Материалы и методы. В исследование включено 50 мужчин с ХП/СХТБ, зонами фиброза и/или кальцинатами в предстательной железе (ПЖ) по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Средний возраст $55,5 \pm 5,4$ лет. Средняя длительность ХП $24,6 \pm 9,3$ месяцев. В соответствии с классификацией NIDDK/NIH, выделено 14 (38%) пациентов с бактериальным ХП (II), 16 (34%) мужчин с воспалительным ХП/СХТБ (IIIA), 20 (28%) обследованных с невоспалительным ХП/СХТБ (IIIB). Пациентов с ХП/СХТБ II и IIIA категории рандомно распределили в группу 1 ($n=18$) – ЭУВТ, базисная терапия, препарат Бовгиалурионидаза азоксимер (БА) и в группу 2 ($n=12$) – ЭУВТ, базисная терапия. Оставшихся пациентов распределили в группу 3 ($n=20$) – базисная терапия и препарат БА. Пациентам 1-й и 2-й групп выполнены сеансы ЭУВТ (Dornier Aries) на промежность два раза в неделю в течение 6 недель. Мужчины 3-й группы получали базисную терапию и препарат БА также в течении 6 недель. Пациенты обследованы на 0, 7, 10 и 18 недел: NIH-CPSI, IPSS, ВАШ, урофлоуметрия, ТРУЗИ ПЖ с эластографией, микроскопия секрета ПЖ/спермограмма, посев на микрофлору спермы/секрета ПЖ, общий ПСА крови у мужчин старше 50 лет.

Результаты. Побочных эффектов от лечения у пациентов не отмечалось. Уровень общего ПСА составил менее 4 нг/мл. Через 3 месяца после терапии уровень лейкоцитов в секрете ПЖ/спермограмме у пациентов 1-й группы был нормальным, у мужчин 2-й группы составлял $14,5 \pm 3,5$. При повторном посеве спермы на микрофлору у 12 пациентов группы 1 и 7 пациентов группы 2 роста микрофлоры не обнаружено. Средний балл NIH-CPSI уменьшился с $16,8 \pm 2,7$ до $6,2 \pm 2,2$ в группе 1 ($p < 0,05$), с $14,3 \pm 2,7$ до $7,1 \pm 2,3$ в группе 2 ($p < 0,05$), с $13,1 \pm 2,9$ до $8,7 \pm 2,6$ в группе 3 ($p < 0,05$), IPSS сократился с $15,1 \pm 2,9$ до $6,1 \pm 2,1$ в группе 1 ($p < 0,05$), с $12,7 \pm 2,3$ до $6,8 \pm 3,1$ в группе 2 ($p < 0,05$) и с $18,5 \pm 2,9$ до $3,5 \pm 2,3$ в группе 3 ($p < 0,05$), ВАШ снизился с $5,5 \pm 1,3$ до $1,8 \pm 1,3$ в группе 1 ($p < 0,05$), с $4,0 \pm 1,5$

до $2,0 \pm 1,3$ в группе 2 ($p < 0,05$) и с $5,3 \pm 2,1$ до $2 \pm 1,1$ в группе 3 ($p < 0,05$). По данным урофлоуметрии Qmax увеличилась с $11,4 \pm 4,3$ до $23,1 \pm 2,7$ в группе 1 ($p < 0,05$), с $11,6 \pm 2,3$ до $20 \pm 4,5$ в группе 2 ($p < 0,05$), с $12,3 \pm 2,6$ до $16 \pm 3,3$ в группе 3 ($p < 0,05$). По данным ТРУЗИ в группе 1 у 13 (72%) пациентов фиброз исчез полностью, у 5 (28%) пациентов зона фиброза сократилась с $6,3 \pm 2,2$ мм до $2,1 \pm 1,9$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов с $4,5 \pm 1,3$ мм до $1,1 \pm 0,7$ мм ($p < 0,05$). В группе 2 зона фиброза сократилась с $5,4 \pm 1,8$ мм до $2 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов с $5,3 \pm 1,8$ мм до $3,0 \pm 1,9$ мм ($p < 0,05$). В группе 3 зона фиброза уменьшилась с $8,3 \pm 1,5$ мм до $6,8 \pm 1,6$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов не изменились.

Выводы. Комбинированная ЭУВТ достаточно эффективно купирует дизурию, воспалительный процесс, улучшает дренажную функцию ПЖ, приводит к ускоренному элиминированию микрофлоры, стимулирует лизис зон фиброза, кальцинатов. Комбинированное применение базисной терапии и препарата БА способствует лизису зон фиброза, не оказывает влияния на кальцинаты ПЖ, улучшает качество жизни.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА/ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Амельченко А.А., Винник Ю.Ю.

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

Введение. Ожирение определяется как чрезмерное накопление или аномальное распределение жира в организме, влияющее на здоровье. Критерий диагностики и классификации ожирения основывается, в первую очередь, на индексе массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), что является доступным критерием. Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин. Среди молодых мужчин именно ХП/СХТБ одна из основных причин обращения к урологу. Учитывая высокую распространённость ожирения и ХП/СХТБ среди молодых мужчин, наличие патогенетических связей с заболеваниями простаты – изучение зависимости проявлений ХП/СХТБ от избыточной массы тела является одним из актуальных вопросов современной уроandroлогии.

Цель исследования: выявление влияния ожирения на тяжесть проявлений ХП/СХТБ у мужчин первого периода среднего возраста.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2022 года на базе КГБУЗ КМКБ №4, проведено комплексное урологическое обследование 150 мужчин с ХП/СХТБ первого периода среднего возраста от 22 до 35 лет с использованием валидных опросников. Дополнительно оценивались данные антропометрии, ИМТ, гормонального статуса. Для объективизации и количественной оценки основных проявлений заболевания у пациентов с ХП/СХТБ был использован стандартизированный опросник, предложенный О.Б. Лораном и А.С. Сегалом – СОС-ХП. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Мужчины с нормальным индексом массы тела (18,5-24,9) имели более легкую клиническую картину ХП/СХТБ: ИИ - 19 [17;24] баллов, при избыточной массе тела (ИМТ от 25,0 до 29,9) – 24 [18;28] балла, ожирении (ИМТ более 30) – 30 [27;32] баллов. Различия были статистически значимыми. Данные лабораторного обследования демонстрируют более выраженные воспалительный процесс и нарушение функции простаты при увеличении ИМТ, что выражается в повышении количества лейкоцитов и снижении лецитиновых зерен при микроскопии секрета простаты. Анализ гормонального статуса выявил более низкие уровни общего, свободного тестостерона и высокие эстрадиола у мужчин с повышением значения ИМТ, чем с нормальным значением. Показатель ГПСГ

был значимо ниже у пациентов с ожирением. Мужчины с избыточной массой тела и ожирением имели больший объем простаты при ТРУЗИ.

Заключение. Выявлены особенности клинической, лабораторно-инструментальной картины, гормонального фона у пациентов первого периода зрелого возраста с ХП/СХТБ в зависимости от ожирения. Опираясь на литературные данные и полученные собственные результаты, можно говорить о том, что выявленное повышение жировой массы у мужчин способствует поддержанию хронического воспаления в простате, ишемии органа, нарушению внутритканевого обмена веществ, нарушению гормонального фона, что значительно снижает качество жизни пациента и увеличивает риски воспаления простаты с возрастом. Более тяжелые проявления ХП/СХТБ ассоциированы с увеличением показателя ИМТ, что можно использовать в клинической практике врача-уролога в диагностике и объективном мониторинге заболевания.

БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Аль-Шукри С.Х.

Санкт-Петербург

Введение. Хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (ХАП/СХТБ) является наиболее частой формой хронического простатита. Симптомы ХАП/СХТБ существенно ухудшают качество жизни больных. Предложено множество терапевтических подходов к лечению ХАП/СХТБ, при этом большинство исследователей признают необходимость комплексного лечения заболевания.

Цель исследования – оценить эффективность и переносимость комплексной терапии больных ХАП/СХТБ с использованием биорегуляторного пептидного препарата Уропрост-Д.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 47 мужчин в возрасте от 23 до 54 лет (в среднем $38,1 \pm 7,2$ года) с ХАП/СХТБ (категория III по классификации НУНА, 1995). Больным 1-й группы (n=24) назначали альфа-адреноблокатор тамсулозин по 0,4 мг в течение 30 дней и ректальные суппозитории Уропрост-Д по одному в сутки в течение 15 суток. Больным 2-й группы (n=23) также назначали тамсулозин по 0,4 мг в сутки в течение 30 дней и ректальные суппозитории индометацин 100 мг по одному в сутки в течение 15 суток. Динамику клинических показателей оценивали на 15-е, 30-е и 60-е сутки от начала исследования по изменению суммы баллов по опросникам NIH-CPSI, а также результатам лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. К 15-му дню исследования отмечена значимая положительная динамика симптоматики у пациентов обеих групп. К 30-му дню исследования у больных 1-й группы эффект лечения сохранялся, в то время как у пациентов 2-й группы отмечено усиление боли, что выражалось в увеличении баллов по доменам «Боль» и суммарного балла опросника NIH-CPSI. Данная тенденция оказалась еще более выраженной к 60-му дню наблюдения, когда выявлено достоверное различие между пациентами 1-й и 2-й групп как по суммарному баллу опросника NIH-CPSI, так и отдельно по доменам «Боль», «Дизурия» и «Качество жизни». Мы не отметили статистически значимых изменений максимальной скорости потока мочи, объема предстательной железы и объема остаточной мочи у больных 1-й и 2-й групп в процессе лечения. Переносимость терапии была удовлетворительная, частота негативных проявлений была несколько выше у пациентов 2-й группы.

Выводы. Применение биорегуляторного пептидного препарата Уропрост-Д в комплексной терапии больных ХАП/СХТБ сопровождается снижением выраженности болевого синдрома и дизурии, при этом лечебный эффект отмечается не только во время приема препарата, но и после его окончания. Назначение Уропроста-Д представляется патогенетически обоснованной альтернативой использованию НПВС у данной категории больных.

Функциональная урология

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ ДЕТРУЗОРНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Аносова Ю.А., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Аносов Ю.И.

Воронеж

Введение: Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – комплекс симптомов, сопровождающийся urgentными позывами к мочеиспусканию, а также учащенным мочеиспусканием и ноктурией, недержанием мочи или без такового, при отсутствии доказанной инфекции мочевыводящих путей или другой очевидной патологии нижнего отдела мочевыводящих путей. Когда urgentное мочеиспускание не сопровождается детрузорной гиперактивностью при отсутствии других причин этих симптомов используют термин ГАМП без детрузорной гиперактивности.

Цель исследования: оценить эффективность лечения ГАМП без детрузорной гиперактивности.

Материалы и методы: Проведена ретроспективная оценка медицинских карт 12 пациентов (мужчины – 4, женщины – 8), у которых имелись симптомы ГАМП. Критериями включения явились: возраст старше 18 лет; диагноз ГАМП; неэффективность терапии M-холиноблокаторами, β -3-агонистами не менее 3 месяцев; исключение неврологической патологии; исключение органической урологической и гинекологической патологии; отсутствие повышенного объема остаточной мочи более 30 см куб. 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 неинвазивных методов исследования: дневники мочеиспусканий (количество мочеиспусканий за сутки, средний объем при мочеиспускании, максимальный объем мочи при мочеиспускании, количество мочеиспусканий ночью – ноктурия, количество императивных недержаний мочи за сутки); количество прокладок, используемых за сутки. Всем пациентам было выполнено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) по причине неэффективности медикаментозного лечения и необходимости принятия дальнейшей тактики лечения, по данным которого не было выявлено детрузорной гиперактивности ни в одном из этих случаев. У всех пациентов при уродинамическом исследовании отмечалась гиперсенсорность детрузора (средний объем первого позыва $\pm 72,4$ мл), снижение максимальной цистометрической емкости (± 230 мл), признаки дисфункционального мочеиспускания. Все пациенты были направлены на консультацию к психотерапевту. После установленных диагнозов (F41) было назначено лечение, включающее транквилизаторы, антидепрессанты, психотерапию. Эффект по мочевым симптомам оценен через 3 месяца. Динамика симптомов по дневнику мочеиспусканий: количество мочеиспусканий снизилось с 17,4 до 8,5; средний объем при мочеиспускании увеличился с 105,6 мл до 156,4 мл; максимальный объем мочи при мочеиспускании увеличился с 255,5 мл до 430,3 мл; выраженность ноктурии снизилась с 3,1 до 0,9 раз. Количество прокладок уменьшилось с 2,2 до 0,4 в сутки. Уродинамическое исследование не повторялось ввиду положительного эффекта проводимой терапии. Пациенты продолжают проводимое лечение, проводится коррекция терапии с психотерапевтом.

Выводы: Симптомы urgency коррелируют с симптомами тревоги и депрессии, что требует специализированного лечения врача-психотерапевта/психиатра. Если уролог видит неэффективность медикаментозного лечения у пациентов с ГАМП в течение 3 месяцев, следует направить пациента на консультацию к психотерапевту, который занимается лечением расстройств нарушений мочеиспускания. В таком случае можно больше рассчитывать на эффективность лечения, что повысит удовлетворенность пациентов и улучшит качество их жизни.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЧЕТОЧНИКЕ

Котов С.В., Хачатрян А.Л., Присмакова М.В.

Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Москва, Россия

Введение. Стриктура мочеточника – это сужение просвета мочеточника различной этиологии, вызывающее нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей, и тем самым приводящее к снижению функции почки и качества жизни пациента. Большинство ятрогенных повреждений мочеточников приходится на долю гинекологических операций (64–82%), колоректальные, сосудистые и тазовые операции являются причинами ятрогении приблизительно в 15–26% случаев, а урологические оперативные вмешательства вызывают данное осложнение в 11–30%.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 85 пациентов, из них: 63 женщины (74,1%), 22 мужчины (25,8%). Критерии включения: пациенты, перенесшие реконструктивные вмешательства в период с 2009 по 2022 гг по методике Psoas-Hitch – I группа: 26 пациентов (30,5%), Боари – II группа: 35 пациентов (41,2%) и кишечной пластике мочеточника – III группа: 24 пациента (28,2%). В исследование были включены пациенты возрастной группы от 24 до 78 лет (средний возраст 53,3±12,7).

Результаты. Частота мочеиспускания, императивное, стрессовое недержание мочи и ноктурия преобладают в группе пациентов, перенесших операцию Боари. Среди трех групп пациентов наименьшая цистометрическая емкость наблюдается среди пациентов, так же перенесших операцию по методике Боари, в то время как в I и III группах отмечена адекватная емкость мочевого пузыря. В I и III группе пациентов среднее количество актов мочеиспускания колебалось в диапазоне от 8 до 10 раз, а количество ночных мочеиспусканий у большинства пациентов не превышало 1 или 2. Наличие гиперактивности детрузора тоже превалирует среди пациентов II группы, при том несколько чаще встречалась фазовая гиперактивность детрузора. Индекс контрактильности повышен во II группе, однако в I группе ИК преимущественно нормальных значений, а в III группе наблюдается снижение ИК.

Выводы: В настоящем исследовании наибольшая частота гиперактивности мочевого пузыря отмечена у пациентов, перенесших реконструктивное вмешательство по методике Боари. Также снижение качества жизни, связанное с уменьшением цистометрической емкости и, следовательно, увеличение количества дневных и ночных микций, отмечается у той же когорты пациентов, согласно результатам опросника OAB Awareness Tool.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПЕНСАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЕГО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДГПЖ

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Несмотря на длительную историю изучения доброкачественной гиперплазии простаты, до сих пор не полностью раскрыты морфологические детерминанты клинической симптоматики при этом заболевании, а также особенности ремоделирования мочевого пузыря и изменений его сосудистого русла, предопределяющие вектор развития заболевания.

Цель. Изучить закономерности структурной перестройки мочевого пузыря с учетом особенности патоморфологических изменений его сосудистой системы при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материалы и методы. Исследован аутопсийный материал от 25 мужчин 60-80 лет, не имевших урологической патологии и от 25 мужчин того же возраста, имевших ГПЖ без признаков декомпенсации мочевого пузыря. Контроль - 10 мужчин в возрасте 20-30 лет, погибших в результате травм. Кусочки мочевого пузыря в обеих сериях фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной не более 5 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Массону и фукселином по Харту.

Результаты. Структурные изменения мышечной оболочки мочевого пузыря при ГПЖ характеризовались мозаичностью. В частности, с одной стороны отдельные мышечные пучки подвергались атрофии, а между ними разрасталась грубоволокнистая соединительная ткань, что характерно для возрастных инволютивных изменений, с другой - визуализировались участки, представленные мощными мышечными волокнами. В последних отмечалась высокая клеточность, увеличение размеров волокон и их ядер с гиперхроматозом.

Выраженным изменениям при ГПЖ подвергалось и сосудистое русло мочевого пузыря, в котором также выявлялись и морфологические маркеры, характерные для возрастной инволюции. Так, часть внеорганных артерий содержали атеросклеротические бляшки, резко суживающие просвет сосудов. В крупных и средних внутриорганных артериях наблюдалось увеличение толщины стенки за счет гипертрофии гладкой мускулатуры. Кроме этого в интимае был хорошо заметен слой косопродольной гладкой мускулатуры, который, в некоторых сосудах, полностью замещался на грубоволокнистую соединительную ткань. Мелкие артерии и артериолы нередко, в обеих сериях, подвергались гиалинозу. Характерным признаком сосудистой перестройки при ГПЖ явилось появление особых регуляторных гладкомышечных структур, исходящих из внутренней оболочки артерий. К ним относятся: пучки интимальной мускулатуры и мышечно - эластические сфинктеры в мелких и средних артериях, а также полиповидные подушки Конти - в крупных сосудах.

В венах этой серии, как и в артериях, определялись особые регуляторные образования. К ним мы отнесли: мышечные «муфты» внеорганных вен, мышечные валики внутриорганных вен и клапаны.

Выводы. При ГПЖ мышечная оболочка мочевого пузыря подвергается выраженной очаговой гипертрофии. Её развитие, в условиях ишемии мочевого пузыря, связанной с сенильной редукцией кровотока, обеспечивается функционированием целого комплекса

особых регуляторных миогенных образований в артериях этого органа. Роль их заключается в перераспределении и направлении потоков артериальной крови к участкам детрузора, оказавшихся в состоянии функционального перенапряжения, в ущерб участкам, подвергшимся ранее атрофии и склерозу. В венозном русле мочевого пузыря также появляется комплекс регуляторных образований. Значение сокращения их гладкой мускулатуры сводится к предотвращению венозного застоя и гипоксии ткани.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОКАРЦИНОМой ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО И ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

*Ханалиев Б.В., Джафаров Р.Н., Мехтиеv Т.Т., Барсегян А.Г., Косарев Е.И.,
Алиев У.А., Алиев Т.А.*

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

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) одно из самых распространенных злокачественных заболеваний у мужчин во всем мире. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РПЖ занимает второе место. Клинически заболевание проявляется симптомами инфравезикальной обструкции, которые могут значительно снижать качество жизни пациентов. За последние два десятилетия робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) является малоинвазивным, альтернативным и самым распространенным видом лечения локализованного РПЖ. По сравнению с открытой простатэктомией РАРП снижает риски развития осложнений в периоперационном периоде, уменьшает послеоперационный период и улучшает качество жизни пациента, которое оценивается посредством субъективной и объективной оценкой данных. В данном исследовании мы оценили качество мочеиспускания посредством метода урофлоуметрии и с помощью анкетирования по опроснику IPSS у пациентов с РПЖ.

Материалы и методы. С мая по декабрь 2023 года в ФГБУ «Национальный медико хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России было проведено проспективное исследование, в которое включено 34 пациента с РПЖ стадий cT1a – cT2cN0M0. Средний возраст пациентов составил 63 года (от 50 до 77 лет), уровень общего ПСА – 7,1 нг/мл (от 0,04 нг/мл до 14,8 нг/мл), объем предстательной железы – 46 см³ (от 15 см³ до 97 см³). Всем пациентам при плановой госпитализации с письменного согласия проводили сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр, пальцевое ректальное исследование (далее ПРИ), урофлоуметрию (до и после РАРП), ультразвуковое исследование мочевого пузыря и определение объема остаточной мочи (до и после РАРП). Оценку симптомов нижних мочевыводящих путей проводили по международной шкале IPSS. В среднем период нахождения пациентов в стационаре от момента поступления до момента выписки составил 5-6 дней. Пациентам в плановом порядке была выполнена робот-ассистированная простатэктомия. Всем пациентам на 4-е сутки в плановом порядке проводили цистографию для решения вопроса об удалении уретрального катетера. Удаление уретрального катетера проводилось на 4-5 сутки после оперативного вмешательства. Всем пациентам проводили урофлоуметрию в день поступления в стационар и на 2-е сутки после удаления уретрального катетера.

Результаты. По результатам оценки симптомов нижних мочевыводящих путей до операции пациенты оценивали свое состояние в 20 баллов и более, что по шкале IPSS свидетельствует о тяжелых симптомах болезни. Индекс качества жизни вследствие расстройств мочеиспускания (L) оценили как неудовлетворительно (L=4). По результатам урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи (Qmax) у пациентов до и после оперативного вмешательства в среднем составило 10,4 мл/с и 17,1 мл/с соответственно. Выделенный объем мочи до операции – 201 мл, а после – 215 мл; остаточный объем мочи – 35 мл, а после операции – 21 мл. Через месяц после оперативного вмешательства пациенты оценили свое состояние в 8 – 14 баллов, что по шкале IPSS свидетельствует об умеренных нарушениях мочеиспускания; качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания оценили как хорошо (L=1).

Выводы. По результатам проведенного исследования нами было отмечено улучшение симптомов нижних мочевыводящих путей и улучшение качества жизни больных с РПЖ. По данным урофлоуметрии наблюдали положительную динамику функциональных показателей мочеиспускания, что доказывают положительные результаты методики. Проведенный анализ показал, что РАРП позволяет не только избавиться от злокачественного новообразования предстательной железы, но устранить симптомы, связанные с инфравезикальной обструкцией, что еще раз подтверждает выводы специалистов Российской, Американской и Европейской ассоциаций урологов. Полученные данные создают предпосылки для дальнейшего исследования, требующее более длительное время и выборку.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИРАБЕГРОНА И ТАМСУЛОЗИНА ОКАС У ПАЦИЕНТ С ДЛИТЕЛЬНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ЦИСТИТОМ В АНАМНЕЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Картов Е.И.

*ГБУ РО «Городская клиническая поликлиника №6», Рязань
ООО МЦ «Гармония», Рязань*

Данное клиническое наблюдение демонстрирует длительное течение нейрогенного мочевого пузыря и рецидивирующего цистита на фоне консервативной терапии, неоднократного оказания хирургического пособия и полного выздоровления после кратковременного курса комбинации мирабегрона и тамсулозина окас.

Пациент Э. 2003г.р (18 лет) обратился к урологу (перевод из детской поликлиники). Диагноз: скрытая миелодисплазия с нарушением иннервации органов малого таза. НДМП, осложненная недержанием мочи. Хр. пиелонефрит, хр. цистит, вне обострения. Сперматоцеле справа. Плоскостопие I-II ст. Врожденная воронкообразная деформация грудной клетки. Асимметрия осанки. Миопия слабой ст. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

Анамнез жизни: гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору; тяжелый энтероколит в 1 год; 2005г – оперирован по поводу паховой грыжи; ОРВИ, ветряная оспа.

Анамнез заболевания: с 2008г. (с 5 лет) беспокоит недержание мочи. На фоне детрузор-стабилизирующей терапии оксibuтинином положительной динамики не выявлено.

С 2012 по 2019гг неоднократно обращался за лечением в федеральные учреждения Москвы и Санкт-Петербурга.

Обследование: УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоманометрия, урофлоуметрия, профилометрия уретры, цистоскопия, цистография, Эхо-ЭГ, ЭЭГ, электрофизиологическое исследование, посев мочи на флору.

Консервативная терапия: антибактериальная терапия (фурамаг, бисептол, нитроксолин), колипротейный бактериофаг, альфа-адреноблокаторы (омник ½ капсулы в сут, кардура 1 мг), дриптан, минирин, фитотерапия (канефрон, цистон), иммунотерапия (ликопид, уро-ваксом), физиотерапия, БОС-уростим терапия с электростимуляцией мышц тазового дна.

Хирургическое лечение: 2013г – внутридетрузорные инъекции ботулотоксином; 2014г – гелевая пластика устьев мочеточников, внутридетрузорные инъекции ботулотоксином, этаноловая блокада треугольника Льюто; 2016г – эндоскопическая пластика шейки мочевого пузыря объемообразующим веществом.

Результат. Диагноз: гиперактивный мочевой пузырь, осложненный недержанием мочи. Ребенок на инвалидности, находится на домашнем обучении.

В 2020г к урологу не обращался из-за эпидемии коронавирусной инфекции.

В 2021г в возрасте 18 лет обратился к урологу поликлиники.

Обследование: общий анализ мочи, дневник мочеиспусканий (не вел, так как через 3 дня лечения недержание прекратилось).

Лечение: мирабегрон 50 мг 1 раз в сутки и тамсулозин окас 0,4 мг 1 раз в сут.

Результат: осмотрен через 10 дней – полное выздоровление. Рекомендовано продолжить лечение до 3 мес. В настоящее время студент очного отделения университета.

Длительность наблюдения у уролога поликлиники 3 года. Жалоб не предъявляет, препараты не принимает.

Вывод. Учитывая высокую эффективность мирабегрона и тамсулозина окас, рекомендуется рассмотреть возможность применения данных препаратов у пациентов моложе 18 лет.

СТРУКТУРНАЯ РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДГПЖ

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Острая задержка мочи (ОЗМ) – частое и наиболее грозное осложнение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ГПЖ). Доказанными действующими механизмами ОЗМ считают перерастяжение детрузора и инфравезикальную обструкцию, однако, остается неясным вопрос о закономерностях гистологических изменений в ткани простаты в ходе развития ГПЖ и их возможной роли в формировании ОЗМ. Данные же об адаптационных и патологических процессах в сосудистом русле органа при ОЗМ в литературных источниках отсутствуют.

Цель работы: изучение особенностей морфологической перестройки ткани предстательной железы у пациентов, страдающих ГПЖ, осложненной ОЗМ.

Материал и методы. Исследован аутопсийный материал 82 мужчин в возрасте 60-80 лет, разделенных на 4 группы: 25 мужчин без ГПЖ, умерших от причин, не связанных с урологической патологией; 25 мужчин с ГПЖ без признаков декомпенсации мочевого пузыря; 22 мужчины с декомпенсированной ГПЖ; 10 человек, умерших от разных причин, однако, имеющих ГПЖ, осложненную ОЗМ. Морфологическому исследованию подвергались фрагменты простаты и парапростатическая клетчатка. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по Масону и по Харту, при этом, выполняли: обзорную микроскопию, морфометрию сосудов и стереометрию структурных компонентов простаты. Кроме того, проводили иммуногистохимическое исследование (ИГХ) с использованием мышинных моноклональных антител к SMA.

Результаты исследования. Развитие ГПЖ приводит к компенсаторной перестройке ткани этого органа. Её проявлением становится гипертрофия гладкой мускулатуры простаты и ремоделирование внутриорганных артерий, проявляющееся гипертрофией гладкой мускулатуры меди и интимы, а также усилением капиллярного русла, обеспечивающего трофику избыточно развитым гладких мышц стромы железы. Во внеузловых частях простаты, со временем, прогрессирует склероз, который, с одной стороны, имеет воспалительный генез, обусловленный резко выраженным хроническим воспалением, а, с другой, носит дисциркуляторный характер, обусловленный сенильной редукцией кровотока. Все эти патологические изменения приводят к тому, что предстательная железа становится не только увеличенной в объеме, но и ригидной, способствуя еще большей ИВО. Увеличение узлов, воспалительный отек стромы, склероз и петрификация органа вызывают затруднение оттока венозной крови и нарушение лимфообращения. Проявлением этого являются отечно-плазморрагические процессы в строме, лимфостаз и кровоизлияния, что является потенциальной предпосылкой ОЗМ.

При ДГПЖ, осложненной ОЗМ, в узлах и во внеузловых частях этого органа на первый план выступают альтеративные изменения и расстройства кровообращения.

Так, в некоторых узлах, на месте ацинарных петрифицированных кист наблюдались некротические изменения с образованием детрита и реактивной воспалительной лейкоцитарной инфильтрацией. Наряду с этим, в слизистой оболочке уретры и в строме железы определялись мелкоточечные диапедезные и сливные кровоизлияния.

В строме органа выявлялось резкое полнокровие вен с образованием в них обтурирующих тромбов. Тромбоз внутриорганных вен железы сочетался с тромбозом внеорганных парапростатических вен дорсального сплетения предстательной железы. Наряду с венозной гиперемией отмечалась картина лимфостаза, выраженный отек, полнокровие капилляров и эритроцитарные стазы. Кроме того, выявлялась значительная воспалительная инфильтрация лимфоцитами с примесью сегментоядерных лейкоцитов, характеризующая наличие активного хронического воспаления.

Результаты стереометрического исследования показали, что удельная площадь гладких мышц и желез уменьшалась, а соединительной ткани и сосудов – увеличивалась.

Выводы. Гипертрофия гладкой мускулатуры простатической стромы и синхронное ремоделирование сосудистого русла предстательной железы направлены на обеспечение нормального функционирования органа в условиях формирования и роста узлов ДГПЖ. Однако, длительно существующая компрессия, в конечном итоге, приводит к истощению

компенсаторного потенциала сосудистой системы простаты, возникновению патологической перестройки органа, которая сама становится причиной для нарушения оттока мочи, предопределяя динамику заболевания и возникновения осложнений.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

*ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Ярославль*

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой глобальную медико-социальную проблему, существенно влияющую на здоровье нации и экономическое состояние страны, ввиду большой распространенности в популяции (около 15% населения), а также высокой смертности и инвалидизации вследствие развития терминальной почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений. В настоящее время имеется дефицит данных по распространенности ХБП и ее поздних стадий (почечная дисфункция С3-5) у пациентов урологического профиля.

Цель. Изучить распространенность почечной дисфункции среди пациентов амбулаторного урологического звена.

Материалы и методы. В ходе ретроспективного анализа медицинских карт пациентов, обратившихся к урологу первичного звена за период июнь 2022 по июнь 2023 года, были проанализированы данные биохимического анализа крови (оценивался уровень креатинина с последующей оценкой скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ, (данные ≥ 2 измерений уровня креатинина с интервалом не менее трех месяцев). Градация нарушений функции почек проводилась согласно клиническим рекомендациям "Хроническая болезнь почек" (разработчик – Ассоциация нефрологов, одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ в 2021 г): высокая или оптимальная (С1) – СКФ >90 мл/мин/1,73 м², незначительно сниженная (С2) – СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м², умеренно сниженная (С3а) – 45-59 мл/мин/1,73 м², существенно сниженная (С3б) – СКФ 30-44 мл/мин/1,73 м², резко сниженная (С4) – СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м², терминальная почечная недостаточность (С5) – СКФ <15 мл/мин/1,73 м². Хроническая почечная дисфункция оценивалась как уменьшение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м². Статистическая обработка полученных результатов проводилась по двум группам с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc, 2011).

Результаты. Включено в исследование – 3815 человек, из них имеющие данные о функциональном состоянии почек 2158 человек. Из них мужчин – 1439, женщин – 719, возрастная структура пациентов: 18–44 лет – 22,2% (475/2158); 45–64 лет – 56,9% (1230/2158); ≥ 65 лет 20,9% (453/2158).

Структура функционального состояния почек у пациентов урологического профиля: С1 – 61,7% (1332/2158); С2 27,7% (598/2158); С3а – 5,8% (126/2158); С3б – 2,9% (64/2158); С4 – 1,25% (27/2158); С5 – 0,5% (11/2158). Всего пациентов со снижением функции почек (С3-5, СКФ <60 мл/мин/1,73 м²) – 10,6% (228/2158). $p < 0,05$

Возрастная структура почечной дисфункции (С3-5, СКФ <60 мл/мин/1,73 м²): 18–44 лет – 2,3% (11/475); 45–64 лет – 10,9% (134/1230); ≥ 65 лет – 18,3% (83/453), $p < 0,05$

Разницы между встречаемостью снижения функции почек (СЗ-5, СКФ <60 мл/мин/1,73м²) среди женщин – 9,87% (71/719) и мужчин – 10,9% (157/1439), была статистически незначимая, $p > 0,05$.

Выводы. Таким образом, почечная дисфункция (СКФ <60 мл /мин) в амбулаторной урологической практике встречается с высокой частотой, независимо от пола, особенно у пациентов старших возрастных групп.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

*ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль*

Введение. В настоящее время не существует единой общепризнанной теории старения. При этом, одной из основных его гипотез является теория окислительного стресса. В свою очередь важным механизмом реализации негативного воздействия окислительного стресса на организм является прогрессирующее с возрастом эндотелиальная дисфункция. Изучение механизмов старения организма и возраст-ассоциированной трансформации органов является важным аспектом поиска мишеней фармакологического влияния, что может явиться основой новых подходов к anti-age терапии.

Цель. Проанализировать динамику показателей свободно-радикального окисления и эндотелиальной дисфункции на системном и органном уровнях в процессе возраст-ассоциированной перестройки мочевого пузыря в эксперименте.

Материалы и методы. В эксперименте использовались две группы лабораторных животных: группа 1 (30 месячные беспородные белые крысы, $n=10$) и группа 2 (10 месячные беспородные белые крысы, $n=10$). В крови животных и гомогенате мочевого пузыря определялись маркеры эндотелиальной дисфункции (ЭД) и перекисного окисления липидов (ПОЛ). Маркеры ЭД: Эндотелин-1, Специфическая молекула эндотелиальных клеток-1 (СМЭК-1); Интерлейкин – 1 бета (ИЛ-1 бета); Маркеры ПОЛ: 8-изопростана, малонового диальдегида, каталазы, а также диеновых конъюгатов.

Результаты. При анализе статуса эндотелиальной дисфункции крови выявлено, что средние значения всех изучаемых маркеров определяемые в крови у старых животных значительно превышали аналогичные показатели в группе молодых животных, во всех случаях достигая статистически значимого уровня различия ($p < 0,05$). Данная статистически значимая разница между группами молодых и старых крыс по исследуемым маркерам также наблюдалась при исследовании гомогената стенки мочевого пузыря.

Анализ изучения показателей ПОЛ и системы антиоксидантной защиты показал, что молодые животные имеют невысокие показатели ПОЛ и, соответственно, активность каталазы как сыворотки крови, так и мочевого пузыря, что свидетельствует о сбалансированности системы антиоксидантной защиты. Также выявлено, что средние значения продуктов ПОЛ, определяемые в крови у старых животных были значительно выше в сравнении с группой молодых животных ($p < 0,05$). Одновременно с этим уровень каталазы был выше у старых животных в 1,5 раза как на системном, так и на органном уровнях.

Выводы. Таким образом, в процессе старения мочевого пузыря у экспериментальных животных, показатели как сывороточных, так и тканевых маркеров эндотелиальной дисфункции и перекисного окисления липидов повышаются, а уровни антиоксидантной активности статистически значимо снижаются, что подтверждает роль данных патофизиологических механизмов в формировании возраст-ассоциированной трансформации мочевого пузыря.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ВОЗРАСТ. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СТАРЕНИЯ ДЕТРУЗОРА

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минзлрава России, Ярославль

Введение. Клинически и уродинамически возрастные изменения нижних мочевых путей проявляются снижением скорости потока мочи и емкости мочевого пузыря, появлением его гиперактивности, а также увеличением объема остаточной мочи. Причины данных морфофункциональных нарушений на сегодняшний день до конца не изучены и в литературе описываются противоречиво. По мнению большинства исследователей, основная патогенетическая роль в этих процессах принадлежит регионарной циркуляторной гипоксии.

Цель. Проанализировать морфологические изменения стенки мочевого пузыря и его сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Морфологическому исследованию были подвергнуты фрагменты мочевого пузыря, полученные при аутопсии от 25 мужчин в возрасте 60-80 лет, умерших от заболеваний, не относящихся к урологической и сердечно-сосудистой патологии. В качестве контроля использовали материал от 10 молодых мужчин в возрасте от 20 до 30 лет, непосредственной причиной смерти которых явились травмы. Кусочки мочевого пузыря и участки паравезикальной клетчатки в обеих сериях фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной не более 5 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Массону и фукселином по Харту. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием поликлональных мышиных антител к протеину S100, а также хромогена DAB.

Результаты. У мужчин пожилого и старческого возраста в мочевом пузыре наблюдались структурные изменения, затрагивающие различные его тканевые компоненты. Выраженному ремоделированию подвергалось артериальное русло. В артериальных магистральных сосудах паравезикальной клетчатки отмечались признаки атеросклероза, что приводило к сужению их просвета, достигающее 25%. Одновременно с этим, изменения касались и внутриорганных артерий мышечного типа различного калибра. В крупных и средних артериях этого органа имелись признаки гиперэластоза и гипертрофии гладкой мускулатуры меди, что отражало усиление тонуса данных сосудов. В мелких внутриорганных артериях определялись пучки интимальной мускулатуры, выбухающие в их просвет. Данные изменения указывали на адаптивный характер этих образований, обладающих способностью регулировать местные расстройства кровообращения. Большая часть артерий мелкого калибра подвергались гиалинозу, что вызывало резкое уменьшение просвета. Внутриорганные вены по сравнению с контрольной серией, имели утолщенную и склерозированную стенку.

В мышечной оболочке выявлялось истончение гладкомышечных волокон, формирующих пучки, между которыми визуализировались или крупные прослойки грубоволокнистой соединительной ткани или хорошо заметная тонкопетлистая сеть. В отдельных участках мышечной оболочки обнаруживались мощные рубцовые поля, вокруг которых встречались истонченные мышечные волокна.

При ИГХ выявлялось снижение степени экспрессии S100 нервных стволов в стенке органа.

Выводы. В процессе старения человека наблюдается структурная перестройка сосудистой системы мочевого пузыря, обусловленная атеросклеротическим ее поражением и изменениями, свойственными артериальной гипертензии. На фоне редуцированного кровотока в мочевом пузыре формируются замыкающие артерии, роль которых сводится к «переключению» транспорта артериальной крови в зависимости от функциональной потребности детрузора. Со временем в мышечной оболочке артерий нарастает склероз и просвет их сокращается. В функциональном слое замыкающих сосудов также разрастается соединительная ткань и они утрачивают регулирующую функцию. Кроме того, нарастают нейродегенеративные изменения в стенке мочевого пузыря. Ремоделирование сосудистого русла и нейротрофические изменения приводит к склеротическим изменениям и атрофии детрузора.

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С НЕ НЕЙРОГЕННЫМИ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Попов С.В., Орлов И.Н., Топузов Т.М., Егорова М.Ю.

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

Введение. Распространенность симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин неуклонно растет. К сожалению, не всегда диагноз является очевидным. Продолжительное время данные проявления дисфункции мочеиспускания связывали с инфравезикальной обструкцией (ИВО) обусловленной гиперплазией предстательной железы, игнорируя тот факт, что рефрактерные СНМП у молодых мужчин могут быть связаны со снижением или повышением сократительной активности детрузора, гиперчувствительностью мочевого пузыря и рядом иных причин. Одним из решений диагностической дилеммы выступает оценка уродинамических параметров, которая сможет повлиять на выбор оптимальной тактики лечения и позволит надеяться на повышение ее эффективности, сокращения времени и средств, затраченных на терапию. Целью настоящего исследования является оценка эффективности уродинамических исследований в диагностическом поиске не нейрогенных причин СНМП у молодых мужчин.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 84 мужчины с СНМП, обследованные на базе СПб ГБУЗ «Клинической больницы Святителя Луки» в период с 2022 по 2023 года. Пациенты с известными неврологическими заболеваниями, сахарным диабетом, интерстициальным циститом, стриктурами уретры, травмами малого таза, а также пациенты с инфекциями нижних мочевых путей относились к группе исключения. Критерии оценки включали: балл IPSS, урофлоуметрию, объем остаточной мочи, исследование «давление – поток», номограмму Абрамса–Гриффитса (ИАГ). Исследование «давление-поток» проводили на уродинамической установке MMS Blue solar. Для статистической обработки

результатов исследования был использован пакет программ Statistica for Windows version 10.0. Качественные данные представлены в виде абсолютных или относительных (%) частот, количественные в виде $\bar{X} \pm x$, где \bar{X} – среднее арифметическое, x – стандартное отклонение. Разницу значений считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $41,5 \pm 8,7$ лет. Стаж болезни – $25 \pm 3,9$ месяцев. Выраженность симптомов пациенты оценивали с помощью опросника IPSS, средний балл которого составил $12 \pm 10,1$ баллов. Ирритативные симптомы выступали жалобами у 39,6% ($n = 33$) пациентов, обструктивные у 60,4% ($n = 51$) пациентов. Анализ исследования «давление-поток» позволил выявить следующие изменения: гиперактивный мочевого пузыря в сочетании с фазовой гиперактивностью ($P_{det} = 8 \pm 5,4$ вод ст) в 24 (28,57%) случаях, с терминальной гиперактивностью ($P_{det} = 24 \pm 10,4$ вод ст) – в 6 (7,14%) случаях, гиперсенсорную форму в 14 (16,67%) случаях, детрузорно-сфинктерная диссинергия встречалась в 1 (1,19%) случае. Инфравезикальная обструкция была подтверждена у 33,34% ($n = 28$) больных (ИАГ > 40), а у 47,60% ($n = 40$) – исключена (ИАГ < 15). 16 (19,06%) пациентов были отнесены к группе неопределенности ($40 > \text{ИАГ} > 15$). У части обследуемых ($n = 9$; 10,70%) верифицирована гипоконтрактильность детрузора ($Q_{max} = 6,2 \pm 5,3$ мл/сек в сочетании с $P_{det} Q_{max} = 23 \pm 4,7$ вод ст, ИК = $60,4 \pm 7,2$). Из когорты обследуемых 3 (3,57%) не смогли опорожниться во время исследования уродинамики. Патологические уродинамические проявления отсутствовали у 5,95% ($n = 5$) мужчин.

Выводы. Симптомы со стороны нижних мочевых путей у молодых мужчин имеют множество основных причин. Уродинамические исследования необходимы для объективной оценки функции детрузора у не нейроурогических пациентов с аномальным уротоком. Точный уродинамический диагноз открывает путь к дополнительным терапевтическим возможностям у мужчин с рефрактерными СНМП.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рязанцев Н.И.

*руководитель отделения курортологии и восстановительной медицины
Ставропольского Краевого общества урологов*

Риск возникновения гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) увеличивается с возрастом. Критическим является возраст старше 60 лет – среди пожилых людей распространенность ГАМП максимальная, объясняется гиперплазией предстательной железы, признаки которой имеются примерно у половины мужчин. Тем не менее отсутствие гиперплазии вовсе не исключает наличие возрастных изменений мочевого пузыря, которые идентичны у мужчин и женщин. Считается, что постменопаузальный период также связан с повышенным риском развития ГАМП. Применение фармакологических препаратов по поводу сопутствующих заболеваний могут увеличивать частоту мочеиспускания и имитировать симптомы ГАМП.

В течении года наблюдали 57 пациентов, с аденомой предстательной железы (20 чел.) и хроническим простатитом (37 чел.) в возрасте от 37 до 69 лет, которые были разделены на 2 группы – контрольную и основную. Пациенты основной группы (36 чел.) дополнительно к общепринятому лечению назначали Везилиут по 1 -2 капсулы во время еды 2 раза в день 30 дней, Везустен 5 мг/м №10. Пациенты контрольной группы (21 чел.) получали только общепринятое

лечение. Эффективность применения Везелюта и Везустена оценивали на основании динамики жалоб больных, общеклиническое исследование крови и мочи, характера струи мочи, урофлоуметрического индекса. Всем больным основной группы проводилось физиотерапевтическое лечение на аппарате Авантрон – уникальный медицинский аппарат экстракорпоральной магнитной стимуляции мышц и органов тазового дна. Основа терапевтической работы – индукция магнитного поля и так называемое «Без электродное» проведение электрических импульсов по мышечным волокнам обеспечивающих хороший венозный отток от органов малого таза усиливающих лимфодренаж зоны и помогающих справиться с различными дисфункциями, электрофорез с Прозерином и грязевые аппликации на низ живота по 10 процедур. Результаты клинического лечения в основной группе показали, что поллакиурия полностью перестала беспокоить 88,3 % больных, у 93,2 % исчезла потребность ночного мочеиспускания. Странгурия перестала беспокоить 74,8 % больных, 36,9 % пациентов отметили заметное усиление струи мочи и облегчение акта мочеиспускания. Таким образом результаты проведенного исследования свидетельствуют о лечебной эффективности Везилюта и Везистена наряду с физиотерапевтическими методами и целесообразности применения в комплексной терапии болезней предстательной железы.

Варикоцеле

ВЛИЯНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ НА УРОВЕНЬ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ

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. Повышенная фрагментация ДНК сперматозоидов связана с более низкой частотой наступления беременности естественным путем, худшими результатами экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), повышенным риском невынашивания беременности. Цель исследования: оценить влияние микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии на показатели фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДС) у пациентов с повышенным уровнем ФДС (более 15%) и клиническим варикоцеле.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное неконтролируемое исследование. Проанализированы результаты обследования 33 пациентов с клиническим варикоцеле, бесплодием в браке или привычным невынашиванием беременности у супруги и уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов более 15%. Всем пациентам в 2021 – 2022 годах в клинике «Мать и Дитя Ярославль» выполнена микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия. Уровень фрагментации ДНК сперматозоидов оценен до и через 3 месяца после операции с помощью методики TUNEL на основе проточной цитометрии. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS Statistics v23 (SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Уровень фрагментации ДНК сперматозоидов до операции варьировал в интервале 17 до 73% (медиана 32%, интерквартильная широта от 21 до 42%). Через 3 месяца после операции уровень фрагментации ДНК сперматозоидов находился в интервале от 1 до 27% (медиана 14,4%, интерквартильная широта от 7,5 до 17,4%). Различия между группами достоверны ($p < 0,001$). У всех пациентов уровень фрагментации ДНК сперматозоидов после операции был ниже предоперационных значений, различия варьировали в интервале от 4 до 55% (медиана 19,1%, интерквартильная широта от 9,5 до 25,7%). У 21 пациента (63,6%) уровень фрагментации ДНК сперматозоидов после операции не превышал верхнюю границу референтного интервала (15%), а у 11 (35,4%) пациентов послеоперационные значения были выше 15%. Выявлена достоверная ($p < 0,001$) положительная заметная ($r = 0,626$) корреляция между предоперационным уровнем ФДС и степенью снижения фрагментации ДНК сперматозоидов. С другими предоперационными показателями (степенью варикоцеле, возрастом пациента, индексом массы тела, стороной варикоцеле) достоверных корреляций не выявлено.

Заключение. Выполнение микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии у пациентов с повышенным уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов (более 15%) позволяет снизить ФДС через 3 месяца после операции в среднем на 19,1% и достичь нормативных значений по данному показателю у 63,6% пациентов. Степень снижения фрагментации ДНК сперматозоидов после хирургического лечения варикоцеле положительно коррелирует с предоперационными значениями ФДС.

THE IMPORTANCE OF SCROTAL DOPPLEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF VARICOCELE

Giyasov Sh.I.^{1,2}, Yuldashev J.M.¹, Mukhtarov Sh.T.^{1,2}

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Urology "RSSPMCU"
(Tashkent, Uzbekistan)

²Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)

Introduction. Current evidence suggests that management of any grade of varicocele can improve male fertility. Therefore, an important issue is the timely diagnosis of stages 1-3 of the disease. But at the same time, examination of men with complaints of infertility without the use of ultrasound with Doppler sonography of the scrotal vessels can lead to untimely diagnosis of varicocele and excessive drug therapy.

Objective. To study the value of Dopplerography of scrotal vessels in the diagnosis of clinical grades of varicocele.

Material & methods. Between November 2005 to January 2022, 2871 patients diagnosed with varicocele and infertility who underwent microsurgical varicocelectomy by inguinal access were examined at RSSPMCU. The average age of the patients was 30.16 ± 0.09 (18 – 60) years. Of the 2871 patients, 2592 (90.3%) were diagnosed by physical examination, and 279 (9.7%) patients underwent additional scrotal Doppler sonography.

Results. After Doppler scrotal imaging was introduced into practice, the proportion of patients with bilateral varicocele increased from 32.2% to 61.6% ($p < 0.01$). The proportion of patients with right-sided varicocele also increased significantly. Experienced urologist during physical examination of infertility patients did not diagnose grade 1 varicocele in 4.3%.

Conclusions. The implementation of scrotal Doppler ultrasound for the diagnosis of male infertility improved the detection of grade 1 varicocele and bilateral varicocele. In turn, this contributed to earlier elimination of the male factor of infertility in this contingent of patients.

Keywords: varicocele; male infertility; diagnosis; doppler sonography; varicocelectomy

WHICH FACTORS HAVE AN IMPACT ON FERTILITY OUTCOMES OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY?

Gulomov Sh.X., Shomarufov A.B., Akilov F.A., Mukhtarov S.T.

Tashkent Medical Academy, Urology, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Varicocele is the most prevalent and correctable cause of male subfertility. Although, varicocele repair may improve fertility in 30-45% of cases. In this study we aimed to determine factors with their cut-off values that have impact on microsurgical varicocelectomy fertility outcomes.

Materials & Methods: This multicenter study comprised 149 men from infertile couples, with clinical varicocele and asthenozoospermia, and who underwent microsurgical subinguinal or inguinal varicocelectomy from September 2015 to December 2020. The changes in semen

analysis were assessed according to WHO-2021; SP (spontaneous pregnancy) rates after surgery were considered the main outcome of surgery. A comparative analysis of the initial clinical and laboratory data of the patients in group I, which reported SP absence after varicocelectomy, and the data of the patients in group II, which reported SP, was carried out. A ROC (Receiver operating characteristic) analysis was performed to identify predictors and their cut-off values of SP after varicocelectomy.

Results: All semen parameters increased significantly after surgery. Sperm concentration increased from 62 mln/ml (18-115) to 78 mln/ml (35-135) $p<0.001$, total progressively motile sperm count (TPMSC) increased from 20 mln (2-69) to 40 mln (12-109), $p<0.001$. Information on pregnancy was obtained from 99 couples, and 30 of them (30%) reported SP within a year after varicocelectomy. Patients who reported SP (group II), compared to that remained subfertile (group I), were younger (median: 28 vs 31 years; $p<0.01$), had less infertility period (median: 24 vs 36 months; $p<0.01$), and had initially higher total sperm motility (median: 43% vs 33%, $p<0.01$), progressive motility (median: 18% vs 11%, $p<0.05$), and TPMSC (median: 44 vs 11 mln; $p<0.05$). ROC analysis revealed that the male age of 30.5 years (AUC=0.72; sensitivity – 0.51; specificity – 0.83) was cut-off value for pregnancy after surgery; for Infertility duration it was 38 months (AUC=0.68; sensitivity – 0.45; specificity – 0.87); for total motility – 36% (AUC=0.67; sensitivity – 0.70, specificity – 0.59); and for TPMSC – 22 million (AUC=0.65; sensitivity – 0.73, specificity – 0.65). Consequently, infertile couples, where male's baseline TPMSC \geq 22 million, reported SP in 47% of cases, while couples with baseline TPMSC value $<$ 22 million reported SP in only 15% of cases ($p<0.01$).

Conclusions: A young man with short infertility history, high baseline total motility, and TPMSC have more chances to achieve pregnancy of his spouse after microsurgical varicocelectomy. It is advisable to inform patients older than 30 years old with long infertility history and with low baseline TPMSC about the low efficacy of varicocele repair and about the high chance of ART usage after surgery.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ СУБИНГВИНАЛЬНАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ДОППЛЕРОВСКИМ КОНТРОЛЕМ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

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. Повреждение яичковой артерии во время выполнения микрохирургической субингвинальной варикоцелеэктомии (МСВ) в 20-40% случаев приводит к атрофии яичка. Применение методик, облегчающих визуализацию яичковой позволило бы повысить эффективность и безопасность МСВ. Целью настоящего исследования явилось оценить влияние применения интраоперационного доплеровского контроля (ИДК) на результаты микрохирургической субингвинальной варикоцелеэктомии.

Материалы и методы. В исследование включен 101 пациент с клиническим левосторонним варикоцеле, которым в период с января 2022 года по ноябрь 2023 года в клинике «Мать и

Дитя Ярославль» произведено хирургическое лечение. Стандартная микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия выполнена 52 пациентам (МСВ), 49 пациентам выполнена МСВ с интраоперационным доплеровским контролем (МСВ + ИДК). Для интраоперационного доплеровского контроля использовали «Минимакс -доплер -К» 20 МГц (СП Минимакс, Россия). Количество сохраненных артериальных и перевязанных венозных стволов подсчитывали интраоперационно. Наличие послеоперационных осложнений и изменения со стороны болевого синдрома оценивали через 3 месяца после операции.

Результат. Среднее время операции составило $79,5 \pm 11,3$ минут в группе МСВ и $75,4 \pm 12,1$ минут в группе МСВ + ИДК ($p=0,08$). Несколько стволов яичковой артерии наблюдалось у 77,6% пациентов в группе МСВ+ИДК и у 36,5% в группе МСВ ($p<0,01$). Среднее количество перевязанных вен составило $16,7 \pm 2,9$ в группе МСВ+ИДК и $15,0 \pm 3,8$ в группе МСВ ($p<0,05$). Количество сохраненных лимфатических сосудов не отличалось между группами. Через 3 месяца после операции не отмечено развития таких осложнений как рецидив варикоцеле, гидроцеле и атрофия яичка. Разрешение болевой симптоматики через 3 месяца после операции отмечено у 66,7% и 91,7% пациентов с предоперационным болевым синдромом в группе МСВ и МСВ +ИДК, соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Применение интраоперационного доплеровского контроля при выполнении микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии позволяет сохранить большее количество стволов внутренней яичковой артерии, перевязать большое количество вен и получить лучшие показатели по разрешению болевого синдрома после операции.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЧРЕСПАХОВОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

Юлдашев Ж.М.¹, Мухтаров Ш.Т.^{1,2}, Гиясов Ш.И.^{1,2}

*¹АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр урологии»*

²Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Варикоцеле – это широко распространенная патология среди подростков и взрослых мужчин, которая может сопровождаться

субфертильностью, нарушением роста и развития яичка, гипогонадизмом и часто требующая хирургического его лечения.

Огромный интерес у урологов вызывает результаты и эффективность хирургического лечение данного заболевания из-за существования различных её методов, так как после любого метода вероятность рецидива заболевания до сих пор сохраняется, а также отличается внутри одного метода между разными центрами.

По данным литературы, самым эффективным из них является варикоцелэктомия через микрохирургический доступ (Сауап, S., et al. 2009, Ding, H., et al. 2012), после которой частота осложнений и рецидивов ниже, чем после других методов (Wang, H., et al. 2018).

Цель исследования. Ретроспективный анализ частоты рецидива микрохирургической варикоцелэктомии, выполненной чреспаховым доступом.

Материал и методы. В период с ноября 2005 по январь 2022 года в АО «РСНПМ Центр Урологии» прошли обследование и лечение 2871 пациента с диагнозом варикоцеле и бесплодие, по поводу чего пациентам была выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия чреспаховым доступом на фоне спинномозговой анестезии. Средний возраст пациентов составил $30,16 \pm 0,09$ (лет) (мин.18, макс.60 лет).

Из 2871 пациентов 2595 (90,4%) операция была выполнена впервые, из них у 1735 пациентов чреспаховая микрохирургическая варикоцелэктомия была выполнена с одной стороны, у 860 – с 2-х сторон, следовательно, у последних были выполнены 1720 операций. В результате, 2595 пациентам были выполнены 3455 варикоцелэктомий впервые. Остальным 276 (9,6%) пациентам микрохирургическая варикоцелэктомия также чреспаховым доступом была выполнена по поводу рецидива заболевания, которые ранее были оперированы в других клиниках.

Статистический анализ полученных данных проведен на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel, 2019. Применялись критерии Стьюдента, Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Ретроспективный анализ отдаленных результатов у впервые оперированных больных показал, что из 2595 у 16 (0,61%) пациентов наступил рецидив заболевания. Но для окончательной корректности необходимо отметить, что по отношению общего количества 3455 варикоцелэктомий, показатель составил 0,46%. Среди 276 (9,6%) пациентов, кому было выполнено чреспаховое микрохирургическое лигирование вен семенного канатика по поводу рецидива варикоцеле в отдаленном периоде ни у кого рецидива заболевания не развился.

Заключение. Чреспаховая микрохирургическая варикоцелэктомия при варикоцеле различной степени выраженности является эффективной и безопасной операцией с частотой рецидива у первичных больных 0,46% и отсутствием рецидива при повторных операциях.

Ключевые слова: варикоцеле, бесплодие, хирургическое лечение, осложнения.

Онкоурология

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Попов С.В., Р. Орлов И.Н., Вязовцев П.В., Чернов К.Е., Топузов Т.М., Копытова И.Ю., Семикина С.П., Грушевский Р.О.

СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»

Введение: Показатели заболеваемости и распространенности рака предстательной железы (РПЖ) у мужчин являются лидирующими среди всех онкологических заболеваний. Радикальная простатэктомия (РПЭ) является основным методом лечения больных РПЖ в локализованных формах онкологического процесса. В то же время, несмотря на распространенность и широкое применение данного метода хирургического лечения, частота возникновения интра- и послеоперационных осложнений остается значимо высокой.

Цель исследования: проанализировать основные пути достижения минимального количества послеоперационных осложнений при выполнении радикальной простатэктомии.

Материалы и методы исследования: На базе СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки» с 2010 по 2024 гг. 976 пациентам с локализованной формой РПЖ была выполнена РПЭ. Средний возраст пациентов составил $64 \pm 3,6$ лет.

Пациенты были разделены на три группы, согласно накоплению клинического и оперативного опыта хирургов и оснащения клиники современным оборудованием и расходными материалами, а также внедрению инновационных методик проведения хирургического вмешательства.

В 1 группу (этап освоения методики РПЭ) отнесли пациентов, проходивших лечение с 2010 по 2014 г. – 105 случаев, во вторую (2014–2018 гг. – период внедрения современных шовных материалов, технических приспособлений) – 245 случаев, в третью (2018–2023 гг.) – 526 наблюдений (период накопления опыта, применение системно-дифференцированного клинического подхода, использование робототехники и др).

Все оперативные вмешательства были выполнены миниинвазивно: в 601 случае РПЭ осуществлена эндовидеохирургически и в 385 случаях – с использованием робототехники.

В каждом конкретном случае были проанализированы время операции, наличие интраоперационных осложнений, количество дней дренирования мочевого пузыря уретральным катетером, продолжительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде, а также онкологические и функциональные результаты.

К осложнениям, встречающимся среди всех групп пациентов были отнесены кровотечение, инфекционно-воспалительные осложнения, несостоятельность уретростомы, лимфорей или лимфоцеле, повреждение внутренних органов и др.

Результаты: При анализе частоты возникновения послеоперационных осложнений у пациентов разных временных групп, констатированы следующие результаты: в 1-й группе количество послеоперационных осложнений составило 10%, во 2-й – 6,8%, в 3-й группе – 3,5%. Также снизилась частота развития осложнений тяжелой степени.

Заключение. Таким образом, комплексное внедрение инновационных методик при выполнении РПЭ, накопление клинического и оперативного опыта в условиях специализированного стационара с использованием системно-дифференцированного подхода, использование современных видов энергии, расходного и шовного материалов и, несомненно, робототехники позволили снизить количество и тяжесть осложнений после выполнения радикальной простатэктомии, а также улучшить параметры онкологических и функциональных результатов хирургического лечения больных РПЖ.

EN-BLOC РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ СИСТЕМОЙ – ПРОСТО И БЕЗОПАСНО?

Андреев Р.Ю.², Колонтарев К.Б.¹, Пушкарь Д.Ю.¹

¹Российский университет медицины, г. Москва, Россия.

²Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва, Россия.

Ключевые слова: уротелиальный рак, en-bloc резекция, резекция опухоли мочевого пузыря, лазерная абляция опухоли

Введение/Цель исследования. Рак мочевого пузыря – по распространённости занимает 7-е место в структуре онкопатологии у мужчин и 17-е место у женщин. Трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря (ТУРМП) длительное время является золотым стандартом лечения не инвазивно-мышечного рака мочевого пузыря (НИРМП), но данная методика имеет ряд недостатков, с которыми рутинно сталкивается каждый уролог. Самыми главными недостатками ТУРМП является развитие обтураторного рефлекса, что затрудняет адекватное выполнение оперативного лечения и достаточно частое отсутствие мышечного слоя в резецированной ткани, что затрудняет выбор дальнейшей тактики лечения таких больных. Именно выполнение методики en-bloc резекции при помощи лазерной энергии позволяет нивелировать эти недостатки. В литературе обсуждаются различные типы лазеров для лечения НИРМП, но эффективность и безопасность тулиевого лазера (Tm:YAG) при en-bloc резекции НИРМП еще не была изучена.

Цель исследования заключалась в оценке безопасности и эффективности тулиевого лазера при en-bloc резекции НИРМП для улучшения результатов лечения пациентов с этим заболеванием.

Материалы и методы. Пациентам выполнялась трансуретральная en-bloc резекция опухоли мочевого пузыря с применением Tm:YAG лазера. Использовалось волокно 1000 микрон и установленная мощность была 35 Вт. Данное сочетание типа лазера, размера волокна и мощности позволяет с высокой скоростью выполнять резекцию опухолевой ткани стенки мочевого пузыря, с минимальной кровопотерей, отсутствием обтураторного рефлекса и наличием мышечного слоя в резецированной ткани. Резецированная ткань удалена через тубус резектоскопа при помощи эвакуатора.

С применением данного метода оперировано 58 пациентов. Оценивались такие параметры как: время резекции; наличие мышечного слоя в резецированной ткани; необходимость применения гемостатических препаратов; применение дополнительных методов коагуляции; развитие рецидива и имплантационного метастазирования.

Результаты. Исследование показало высокую безопасность и эффективность en-bloc резекции опухоли мочевого пузыря с помощью Tm:YAG лазера. Из 58 пациентов, перенесших лазерную en-bloc резекцию опухоли мочевого пузыря, повторная операция в объеме трансуретральной резекции потребовалась лишь в 2 случаях (3,44% случаев), что было обусловлено первоначальными размерами опухолей мочевого пузыря. у 55 пациентов (95% случаев) отмечено наличие мышечного слоя в резецированной ткани. Стоит отметить, что гемостатические препараты и гемотрансфузии не применялись ни в одном из случаев. Применение данного метода позволяет сохранить орган и минимизировать развитие осложнений.

Заключение. Оценка результатов трансуретральной en-bloc резекции с использованием тулиевого лазера показала ее высокую эффективность и безопасность. Применение данной методики позволяет не только сохранить орган, но и избежать развития осложнений в виде перфорации стенки мочевого пузыря и кровотечения. Однако, для более точной оценки этих результатов требуется дополнительное исследование с участием большего числа пациентов и проспективным дизайном исследования.

САЛЬВАЖНАЯ ВЫСОКОДОЗНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

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

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

Введение/Цель исследования. Несмотря на то, что ДЛТ зарекомендовала себя как эталонный стандарт, в настоящее время продолжают исследования, посвященные 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. Моноцентровое ретроспективное исследование, проведенное с января 2016 г. по ноябрь 2023 г. в ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России. В исследование включено 90 пациентов с местным рецидивом РПЖ после радикальной простатэктомии (РПЭ). 30 пациентам (1 группа, основная) проведена сальважная ДЛТ, 30 пациентам (2 группа, исследуемая) выполнена сальважная брахитерапия высокой мощности дозы 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, мПМТ малого таза. Всем пациентам 2 группы проводилась промежуточная биопсия простатического ложа.

Результаты. Медиана наблюдения за больными составила 53 месяца. Летальных исходов за период наблюдения не наблюдалось. Отмечен 100% локальный контроль. Общая выживаемость, а также выживаемость без отдаленного метастазирования статистически значимо не

отличались в исследуемых группах, при этом проведение спасительной высокоэнергетической брахитерапии микроисточником ^{192}Ir тщательно отобранными пациентам с локальным рецидивом РПЖ после радикальной простатэктомии позволяет статистически значимо повысить 2-летнюю ПСА-специфическую безрецидивную выживаемость по сравнению с проведением ДЛТ (93,3% vs. 83,2%, $p=0,029$), что указывает на достаточно высокую эффективность новой спасительной методики терапии. Сравнительная оценка лучевых осложнений выявила более высокую частоту ранних лучевых циститов I степени ($p=0,033$), ранних лучевых ректитов I и II степени ($p=0,003$ и $p=0,019$ соответственно) в группе ДЛТ, чем в группе брахитерапии, а также поздних лучевых ректитов I и II степени ($p=0,04$). Такая разница была обусловлена большим объемом облучения при ДЛТ.

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

НЕРВОСБЕРЕГАЮЩАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Солодкий В.А., Павлов А.Ю., Дзидзария А.Г., Цыбульский А.Д.

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

Цель: оценить эректильную функцию (ЭФ) у пациентов, страдающих раком предстательной железы, после проведенной брахитерапии высокой мощности дозы с применением нервосберегающей технологии.

Материал и методы: В исследование вошло 97 больных раком предстательной железы (РПЖ) которым проведена брахитерапия высокой мощности дозы (HDR-БТ) с применением источником ^{192}Ir . Брахитерапия проводилась в монорежиме в виде 2-х фракций в разовой очаговой дозе (РОД) 15 Гр с двухнедельным перерывом между фракциями до суммарной очаговой дозы (СОД) 30 Гр. Основная часть пациентов, вошедшие в исследование, относились к группе низкого и промежуточного риска прогрессирования РПЖ по стратификации NCCN. 5 пациентов относились к группе высокого риска. Медиана возраста составила 65,2 лет (44-80 лет, 95%ДИ = 63,7-66,7 лет). Большинство больных перед брахитерапией проходили курс андрогендепривационной терапии. Все пациенты, вошедшие в группу исследования, были заинтересованы в сохранении эректильной функции.

Для оценки влияния дозы, приходящейся на сосудисто-нервные пучки (СНП), на степень развития эректильной дисфункции (ЭД) после проведения брахитерапии, из общей группы пациентов, получивших HDR-БТ в монорежиме, нами отобрано 26 человек. Значимых отличий этой группы от основной группы пациентов по МИЭФ-5 до проведения брахитерапии выявлено не было. Всем пациентам непосредственно перед проведением каждого сеанса облучения, трансперинеально под контролем ТРУЗИ с доплерографией в зону СНП с 2-х сторон вводилось 20 мл физиологического раствора 0,9% таким образом, чтобы создать гидро-подушку между латеральным краем предстательной железы и СНП и максимально отвести СНП из зоны высокого облучения.

Результаты: спустя 3 года и более после проведения брахитерапии в основной группе 37,3% больных отметили отсутствие нарушений ЭФ или наличие легких нарушений (16-20 баллов – 16,1%, 21-25 баллов – 21,2%). При этом мы отметили значимое снижение ЭФ до и после брахитерапии с учетом фактора времени ($p < 0,001$). В группе, где проводилась инфильтрация СНП, мы отметили противоположную динамику. 20 (77%) пациентов (15,4% и 61,6%) из этой группы отметили отсутствие нарушений ЭФ или наличие легких нарушений. Только у 1 пациента (3,8%) была отмечена стойкая ЭД, не отвечающая на прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа. 5 пациентов (19,2%) отметили нарушение ЭФ на уровне 11-15 баллов. Разница между основной группой без инфильтрации СНП и группой HDR-БТ с инфильтрацией СНП оказалась значимой ($p = 0,0001$).

Заключение: Технология нервосберегающей брахитерапии в нашем исследовании показала обнадеживающие результаты и, что не мало важно, применение данной технологии не требует значительных затрат для пациента.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г., Григорян Р.М., Тевлин К.П., Косарев Е.И.,
Толкунова Л.В., Махмудов Д.А.*

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

Введение/Цель исследования. Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее социально значимых медицинских проблем. РПЖ лидирует в структуре онкологической заболеваемости у мужчин, находясь на 2-м месте после рака лёгкого. Неуклонный рост заболеваемости РПЖ заставляет уделять данной проблеме все больше внимания. В России показатель заболеваемости РПЖ в 2022 году составил 198,9 на 100 тыс. мужского населения. Учитывая актуальность проблемы лечения РПЖ, в последние годы в литературе широко обсуждаются варианты комбинированной терапии этого заболевания. В течение различных периодов времени перед радикальной простатэктомией (РПЭ) возможно проведение гормональной терапии по показаниям.

Материал и методы: Выполнено ретроспективное обсервационное исследование. На базе урологического отделения НМХЦ им. Н.И. Пирогова в 2016-2023 гг. проводилось плановое оперативное лечение 650 пациентов с РПЖ. Сделана выборка из 100 пациентов по объему предстательной железы, схожему соматическому статусу. Пациенты разделены на две группы по 50 человек. В первую группу включены без проведения гормональной терапии. Во вторую группу также включены пациенты, которым, перед оперативным вмешательством выполнена гормональная терапия в течение 3 месяцев. Пациентам обеих групп выполнена робот-ассистированная нервосберегающая простатэктомия (РАРП). Средний возраст пациентов составил 65 лет (от 52 до 70 лет), уровень общего ПСА – 8,1 нг/мл (от 0,04 нг/мл до 14,5 нг/мл), объем предстательной железы – 51 см³ (от 33 см³ до 110 см³). Всем пациентам во время проведения РАРП, оценивалась длительность оперативного вмешательства, интраопераци-

онная кровопотеря и особенности мобилизации ПЖ. Через 3 месяца после оперативного вмешательства качество сексуальной жизни пациентов оценивалось опросником МИЭФ-5. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Выполнение гормональной терапии привело к увеличению продолжительности оперативного вмешательства. Так, средняя продолжительность у пациентов первой группы составила $150 (\pm 30)$ минут. В то время как средняя продолжительность оперативного вмешательства у пациентов второй группы составила $180 (\pm 20)$ минут. Интраоперационная кровопотеря у пациентов первой группы составила $100 (\pm 70)$ мл, в то время как у пациентов второй группы отмечена бóльшая кровопотеря – $150 (\pm 80)$ мл. У пациентов первой группы по прохождению опросника МИЭФ-5 по истечению 3 месяцев после операции сумма баллов составила $19 (\pm 3)$ баллов. У пациентов второй группы – $13 (\pm 5)$ баллов.

Выводы. Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод об отрицательном эффекте гормональной терапии во время оперативного вмешательства. Более вероятно, вышеперечисленные особенности связаны с диффузными изменениями ткани и кровоснабжения предстательной железы. Однако, следует учитывать тот факт, что у пациентов второй группы отмечена более низкая частота встречаемости положительного хирургического края – 9 первой группе, 6 пациентам из второй. Качество сексуальной жизни пациентов первой группы статистически значимо выше по сравнению с пациентами после гормональной терапии. Однако для более точных результатов исследования необходимо увеличить выборку и период наблюдения пациентов.

РЕЗУЛЬТАТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ШВОВ НА УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ПОСЛЕ РОБОТ- АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИИ

Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г., Алиев Т.А., Алиев У.А., Джафаров Р.Н., Мехтиев Т.Т.

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

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Клинически заболевание проявляется симптомами инфравезикальной обструкции, которые могут значительно снижать качество жизни пациентов. Несомненно, на сегодняшний день все чаще отдают предпочтение применению мининвазивных подходов, таких как лапароскопическая простатэктомия и робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП). РАРП является «золотым стандартом» хирургического лечения локализованного, а также местно-распространенного РПЖ. По сравнению с открытой простатэктомией РАРП снижает риски развития осложнений в периоперационном периоде, уменьшает послеоперационный период и улучшает качество жизни пациента. Преимуществом данного хирургического метода лечения является мининвазивность, которая позволяет достичь необходимых функциональных результатов за более короткие сроки, нежели другие методы.

Цель исследования: оценить влияние дополнительных швов на состоятельность уретровезикального анастомоза, отдаленные функциональные результаты

Материалы и методы. С февраля 2018 г. по декабрь 2021 г. одним хирургом выполнялась РАРП на роботической системе. Проведено проспективное исследование, где объектами исследования стали 200 пациентов с морфологически верифицированным РПЖ. Критериями исключения из исследования стали: пациенты с большим объемом железы (свыше 150 см³), пациенты с декомпенсированным сахарным диабетом или другими системными заболеваниями. Средний возраст пациентов составил 65 лет (от 52 до 70 лет), уровень общего ПСА – 71 нг/мл (от 0,04 нг/мл до 14,5 нг/мл), объем предстательной железы – 51 см³ (от 23 см³ до 110 см³). Всем пациентам во время проведения РАРП, с целью дополнительной профилактики состоятельности уретровезикального анастомоза (УВА), проведено наложение дополнительных «страховочных» швов на паравезикальные ткани. До наложения шва по Рокко, мы решили дополнительно подшивать мышечно-фасциальную пластину Денонвилле к парауретральным тканям.

Результаты. Наложение дополнительных «страховочных» швов привело к значительному снижению «натяжения» УВА. За счет сокращения расстояния между шейкой мочевого пузыря и уретрой, дополнительные швы облегчили этап наложения анастомоза. Всем пациентам на 4-5 сутки после оперативного вмешательства выполнена цистогамма, при этом незначительный затек контраста в области анастомоза выявлена у 1 (0,5%) пациента. Данному пациенту потребовалось увеличение срока катетеризации дополнительно на 4 дня. При контрольной цистографии данных за наличие затека контрастного препарата в малый таз не выявлено.

Выводы. Страховочные швы значительно снизили риск несостоятельности уретровезикального анастомоза. Проведя исследование, отмечено, что частота несостоятельности анастомоза составила 0,5 %. Полученные данные создают предпосылки для дальнейшего исследования, требующее более длительное время и выборку. Также отмечено более раннее и эффективное восстановление удержания мочи. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

ОСОБЕННОСТИ ЗАДНЕЙ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Ханалиев Б.В., Алиев У.А., Барсегян А.Г., Алиев Т-А.А., Косарев Е.И., Мехтиев Т.Т.

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

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее часто диагностированных новообразований у мужчин старше 40 лет. Столь широкая распространенность РПЖ ставит его в ряд наиболее важных социальных проблем современности. Несмотря на успехи в медицине, способов полного излечения от распространенного РПЖ на сегодняшний день нет. Значительно снизить смертность от РПЖ можно при ее ранней диагностике и радикальном лечении в начальной стадии. В настоящее время робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) стала наиболее распространенной роботической

операцией по всему миру и является «золотым стандартом» в лечении локализованных форм рака предстательной железы в развитых странах.

Материалы и методы. Мы провели одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование в основу которого положен анализ 800 пациентов с РПЖ, которым выполнялась РАРП с 2015 по 2024гг. в НМХЦ имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 400 пациентов после РАРП до внедрения модифицированной техники задней реконструкции уретры. Во вторую группу включено 400 пациентов после РАРП с применением модифицированной задней реконструкции уретры. У всех пациентов на догоспитальном этапе морфологически выявлена аденокарцинома предстательной железы cT1-2cNoMo. Пациентам обеих групп после удаления уретрального катетера выполнялась урофлоуметрия и определение объема остаточной мочи. У всех мужчин в послеоперационном периоде выполнялся субъективный анализ по оценке влияния недержания мочи согласно опроснику ICIQ-SF по истечению 1, 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде средняя продолжительность катетеризации мочевого пузыря у пациентов первой группы составляла 7 (± 2) дней, у пациентов второй группы – 5 (± 1) дней. При этом, у 12 пациентов первой группы (3%) отмечена несостоятельность цистоуретрального анастомоза, что потребовало более длительной катетеризации у 10 пациентов и выполнения троакарной цистостомии у 2 пациентов. У 2 пациентов второй группы отмечена несостоятельность анастомоза, что потребовало более длительной катетеризации мочевого пузыря. Ни одному пациенту второй группы с несостоятельностью анастомоза не потребовалось выполнения троакарной цистостомии. При выполнении урофлоуметрии и анкетирования по опроснику ICIQ-SF у 370 (92,5%) пациентов первой группы по истечению 1 месяца после оперативного вмешательства отмечено повышение суммы баллов до 16 (± 3), при этом Qmax не превышал 13 мл/сек ни у одного пациента. По истечению 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства, средний балл по опроснику у пациентов первой группы составлял 13 (± 3) и 11 (± 2) соответственно. При урофлоуметрии и прохождения анкетирования ICIQ-SF у 380 (95%) пациентов второй группы по истечению 1 месяца после оперативного вмешательства отмечено сравнительно небольшое повышение суммы баллов до 11 (± 3), при этом Qmax достигал до 19 (± 7) мл/сек. По истечению 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства, средний балл по опроснику у пациентов второй группы составлял 8 (± 3) и 6 (± 2) соответственно. При оценке остаточной мочи у 20 (5%) пациентов первой группы отмечен значимый объем, требующий дополнительной установки уретрального катетера и проведения противовоспалительной консервативной терапии, в то время как у 25 пациентов второй группы (6.25%) выявлено наличие остаточной мочи, требующее медицинского вмешательства.

Выводы. Исходя из результатов данного исследования, можно сделать вывод о преимуществе модифицированной задней реконструкции уретры при робот-ассистированной простатэктомии. Пациентам второй группы требуется более короткое пребывание в стационаре, отмечено статистически значимое, динамическое и стойкое улучшение качества жизни пациентов согласно опроснику ICIQ-SF. Однако, пациенты подвергшиеся данной технике оперативного вмешательства более подвержены рискам развития острой задержки мочеиспускания после удаления уретрального катетера. По всей видимости, это связано с более прочным и дополнительным сопоставлением тканей при наложении анастомоза, что может привести к дополнительному отеку мягких тканей в области анастомоза. Крайне важно

учитывать наличие сопутствующей патологии при выполнении задней реконструкции уретры (наличие сахарного диабета, висцеральное ожирение и пр.). Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

ВЛИЯНИЕ ГЕЛЕВЫХ СПЕЙСЕРОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИАКРИЛАМИДА НА РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОЗЫ И РЕКТАЛЬНУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ВЫСОКОМОЩНОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Солодкий В.А., Павлов А.Ю., Дзидзария А.Г., Цыбульский А.Д., Мирзаханов Р.И., Федотова А.Д., Володина И.В.

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

Введение. В последнее время современные представления в радиобиологии и лучевой терапии в лечении рака предстательной железы, подразумевают переход к гипофракционным режимам лечения. Брахитерапия высокой мощности дозы – один из эффективных методов лучевой терапии, позволяющий работать в режимах ультрагипофракционирования, применяя зачастую 2-3 фракции за весь курс лечения. При этом создается проблема снижения лучевой нагрузки на критические органы малого таза. Доза, приходящаяся на переднюю стенку прямой кишки, при проведении брахитерапии высокой мощности дозы в процессе лечения рака предстательной железы может быть значительно снижена за счет использования гидрогелевых спейсеров на основе полиакриламида (ПААГ). Цель данного исследования является определение влияния введения синтетического биоразлагаемого геля ПААГ в область фасции Денонвиллье на распределение дозы в периферической части предстательной железы и переднюю стенку прямой кишки при проведении брахитерапии высокой мощности дозы по поводу рака предстательной железы.

Материалы и методы. В исследование вошло 30 пациентов. У всех пациентов, вошедших в исследование, при первичной диагностике по данным мпМРТ м/таза выявлено отсутствие жировой прослойки между предстательной железой и передней стенкой прямой кишки. С целью отведения передней стенки прямой кишки и снижения критических доз при брахитерапии всем пациентам проведена имплантация объемообразующего биоразлагаемого синтетического геля на основе полиакриламида в объеме 5-10 мл.

При введении геля в область фасции Денонвиллье основной задачей было создание пространства между предстательной железой и передней стенкой прямой кишки более чем на 5 мм. Клинически значимый результат в нашем исследовании принимался за снижение D10 прямой кишки менее 11 Гр и снижение критической дозы на кишку ($V_{crit. rect.}$) менее 10%. С целью оценки миграции гелевого спейсера и фиксации случаев развития инфекционно-воспалительных процессов в области введения геля, всем пациентам через 3 месяца после окончания брахитерапии проводилась МРТ м/таза.

Результаты. Клинически значимый результат был достигнут у 96,6% (29 из 30) больных. $V_{crit. rectum}$ (объем кишки, получивший критическую дозу) после введения геля было

существенно ниже, чем до введения и составило $5,6 \pm 4,1\%$ (0,1-14,5%). Также был отмечен положительный результат по D10 прямой кишки (доза, приходящаяся на 10% объема прямой кишки). До и после введения геля средняя D10 составляла 10,9 и 8,8 Гр соответственно. При контрольном МРТ через 3 мес. осложнений в зоне введения геля не выявлено.

Выводы. Гидрогелевые спейсеры на основе полиакриламида являются безопасными для введения. Введение геля является простым, быстрым и имеет низкую частоту осложнений. Отведение передней стенки прямой кишки от предстательной железы позволяет оптимизировать распределение дозы при проведении брахитерапии высокой мощности дозы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ АБЛАЦИИ УРОТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Андреев Р.Ю.², Колонтарев К.Б.¹, Пушкарь Д.Ю.¹

¹Российский университет медицины, г. Москва, Россия

²Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва, Россия

Ключевые слова: уротелиальный рак, ретроградная интратенальная хирургия, лазерная абляция опухоли

Введение/Цель исследования. Уротелиальная карцинома верхних мочевых путей (УРВМП) является редким и опасным заболеванием, требующим серьезного лечения. Радикальная нефруретерэктомия длительное время является золотым стандартом лечения УРВМП, но она должна применяться только в случае больших опухолей, поскольку может привести к серьезным осложнениям. В связи с этим, небольшие опухоли низкой степени злокачественности наиболее перспективно оперировать с помощью гибкой уретероскопической лазерной абляции, что позволяет сохранить орган и избежать развития осложнений. В литературе обсуждаются различные типы лазеров для лечения УРВМП, но эффективность и безопасность тулиевого лазера (Тм:YAG) при уретероскопической абляции УРВМП еще не была изучена.

Цель исследования заключалась в оценке безопасности и эффективности тулиевого лазера при уретероскопической абляции УРВМП для улучшения результатов лечения пациентов с этим заболеванием.

Материалы и методы. Для достижения этой цели было проведено ретроспективное моносетровое исследование пациентов с диагнозом УРВМП в период с января 2018 г. по декабрь 2022 г. Всем пациентам выполнялась уретероскопия для визуализации опухолевого процесса, а также биопсия УРВМП. В зависимости от гистопатологической степени опухоли пациентам рекомендовалось выполнение либо радикальной нефруретерэктомии (в случае высокой степени злокачественности), либо ретроградной внутривнепочечной абляции опухоли и последующее наблюдение (в случае низкой степени злокачественности).

Исследование проведено с целью оценки результатов ретроградной внутривнепочечной абляции уротелиальной карциномы с использованием тулиевого лазера. В исследовании приняли участие 44 пациента, 23 из которых перенесли оперативное лечение в объеме радикальной нефруретерэктомии, в то время как оставшиеся 21 пациент, которым была выполнена только лазерная абляция Тм:уаg, были наблюдаемы в течение 15 месяцев.

Результаты. Исследование показало высокую безопасность и эффективность ретроградной внутрипочечной абляции уротелиальной карциномы при применении тулиевого лазера. Из 21 пациента, перенесших лазерную абляцию УРВМП, повторная операция потребовалась лишь в одном случае (5,9% случаев), что было обусловлено первоначальными размерами опухоли. Стоит отметить, что гемостатические препараты и гемотрансфузии не применялись ни в одном из случаев. Применение данного метода позволяет сохранить орган и минимизировать развитие осложнений, связанных с почечной недостаточностью.

Заключение. Оценка результатов ретроградной внутривнутрипочечной абляции уротелиальной карциномы с использованием тулиевого лазера показала ее высокую эффективность и безопасность. Применение данной методики позволяет не только сохранить орган, но и избежать развития осложнений в виде почечной недостаточности. Однако, для более точной оценки этих результатов требуется дополнительное исследование с участием большего числа пациентов и проспективным дизайном исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ВИРУССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Ягудаев Д.М.^{1,2}, Кадыров З.А.¹

¹Кафедра эндоскопической урологии ФНМО МИ РУДН

²ЦКБ ЧУЗ ОАО «РЖД-Медицина»

Введение. Рак полового члена (РПЧ) является одним из редких и агрессивных видов злокачественных новообразований. В 2017 году было выявлено 667 новых случаев РПЧ, что составило 0,2366% от числа всех впервые установленных злокачественных новообразований у мужчин. При этом отмечается резкий рост заболеваемости после 55 лет. При отсутствии специфического лечения пятилетняя смертность от данного заболевания составляет 97,4%. При адекватном лечении пятилетняя выживаемость составляет до 100% при I стадии и до 88% при II стадии. На данных этапах заболевания возможно применение органосохраняющих операций, позволяющих сохранить пациентам сексуальную функцию и естественное мочеиспускание.

Одним из наиболее перспективных методов лечения ряда онкологических и неонкологических заболеваний является фотодинамическая терапия (ФДТ).

ФДТ – технология, основанная на химической реакции, катализатором которой является кислород, активированный энергией лазерного излучения, и фотосенсибилизатором.

Ключевые слова: рак полового члена; РПЧ; фотодинамическая терапия; ФДТ; Фотодитазин.

Материалы и методы. Нами была проведена ФДТ 10 пациентам с неинвазивным раком полового члена, с применением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» и диодного лазера «АТКУС-2». Данный метод заключается в том, что за 2 часа до начала процедуры вводится фотосенсибилизатор «Фотодитазин» в дозировке 1 мг/кг массы тела. Во время манипуляции на очаг воздействовали при помощи лазерного излучения с длинной волны 662 нм и плотностью 200-400 мВт/см². Для избежания фотоблинка доставку лазерной энергии проводили фракционно с интервалом в 30 минут и суммарной дозой облучения 250 Дж/см² [15].

Результаты: ФДТ является эффективным и безопасным методом лечения у пациентов с неинвазивным раком полового члена, позволяющим сохранить физиологическое мочеиспускание, половую функцию и достичь хорошего косметического результата. Трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 90%.

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Попов С.В.^{1,2,4}, Гусейнов Р.Г.^{1,2,3}, Орлов И.Н.^{1,5}, Винцовский С.Г.¹, Перемышленко А.С.¹, Давыдов А.В.¹, Перепелица В.В.^{1,2}, Бештоев А.Х.^{1,3}

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

²ЧОУВО «СПбМСИ», Санкт-Петербург, Россия

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

⁴Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

⁵СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. По данным ВОЗ в 2018 г. зарегистрировано 1,3 млн новых случаев заболевания раком предстательной железы (РПЖ) и 359 тыс. смертей, в связи с чем РПЖ был 2-м по распространенности злокачественным новообразованием (ЗНО) и 5-й по значимости причиной смерти от ЗНО у мужчин во всем мире. РПЖ остаётся серьезной проблемой для мужчин старшей возрастной группы. В 2022 году в РФ зарегистрировано 46 тысяч новых случаев заболевания, при этом 21 % из них были диагностированы на IV стадии заболевания. Кроме того, рак предстательной железы все ещё часто диагностируется в пожилом и старческом возрасте, когда коморбидный фон пациента может повлиять на определение тактики лечения.

Цель. Описать клинический случай местно-распространенного рака предстательной железы со стадией cT4 (инвазия в заднюю стенку мочевого пузыря) у пациента с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и выраженной инфравезикальной обструкцией и предоставить результаты проведенного хирургического лечения в объёме трансуретральной резекции предстательной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая пациента старческого возраста, обратившегося по поводу ухудшения качества мочеиспускания. Пациент 79 лет, поступил с жалобами на затрудненное мочеиспускание, малыми порциями. Больным себя считает в течении полугода, когда впервые отметил снижение скорости потока мочи. Причиной данных жалоб послужило образование предстательной железы, диагностированное год назад по данным МРТ органов малого таза с контрастированием. Поводом к проведению МРТ послужил высокий уровень простат-специфического антигена (ПСА – 84 нг/мл). Сразу же после этого выполнена биопсия предстательной железы с морфологическим исследованием биоптатов, результатом которой была ацинарная аденокарцинома с суммой баллов по шкале Глисона 7(3+4). Была начата гормональная терапия агонистом ЛГРГ и нестероидным ингибитором андрогеновых рецепторов. В то же время пациенту выполнено эндоваскулярное стентирование коронарных артерий по поводу ИБС, после которой пациент непрерывно получал антиагреганты в высоких дозах в течение года. По данным МРТ органов малого таза с внутривенным контрастным усилением был выявлен экзофитный внутрисветный компонент в полости мочевого пузыря. Пациенту выполнена симультанная трансуретраль-

ная резекция стенки мочевого пузыря с паллиативной трансуретральной вапорезекцией предстательной железы. Длительность оперативного вмешательства составила 18 мин. Оперативное вмешательство проводилось в условиях гибридной операционной с привлечением эндоваскулярного хирурга для возможной эмболизации артерий предстательной железы. По данным морфологического исследования операционного материала была установлена инвазия опухоли предстательной железы в просвет мочевого пузыря (ацинарная аденокарцинома с суммой баллов по шкале Глисона 9 (4+5). В послеоперационном периоде уретральный катетер удален на 1-е сутки, самостоятельное мочеиспускание восстановлено.

Результаты. В процессе лечения пациента было достигнуто улучшение качества жизни. урофлоуметрических показателей Q_{max} с 8,4 мл/с до 21,6 мл/с. Объем остаточной мочи составлял 70–80 мл до операции, после операции 0–5 мл. Пациент продолжил АДТ планово по месту жительства с рекомендацией о решении вопроса о проведении лучевой терапии. Был проведен ретроспективный анализ 208 историй болезни пациентов старческого возраста с раком предстательной железы стадии cT1-4 N0-1 M0-1 получавших хирургическое лечение в отделении онкоурологии СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки в период с 2018–2024 гг. Наиболее часто среди пациентов встречалась сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) – 64%, сахарный диабет составил 28%, болезни костно-мышечной системы – 40%, болезни органов пищеварения – 40%, болезни мочеполовой системы (кроме рака предстательной железы) – 13%, болезни дыхательной системы – 8%, болезни нервной системы – 4%.

Выводы. Мультидисциплинарный подход к определению тактики лечения рака предстательной железы может обеспечить лучший результат. Снижение функциональных возможностей организма, измененное и иногда непредсказуемое течение хронической патологии в условиях операционного и анестезиологического стресса, а вместе с тем недостаток данных о результатах лечения пациентов с данными проблемами, приводят к тому, что врачи склоняются к консервативной тактике лечения в случаях, когда хирургическое лечение могло бы улучшить качество жизни пациента. Необходим дальнейший анализ результатов лечения пациентов с коморбидными заболеваниями с целью оценки отдаленных результатов.

СОГЛАСОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ГРАДАЦИИ ОПУХОЛИ ПО ГЛИСОНУ

*Нестерова О.Ю., Варенцов М.Г., Олейникова Н.А., Стригунов А.А., Жестков И.А.,
Охоботов Д.А., Сорокин Н.И., Дзитиев В.К., Камалов Д.М., Мальков П.Г., Камалов А.А.*

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

Введение: Золотым стандартом лечения локализованного рака предстательной железы является радикальная простатэктомия. Однако данная операция, даже в случае использо-

вания нервосберегающих техник, сопряжена с рядом осложнений, таких как эректильная дисфункция и недержание мочи. Альтернативным подходом лечения пациентов с низким онкологическим риском является тактика активного наблюдения.

Одним из главных параметров для определения группы онкологического риска, помимо уровня простат-специфического антигена, является градация опухоли по Глисона. Важной клинической проблемой является изменение градации опухоли по Глисона после выполнения радикального оперативного лечения. Биопсия простаты позволяет установить наличие и морфологические характеристики опухоли лишь в ограниченном материале, в то время как радикальное удаление органа обеспечивает более точное определение градации и стадирования.

Полученное несоответствие данных могло бы привести к изменению тактики ведения пациентов от радикальной операции к активному наблюдению. Так, если до 80% пациентов с high-grade опухолями по биопсии понижают градацию опухоли после исследования операционного материала, то значительная часть данных пациентов могла бы попасть в группу низкого онкологического риска и активного наблюдения. Дополнительно изменение градации может влиять на расчётные значения номограмм, склоняя оперирующего уролога к дополнительному выполнению лимфаденэктомии. В связи с этим особенно актуальным является не только сопоставление результатов биопсии простаты и радикальной простатэктомии, но и оценка возможных предикторов повышения градации для минимизации последующего расхождения.

Материалы и методы: За период с 2019 по 2021 год было отобрано 193 пациента, проходящих лечение в МНОЦ МГУ с диагнозом «рак предстательной железы». Для финального анализа согласованности градации опухолей по Глисона после биопсии и радикальной простатэктомии было отобрано 139 пациентов.

Результаты: Результаты биопсии простаты и радикальной простатэктомии оказались сопоставимы у 54,7% пациентов (n=76), в то время как у оставшихся 45,3% (n=63) отмечалось изменение градации по Глисона после выполнения радикальной простатэктомии: у 29,5% (n=41) пациентов отмечалось повышение градации, а у 15,8% (n=22) - понижение. Чаще всего данные были согласованы для пациентов с суммой баллов по Глисона 7: 63,6% для 3+4=7 баллов и 57,9% для 4+3=7 баллов. Наибольший процент повышения градации наблюдался для пациентов из группы 3+3=6 баллов и составлял 48%. Значение каппы Коэна составило 0,351 ($p<0,001$), указывая на слабую согласованность результатов двух исследований. Общее количество биоптатов оказалось ассоциировано с повышением градации опухоли по Глисона после радикальной простатэктомии (ОШ=0,816; 95%ДИ=0,680-0,978). Так, при увеличении количества биоптатов на каждую 1 шанс повышения градации опухоли по Глисона снижается на 18,4%.

Вывод: Согласованность градации рака простаты по Глисона после биопсии простаты и радикальной простатэктомии остаётся низкой. Единственным предиктором, оказывающим влияние на улучшение согласованности результатов, является количество взятых в процессе биопсии биоптатов, отражая тем самым качество выполняемой биопсии и призывая клиницистов отходить от выполнения секстантной биопсии к систематической и таргетной. Увеличение процента согласованности результатов способно обеспечить более точное стадирование и классификацию пациентов в зависимости от онкологического риска, влияя тем самым на тактику дальнейшего ведения.

РОЛЬ ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫХ ФИБРОБЛАСТОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ НЕМЫШЕЧНОИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Жестков И.А., Олейникова Н.А., Нестерова О.Ю., Варенцов М.Г., Охоботов Д.А., Камалов Д.М., Камалов А.А.

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

Введение: Внутриопухолевая гетерогенность характеризуется разнообразием генетического и эпигенетического материала и проявляется в пределах паренхимы и стромы опухоли. Она служит преградой на пути к эффективной диагностике, прогнозированию и лечению рака мочевого пузыря (РМП). Для описания внутриопухолевой гетерогенности при РМП предложены классификации университета Lund, Онкологического центра Андерсона, Консенсусная международная классификация и др. Все они подчеркивают важную роль опухолевой стромы, ключевым компонентом которой являются опухоль-ассоциированные фибробласты (CAFs). CAFs участвуют в канцерогенезе и прогрессии опухоли за счёт индукции эпителиально-мезенхимального перехода, ремоделирования внеклеточного матрикса и непосредственного взаимодействия с опухолевыми клетками. Однако, изучение CAFs при РМП затруднено из-за отсутствия универсального маркера-идентификатора CAFs.

Материалы и методы: На основании базы данных Pubmed проанализирован опыт использования иммуногистохимических маркеров (ИГХ) CAFs при РМП. С учетом полученных результатов выполнена ИГХ окраска 44-х микропрепаратов уротелиального рака мочевого пузыря после цистэктомии и трансуретральной резекции на четыре биомаркера CAFs (ASMA, DES, TGF β , FAP). Группа включала пациентов с низкой и высокой степенью дифференцировки, 30 (68.2%) и 14 (31.8%) соответственно, на разных T стадиях: 15 (34.1%), 19 (43.2%), 9 (20.5%), 1 (2.3%) в период с 2019 по 2023 гг.

Результаты: Проведенное исследование по анализу ИГХ маркеров к CAFs при РМП выявили активность CAFs в собственной пластинке и соединительной ткани слизистой оболочки, прилегающей к опухоли. Окончательные результаты находятся на стадии статистической обработки.

Вывод: Новые ИГХ маркеры призваны расширить знания в области механизмов канцерогенеза и прогрессии опухоли, усовершенствовать диагностику и стадирование, найти новые точки воздействия лекарственной терапии.

ВЫСОКОМОЩНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ягудаев Д.М.^{1,2}, Кадыров З.А.¹

¹Кафедра эндоскопической урологии ФНМО МИ РУДН

²ЦКБ ЧУЗ ОАО «РЖД-Медицина»

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований. Ежегодно регистрируется порядка 1,3 млн. новых случаев. Брахитерапия высокой мощности дозы (ВБТ) является одним из наиболее перспективных вариантов лечения локализованного РПЖ.

Ключевые слова: Рак предстательной железы, высокодозная брахитерапия, Ir- 192.

Материалы и методы. 35 больным с раком предстательной железы 1 и 2 прогностической группы была выполнена ВБТ в режиме монотерапии. Средний уровень ПСА составил 9,2нг/мл (6,5-16,1 нг/мл). Средний возраст пациентов составил 66,4 ± 1,1 год (58- 75 лет). Все пациенты были обследованы по стандартному протоколу.

Для проведения брахитерапии использовался аппарат GammaMedplus фирмы Varian. В качестве источника энергии использовался Ir-192. ВБТ проводилась в режиме монотерапии. Суммарная очаговая доза (СОД) составляла 30 Гр (2 фракции по 15 Гр). Процент предписанной дозы на орган мишень (V100) составлял в среднем 98%. Критическая доза на уретру (D10cc) не превышала 110%, на прямую кишку (V80) – 70% от предписанной.

Результаты. Первое обследование пациентов проводилось через 3 месяца и включало в себя определение уровня ПСА, УЗИ предстательной железы с определением остаточной мочи, урофлоуметрию, IPSS. Далее каждые 3 месяца проводился мониторинг уровня ПСА и оценка качества мочеиспускания. По результатам проведенного обследования и динамического наблюдения было отмечено прогрессивное снижение ПСА, уровень которого через 3 мес. в среднем был равен 0,9 ± 0,1 нг/мл, а через 6 мес. – 0,7 ± 0,2 нг/мл. Значимых уродинамических нарушений и лучевых осложнений отмечено не было. При последующем наблюдении данных за рецидив РПЖ не выявлено.

Заключение. ВБТ – это малоинвазивный, радикальный метод лечения пациентов с локализованным раком предстательной железы. Радикальность метода, отсутствие серьезных токсических реакций со стороны органов малого таза и сохранение качества жизни на прежнем уровне позволяет использовать данный метод в качестве монотерапии у пациентов с РПЖ.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИХ РАДИКАЛЬНЫХ ЦИСТЭКТОМИЙ. ОПЫТ 200 ОПЕРАЦИЙ

Галлямов Э.А., Кызласов П.С., Сергеев В.П., Коробов А.А., Галлямов Э.Э.

Кафедра общей хирургии ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г.Москва
МБУ ИНО ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, кафедра урологии и андрологии, г.Москва

В структуре онкологической заболеваемости населения России РМП занимает 9-е место среди мужчин и 16-е – среди женщин. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения

составил 13,2 для мужчин и 2,3 для женщин. Прирост заболеваемости для обоих полов за последние 10 лет составил 28,3 %. По возрастному составу преобладают пациенты старше 60 лет, в России они составляют 78,4 %. Средний возраст заболевших в России мужчин – 66,6 года, женщин – 69,6.

Цель исследования. анализ осложнений радикального лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря с 2015 по 2023 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ базы пациентов отделения, которым выполнена лапараскопическая радикальная цистэктомия в период 2015-2023 гг.

Результаты. За исследуемый период в онкоурологическом отделении ФМБА им А.И. Бурназяна выполнено 200 РЦЭ по поводу РМП, из них мужчин – 168 (84%), женщин – 32 (16%). Средний возраст 64 года.

Формирование гетеротопического резервуара по методике Bricker применили у 142 (71%). Ортотопическая реконструкция мочевых путей по методике Studer использовалась у 33 (16,5%). Наложение уретерокутанеостом выполнено у 21 (10,5%) пациентов. Наиболее часто используемой операцией в данных ситуациях явилась методика Bricker.

Анализируя осложнения у данной группы пациентов после лапараскопической радикальной цистэктомии, можно выделить:

1. Осложнения урологического характера: Пиелонефрит после удаления стентов (18), Несоостоятельность уретероцистоанастомоза (2), Уретерогидронефроз(5), Нефросклероз(1), Несоостоятельность уретерокутанеостомы(1), Перфорация мочеточника(1)
2. Осложнения дыхательной системы: Гидроторакс(1), Пневмоторакс(2), Пневмония(7).
3. Осложнения желудочно-кишечного тракта: Абсцесс корня брыжейки(1), Перфорации тонкой кишки(2), Острая кишечная непроходимость(2), Частичная тонкокишечная непроходимость(4), Абсцесс забрюшинного пространства(1), Панкреатит(1).
4. Кардиологические осложнения: Фибрилляция предсердий(1), Острая сердечно-сосудистая недостаточность(1).
5. Системные осложнения: Полиорганная недостаточность(1), Сепсис(1), Нагноение послеоперационной раны(3).

Выводы

1. Высокая частота осложнений: 25.5% пациентов, подвергшихся РЦЭ, столкнулись с разнообразными осложнениями.
2. Многосистемные проблемы: Осложнения охватывают различные системы организма, включая урологическую, дыхательную, желудочно-кишечную, кардиологическую и системную.
3. Необходимость индивидуального подхода: Разнообразие осложнений подчеркивает важность персонализированного лечения и управления послеоперационным периодом у каждого пациента.

РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО СКРИНИНГОВОГО АНАЛИЗА ЦИФРОВОЙ КАПЕЛЬНОЙ ПЦР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ МУТАЦИЙ GPR126 ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тивтикян А.С.¹, Камалов Д.М.¹, Марк Джайн², Самоходская Л.М.², Охоботов Д.А.¹, Рахматуллин Т.И.³, Тургуналиев С.А.³, Кисиев Ч.М.³, Зверева М.Э.⁴, Камалов А.А.¹

¹Отдел урологии и андрологии МНОЦ МГУ

²Отдел лабораторной диагностики МНОЦ МГУ

³Факультет фундаментальной медицины МГУ

⁴Химический факультет МГУ

Введение и цели. Недавние исследования полногеномного секвенирования выявили две новые рекуррентные мутации в экзонной области GPR126 в уротелиальных клетках, пораженных раком мочевого пузыря (РМП). Эта горячая точка мутации является второй по распространенности после промотора TERT (обратной транскриптазы теломеразы) при РМП. Целью исследования была разработка и внедрение цифрового капельного ПЦР-анализа для одновременного обнаружения мутаций GPR126 в одной пробирке.

Материалы и методы. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом учреждения (№ 4/20, 27 апреля 2020 г.) и проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Пациенты были включены в исследование в период с апреля 2020 по февраль 2022 года. Эффективность мутации GPR126 оценивалась в сочетании с анализом мутаций промотора TERT в следующих группах: в моче здоровых добровольцев (n = 50), пациентов с воспалительным заболеванием мочевого пузыря (циститом) (n = 22) с целью отсеечения ложноположительных результатов, а также пациентов с верифицированным РМП (n = 70).

Разработанный анализ был валидирован с использованием ДНК-конструкций, содержащих изученные варианты.

Результаты. Ни одна из мутаций не была обнаружена в образцах группы контроля и группы цистита. Мутации GPR126 наблюдались в моче 25 из 70 пациентов с РМП (площадь под кривой ROC (AUC) 0,679; фракция мутантных аллелей (ФАМ) 21,61 [8,30–44,52] %; мутации TERT – у 40/70 (AUC 0,786; MAF = 28,29 [19,03–38,08] %); 1 мутация – у 47/70 (AUC 0,836)). Одновременное наличие мутаций GPR126 и TERT наблюдалось в 18 из 70 случаев, при этом различий в MAF для парных выборок не было (31,96 [14,78–47,49] % против 27,13 [17,00–37,62] %, p = 0,349 соответственно).

Выводы. Комбинированный анализ некодирующих мутаций в генах GPR126 и TERT в настоящем исследовании позволил обнаружить опухолевую ДНК в большинстве образцов группы РМП. Из-за исключительно высокой распространенности этого заболевания мутационная точка в гене GPR126 должна стать новым основным компонентом диагностических панелей для анализа опухолевой ДНК мочи. Более того, некодирующие мутации в GPR126, являясь ранним генетическим событием в онкогенезе, могут быть привлекательной мишенью для мониторинга рецидивов РМП после лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Старцев В.Ю.¹, Кривоносов Д.И.¹, Воробьев С.Л.²

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

²ООО «Национальный центр клинической морфологической диагностики», Санкт-Петербург

Показатель распространенности рака предстательной железы (РПЖ) среди мужчин 105 стран мира занимает второе место. В Российской Федерации за 2006-2016 гг. наблюдается ежегодный прирост абсолютного числа доказанных случаев РПЖ (+289,5%, или 90,6 человек на 100 тыс. мужского населения). Средний возраст пациентов всего мира с диагностированным РПЖ составляет 65 лет, тем не менее с 1990 г. показатель заболеваемости РПЖ у мужчин в возрасте 20-40 лет характеризуется темпами прироста до +2%/год ($p < 0,01$). Возможности ранней диагностики этой патологии у людей моложе 50 лет до сих пор изучены недостаточно.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов, распределенных по возрасту (группа А, $n=10$, до 50 лет и группа Б, $n=10$, старше 50 лет) с верифицированным РПЖ, после радикального хирургического лечения. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов для оценки возрастных, антропометрических показателей, уровней простатспецифического антигена (ПСА). Выполнено стандартизованное морфологическое исследование микропрепаратов опухолевой ткани, в соответствии с классификацией ВОЗ, иммуногистохимическое исследование стандартным иммунопероксидазным методом, молекулярно-генетическое исследование наличия делеций генов PTEN, RB1, TP53, EGFR. Для статистического анализа данных использована система STATISTICA for Windows (версия 12).

Результаты. В группе А у пациента с РПЖ pT1cN0M0 ISUP-3, при уровне ПСА 9,86 нг/мл (максимальное значение) выявлен наиболее низкий уровень e-cadherin (50%) среди пациентов обеих групп. Мутации P53, EGFR и TP 53 не обнаружены. В 1 (5%) случае группы А выявлена мутация гена RB1 (pT2aN0M0, ISUP-3, ИМТ=29,05 кг/м², ПСА=4,76 нг/мл). Потеря гетерозиготности гена PTEN обнаружена в 3 (15%) случаях (2 в группе А и 1 в группе Б). Отмечен рост показателя ПСА у этой подгруппы пациентов (с 3,5 до 12,57 нг/мл), в зависимости от возраста (39-61 год). Потеря гетерозиготности гена PTEN установлена у самого молодого (39 лет) из пациентов группы А (наименьший уровень ПСА=3,5 нг/мл и тканевого Ki-67 <1%) и у самого старшего (61 год) пациента (pT2cN0M1, ПСА=12,57 нг/мл, Ki-67 = 5%). У пациентов группы А с обнаруженной делецией гена PTEN процент окрашивания ткани e-cadherin на 30% меньше, чем у пациента из группы Б (70% к 100%).

Выводы. Согласно данным, полученным на небольшой выборке пациентов, наблюдается возможная взаимосвязь мутации гена PTEN и уровня окрашивания e-cadherin с развитием РПЖ в молодом, до 50 лет, возрасте, а также развитием клинически значимых форм РПЖ у пациентов старшего возраста. Уровень ПСА выше у пациентов более старшего возраста, поэтому не следует ориентироваться исключительно на данный показатель у пациентов до

50 лет. Изучение совокупности факторов риска развития РПЖ позволит скорректировать диагностический подход у пациентов молодого возраста на основе персональной молекулярно-генетической информации.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО СИНХРОННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханалиев Б.В., Битаев А.Р., Барсегян А.Г., Косарев Е.И., Скрыбин Е.С.

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

Введение/Цель исследования. Рак предстательной железы (РПЖ) – наиболее часто верифицируемый диагноз в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин старше 40 лет. В Российской Федерации РПЖ занимает второе место среди всех диагностированных новообразований и причин смерти от раковых заболеваний среди мужчин. Учитывая высокую частоту встречаемости и смертности от данного заболевания, важную роль играет ранняя диагностика (скрининг) с целью снижения смертности и лечения в начальной стадии. В настоящее время «золотым стандартом» в лечении локализованного РПЖ является робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП). Рак мочевого пузыря (РМП) по распространенности в структуре злокачественными новообразованиями у мужчин занимает 7-е место. Однако, по сравнению с РПЖ, имеет большую склонность к рецидивированию и прогрессированию. В редких случаях, у пациентов с РПЖ при обследовании выявляются образования мочевого пузыря.

Целью нашего исследования является улучшение качества медицинской помощи (оперативное лечение по обоим нозологиям в максимально короткие сроки) и онкологических результатов у пациентов с первично-множественным синхронным раком мочевого пузыря и предстательной железы.

Материалы и методы. Выполняется когортное проспективное исследование. Под нашим наблюдением с 2018 г. по 2020 г. находились 11 пациентов с первично-множественным синхронным раком мочевого пузыря и предстательной железы, которым проводились трансуретральная лазерная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря и РАРП. Учитывая возможные технические сложности выполнения реконструктивного этапа РАРП после ТУР мочевого пузыря, высокую склонность к прогрессированию и рецидивированию рака уротелия, было принято решение проведения ТУР опухоли мочевого пузыря в первую очередь, с последующим проведением РАРП через 1 месяц. Критерии включения пациентов с РПЖ: локализованный рак (сT1-T2); с РМП: мышечно-неинвазивный РМП (сT1a, T1). Критерии исключения пациентов: наличие РМП \geq T2. Проводилось динамическое наблюдение: определение уровня общего ПСА каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно; цистоскопия через 3 месяца, затем через 9 месяцев, далее ежегодно, МРТ органов малого таза 1 раз в год, КТ органов брюшной полости и грудной клетки через 6, 12 месяцев, далее ежегодно.

Результаты. При динамическом наблюдении в период с 2018 г. по 2023 г. у всех пациентов уровень общего ПСА сохранялся на уровне менее 0,2 нг/мл (медиана – 0,12 нг/мл),

при цистоскопии через 3, 9 месяцев, далее ежегодно – данных за наличие патологического образования (рецидива) мочевого пузыря не обнаружено. По данным МРТ органов малого таза, КТ органов грудной клетки и брюшной полости – признаков за наличие регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Выводы. За период с 2018 г. по 2020 г., прооперировано 11 пациентов с первично-множественным синхронным раком мочевого пузыря и предстательной железы с интервалом – 1 месяц. Были получены хорошие результаты хирургического (в том числе онкологического) лечения. Однако, для более точных и статистически достоверных результатов проводится дальнейший анализ пациентов данной категории. Такой подход позволяет избавиться от двух онкологических болезней в максимально короткие сроки и снизить онкологические риски. Необходимо отметить, что период реабилитации у таких пациентов не отличается от хирургического лечения изолированной нозологии: РПЖ или РМП. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

ВОЗМОЖНОСТИ И АКТУАЛЬНОСТЬ САТУРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Павлов А.Ю., Цыбульский А.Д., Фастовец С.В., Кравцов И.Б.

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

Введение. Подавляющее большинство практикующих онкологов считает, что основным методом первичной биопсии предстательной железы при подозрении на рак ПЖ является стандартная мультифокальная биопсия из 12-ти точек. Но в последнее время все больше специалистов выдвигают предположения об определенных преимуществах сатурационной биопсии, в особенности при проведении повторного исследования или при рецидивных формах заболевания. При этом было показано, что доля клинически незначимого рака предстательной железы после сатурационной биопсии достоверно не отличалась от других схем биопсии, и такая методика не сопровождалась статистически значимым ростом числа осложнений. Однако возможности сатурационной биопсии исследованы недостаточно и не разработаны показания для выполнения такого варианта биопсии.

Цель. Исходя из этих обстоятельств, изучив данные других онкологических центров, мы решили провести собственное исследование для изучения особенностей сатурационной биопсии предстательной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 79 мужчин с подозрением на рак предстательной железы, которым была первично выполнена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем. Методика биопсии заключалась в изъятии материала трансперинеально под спинальной анестезией с использованием планирующей системы (решетки). Биопсия проводилась из 24 - 36 точек. Медиана возраста больных составила 69 лет (48—75 лет). Взятие столбиков ткани из ПЖ осуществлялось при помощи автоматической биопсийной иглы диаметром 1,6 мм и глубиной забора ткани 22 мм. Из наблюдаемой группы больных 29 пациентов имели в анамнезе от 2-4 отрицательных биопсия, при этом продолжался неуклонный рост уровня ПСА. Оставшимся 50-и пациентам биопсия проводилась по поводу локального рецидива после брахитерапии

источниками I 125 (9 больных), дистанционной лучевой терапии (19 больных) и радикальной простатэктомии (22 больных).

Наибольший интерес представляла первая группа больных. Так число положительных результатов было получено у 24 (из 29) пациентов. При анализе выявлено, что расположение опухоли в предстательной железе было нетипичным. Так у 17 пациентов раковые клетки были обнаружены в апикальной части предстательной железы и преимущественно были представлены низкодифференцированными формами (Глисон 9 у 5 больных, Глисон 8 у 9 пациентов и Глисон 7 в 3 случаях). У остальных 7 пациентов опухолевые клетки были выявлены в центральной части предстательной железы (соотношение степени дифференцировки опухоли были примерно идентичны).

Результаты. Результаты исследования показали, что после сатурационной биопсии имели место самые низкие показатели частоты таких неблагоприятных морфологических факторов, как высокий балл по шкале Глисона, периневральная и периваскулярная инвазия, в сравнении с традиционными биопсийными техниками.

Заключение. При определенных, сложных для диагностирования РПЖ, случаях сатурационная техника может стать методом выбора при первичной биопсии несмотря на техническую и организационную сложность использования. Такой вывод основан на том, что после сатурационной биопсии наблюдались самые низкие показатели частоты таких неблагоприятных морфологических признаков, как положительный хирургический край, периневральная и периваскулярная инвазии, высокий балл по Глисону, экстрапростатическое распространение опухоли.

Выводы. С учетом полученных результатов, считаем, что выполнение первичной сатурационной биопсии, а так же использование данной методики для диагностики локальных рецидивов целесообразно. Методика сатурационной биопсии особенно актуальна в случае применения у пациента фокальных методов радикального лечения таких как сальважная брахитерапия, что наиболее востребовано при локальных рецидивах в случае ранее проведенного органосохраняющего лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Ханалиев Б.В., Битаев А.Р., Барсегян А.Г., Косарев Е.И., Скрябин Е.С.

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

Введение/Цель исследования. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных заболеваний и занимает второе место среди причин смерти от раковых заболеваний среди мужчин. Основным методом и «золотым стандартом» лечения локализованных форм РПЖ является робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП). Несмотря на совершенствование хирургической аппаратуры (роботизированная система Da Vinci) и технических методов во время операции, количество рецидивов значимо не меняется. Одним из важных этапов ведения пациентов

с РПЖ после РАРП (или других методов лечения) является динамическое наблюдение. По данным литературы, после проведения радикальной простатэктомии (РПЭ) или лучевой терапии (ЛТ) у 27-53% пациентов наблюдается биохимический рецидив (БХР). Основным показателем выявления БХР считается повышение уровня общего ПСА > 0,2 нг/мл. После выявления БХР важное значение имеет дифференцирование местного и отдаленного рецидива, от чего зависит дальнейшая тактика лечения пациента. Целью проведения нашего исследования является улучшение скрининговой диагностики возможного биохимического рецидива рака предстательной железы у пациентов различных групп риска после робот-ассистированной радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Мы проводим когортное ретро- и проспективное исследование. За период с 2019 г. по 2021 г. всего было прооперировано 198 пациентов с раком предстательной железы различных групп риска. В исследование отбор пациентов производился по следующим критериям: Критерии включения: локализованный рак (сT1-T2). Критерии не включения: местно-распространенный (сT3), пациенты после неoadьювантной терапии, с большим объемом предстательной железы (>140см³). Критерии исключения: пациенты после адьювантной терапии. После тщательного отбора пациентов по критериям, в дальнейшем наблюдении осталось 168 пациентов. Учитывая исходные клинические, патоморфологические и лабораторные факторы (стадия T, уровень ПСА, группа ISUP), мы разделили всех пациентов на три когорты в зависимости от риска по БХР: первая когорта (низкий риск) – ПСА <10 нг/мл, индекс Глисона (ИГ) <7 или группа ISUP 1, стадия сT1-2a; вторая когорта (промежуточный риск) - ПСА 10-20 нг/мл, ИГ 7 или группа ISUP 2-3, стадия сT2b; третья когорта (высокий риск) - ПСА >20 нг/мл, ИГ >7 или группа ISUP 4-5, стадия сT2c. В первой когорте – 50 пациентов, во второй когорте – 89, третьей когорте – 29.

Всем пациентам была проведена робот-ассистированная простатэктомия. По результатам гистологического исследования операционного материала у 62 пациентов выявлен положительный хирургический край (ПХК), который также учитывается как фактор риска развития БХР. Пациентам при ПХК мы рекомендуем сдать общий ПСА раз в месяц в течение 3 месяцев, затем (как по российским клиническим рекомендациям) раз в три месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно. При отрицательном хирургическом крае рекомендуем сдать ПСА общий как по российским клиническим рекомендациям. Методы визуализации местного или отдаленного рецидива определялись врачом индивидуально в соответствии с риском рецидива.

Результаты. БХР заболевания отмечен у 45 (73%) из 62 пациентов с ПХК. При этом, из 45 пациентов к первой когорте относятся 9 пациентов, второй когорте – 27 пациентов, третьей когорте – 9. Частота наблюдения БХР у пациентов с ПХК в зависимости от группы риска: низкий риск – 14,5%; промежуточный риск – 43,5%; высокий риск - 14,5%. Следует подчеркнуть, количество пациентов в когортах варьируется в зависимости от группы риска, что может исказить конечные результаты в процентном соотношении. Из 45 пациентов с ПХК у 7 выявился БХР до 3 месяцев, у 9 в течение 6 месяцев, у 11 в течение первого года, у 18 в течение 3 лет после операции. Однако, стоит отметить, что у пациентов без ПХК также наблюдался БХР. У 12 пациентов из 106 наблюдался БХР: у 5 – в течение первого года; у 7 – в течение первых трех лет.

Выводы. В настоящее время в литературе представлено недостаточно данных для определения времени и вида лечения при БХР после РАРП. Для получения более конкретных

и достоверных результатов проводится дальнейшее наблюдение пациентов по данным категориям. По полученным данным нашего исследования, у 7 (16%) пациентов из 45 с ПХК в первые 3 месяца выявлен БХР.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИТИНОЛОВЫХ СТЕНТОВ ПРИ СТЕНОЗЕ ЦИСТОУРЕТРОАНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Гончаров Н.А.^{1,2,3}, Морозов Е.А.^{1,3}, Кузнецов А.А.¹

¹ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, Волгоград

²ГБУЗ «ВОКБ № 1», Волгоград

³Лаборатория инновационных методов лечения и профилактики ГБУ
«Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград

Введение. Рак предстательной железы – одно самых распространённых онкологических заболеваний. Радикальная простатэктомия является показанием для лечения пациентов на стадии T1–T3aN0M0. Однако после хирургических методов лечения у 1-8% пациентов возникает стеноз цистоуретроанастомоза (СЦУА). Несмотря на постоянное совершенствование методик наложения цистоуретроанастомоза данное состояние возникает первые 6 месяцев после операции. Большинство пациентов со СЦУА выполняется надлобковое дренирование мочевого пузыря. При рецидивном течении СЦУА одним из методов лечения является установка нитиноловых стентов.

Материалы и методы. В урологическом отделении ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница» проходило лечение 3 пациента с СЦУА с 2021 по 2022 года, которым была выполнена лапароскопическая простатэктомия по поводу рака предстательной железы. В течение 6 месяцев у них сформировался СЦУА. Все пациенты первым этом подверглись внутренней оптической уретротомии холодным ножом, но в последующим в течении 3-5 месяцев у них вновь возникал тотальный СЦУА, по поводу чего наложена эпицистостома.

Через 6 месяцев после проведения ВОУТ пациентам выполнено повторная ВОУТ холодным ножом с фиксацией буккального лоскута в шейке мочевого пузыря и фиксация его простатическим нитиноловым стентом. Выполнение данной операции проводилось под двойным визуальным контролем со стороны мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. Осматривалась уретра и зона стеноза-облитерации. Затем по эпицистостомическому ходу в полость мочевого пузыря устанавливался буж Амплац для нефростомии №30 по Ch, а по нему кожух. Полость мочевого пузыря осматривалась с помощью стандартного нефроскопа. Во всех 3 случаях отмечалась полная облитерация. В самом тонком месте зоны облитерации визуализировалось светлое пятно, где производили рассечение прямым ножом уретротомом. Нож уретротомом визуализировали со стороны мочевого пузыря. Затем под двойным контролем со стороны мочевого пузыря и со стороны уретры выполняли рассечение рубцовой ткани до нужного диаметра и появления признаков незначительного кровотечения. Уретротомом извлекали. Далее в уретру вводили операционный цистоуретроскоп. Измеряли протяженность стеноза-облитерации и по рабочему

каналу проводили систему для доставки нитинолового стента. Нитиноловый стент через эпицистостому выводили на переднюю брюшную стенку. Выполняли стандартный забор буккального лоскута нужного размера и подготавливали его к трансплантации. Уретральный стент ракрывали и к нему фиксировали буккальный лоскут. Затем стент с лоскутом располагали на месте ложа и стент раскрывали. Контроль установки стента выполняли как со стороны уретры, так и со стороны мочевого пузыря. Стент устанавливали таким образом, чтобы пузырный конец стента выступал в просвет мочевого пузыря не более 2-3 мм, для профилактики последующей миграции. Цистоуретроскоп с системой доставки и нефроскоп удаляли и восстанавливали эпицистостому. Длительность установки стента составляла от 3 до 6 месяцев. Затем стент извлекали с помощью цистоскопа. Через 6 месяцев пациенты заполняли опросники IPSS и QoL и выполняли урофлоуметрию. После восстановления мочеиспускания эпицистостому закрывали.

Результаты. Через 6 месяцев средний балл IPSS составил $6 \pm 1,5$ балла, средняя скорость мочеиспускания $16 \pm 3,2$ мл/с.

Выводы. Таким образом первый опыт установки стента при СЦУА дает обнадеживающие результаты и дает повод для дальнейшего использования. Данное устройство просто в использовании и позволяет широко использовать в рутинной практике.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМФИЗИТОМ ПОСЛЕ РАРП (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

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

ГБУ РО "Клинико-Диагностический Центр «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону

Введение. Оперативное лечение рака предстательной железы (РПЖ) ассоциировано с развитием побочных эффектов, удлиняющих сроки лечения пациентов. Редким осложнением является развитие симфизита, в связи с чем не разработано стандартизированного подхода к лечению.

Материалы и методы. Нами описан опыт лечения 3 больных с локализованным РПЖ, у которых развился симфизит после робот-ассистированной радикальной простатэктомии.

Результаты. Частота развития симфизита составила менее 0,01% (всего выполнено более 2000 робот-ассистированных радикальных простатэктомий). Основным симптомом является боль в промежности и над лоном, а также затруднения при ходьбе, связанные с частичной нестабильностью тазового кольца. Факторы риска, выделенные при литературном обзоре и анализе историй болезни, включают сахарный диабет, инфекцию мочевыводящих путей, а также длительно сохраняющуюся несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза при отсутствии дополнительного дренирования в виде цистостомы. Основным подходом к лечению является установка цистостомы, антибактериальная терапия в соответствии с посевом и учетом тропностью к костной ткани (линкомицин), а также привлечении травматолога-ортопеда для определения показаний к резекции лобковой кости и дренированию очага (указано в литературе, не проводилось в нашей выборке). На фоне длительной ан-

тибактериальной терапии наблюдалось восстановление структуры лобкового симфиза по данным МРТ и устранение клинических симптомов.

Выводы. Симфизит является редким осложнением робот-ассистированной радикальной простатэктомией, требующим своевременной диагностики и индивидуального подхода к лечению для профилактики развития гнойного остеомиелита с необходимостью резекции лобковой кости и санации очага.

**Воспалительные
заболевания органов
мочеполовой системы**

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОРХИТА

Давидов М.И., Кислицын К.Г.

Кафедра факультетской хирургии и урологии Пермского медицинского университета

Сифилитический орхит – это редкое проявление гуммы при третичном сифилисе; микроскопически обычно характеризуется множественными отдельными гранулемами с центральным некрозом и периферическим фиброзом. Специфический сифилитический орхит чаще всего протекает под маской неспецифического подострого эпидидимоорхита или злокачественной опухоли яичка. По данным N.Yogo (2014), в мировой литературе описано только 20 случаев сифилитического орхита. Приводим собственное наблюдение.

Больной М., 65 лет, поступил в урологическую клинику в экстренном порядке с жалобами на тупые ноющие боли в левом яичке, увеличение яичка в размерах, лихорадку. Неприятные ощущения в яичке беспокоили около 2 лет, около года назад яичко стало увеличиваться в размерах, в течение последних 3 месяцев периодически отмечал субфебрильную температуру тела. К врачам урологического профиля не обращался, лечился у терапевта с гепатитом и диабетом 2 типа. Накануне поднялась температура тела, боли в яичке усилились. При обращении в клинику больной скрыл, что 20 лет назад перенес люэс. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0°C. На коже высыпаний нет. АД 170/90 мм рт.ст. Половой член без патологии. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Левое яичко размером 8х6х5 см, болезненное и плотное, определяется очаг размягчения. УЗИ: левое яичко значительно увеличено и содержит неправильной формы ячеистое образование с эконегативными структурами; в почках и мочевых путях патологии нет, в простате кальцификаты. Лабораторно обнаружены анемия, гипербилирубинемия, лейкоцитурия, ускорение СОЭ. Реакция Вассермана положительная. С диагнозом острый гнойный эпидидимоорхит слева больной оперирован через 2 ч госпитализации. Скрототомия. Мобилизовано левое яичко, которое значительно увеличено и имеет необычный вид, нижняя половина его деревянистой плотности. После консилиума, в связи с подозрением на злокачественную опухоль яичка, операция завершена левосторонней орхифуникулэктомией. Макропрепарат: яичко имеет размеры 8х5х4 см, на разрезе содержит 2 узла диаметром по 3 см каждый губчатого вида мягкой консистенции; один зеленовато-желтый, второй коричнево-розовый. На периферии от узлов – плотная фиброзная ткань. Гистологическое исследование: в тканях яичка массивный участок влажного некроза, окруженный пролиферирующей соединительной тканью с обилием сосудистых образований, с диффузной лимфоплазмозитарной инфильтрацией, с крупными плазматическими клетками типа Маршалко-Унна. Заключение: Хроническое специфическое продуктивное воспаление; гистологические признаки сифилитической гуммы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила I натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии через 9 сут. Наблюдение будет продолжено.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УРЕАПЛАЗМ У МУЖЧИН С СИМПТОМАМИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Савзиханов Р.Т.^{1,4}, Алибеков М.М.^{2,4}, Саидов С.Г.³.

¹Дагестанский государственный медицинский университет

²ГБУ РД Городская клиническая больница №1

³ГБУ РД РКБ№2 Урологическое отделение

⁴Медицинский центр Family, Махачкала

На базе медицинского центра Family (г. Махачкала) было проведено обследование 515 мужчин. Всем было проведены исследования на наличие ИППП. Распространенность уреоплазменной инфекции у мужчин составила 43%. Наибольшее количество в группах мужчин с нарушениями в репродуктивной сфере (в группе мужчин, имевших неблагоприятные исходы в браке в течение последнего года, мы встретили уреоплазмы в 68% случаев, бесплодия в браке 49%) («Выявление *Ureaplasma species* у мужчин с репродуктивными проблемами в браке». Андрология и генитальная хирургия. 2023. Том 24. №2).

Как известно существуют 2 основных вида уреоплазм, представляющих интерес и выявляемых различными лабораториями: уреоплазмы парвум и уреалитикум. Однако, мы встречаем ряд лабораторий и тестов, которые определяют уреоплазмы суммарно. Исходя из нашего опыта, мы категорически не приемлем для диагностики уреоплазм ПЦР для качественной оценки уреоплазм и определения методами ИФА, это часто вводит в заблуждения врача и пациентов.

Целью данной работы является оценка влияния видов и концентрации биооваров уреоплазм в развитие урологических симптомов.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования 249 мужчин, которые обратились в медицинский центр Family г. Махачкалы. Средний возраст составил 31 год. Критериями исключения являлись мужчины, имевшие отягощенный репродуктивный анамнез: бесплодие, невынашивание или другие неблагоприятные исходы беременности. Всем мужчинам были проведены обследования на уреоплазмы количественными методами в режиме Real-time ПЦР (Rotor-Gene).

В исследовательскую группу входило 120 мужчин, которые имели различные урологические жалобы (дизурические симптомы, дискомфорт и болевые ощущения над лоном, в промежности, области паха, копулятивные расстройства), контрольная группа включала 129 человек, которые не предъявляли каких-либо жалоб.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1 (StatSoft Inc., США) и электронных таблиц Excel 2007. При оценке различий между сравниваемыми показателями использовались точный критерий Фишера и хи-квадрат Пирсона. Для характеристики связей признаков использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки связи доли пациентов с наличием жалоб и значений титров был использован линейный тест тренда Кохрана-Армитажа на наличие тренда в пропорциях.

Результаты. В обеих группах уреоплазма в различных титрах обнаружена у 76 мужчин, что составило 31%. В группе мужчин, у которых отмечались урологические симптомы, встреча-

ются в 2,5 раза чаще (43%). Причем в группе «здоровых» мужчин, которые не предъявляет жалоб практически у каждого 5 (19%).

Таблица 1. Связь наличия жалоб и уреоплазмы

Наличие уреоплазмы	Отсутствие жалоб N (%)	Наличие жалоб N (%)	Всего N (%)	P
Отсутствие обоих микроорганизмов	105 (81,4%)	68 (56,7%)	173 (69,5%)	<0,001
у. ПАРВУМ	16 (12,4%)	29 (24,2%)	45 (18,1%)	
у. УРЕАЛИТИКУМ	7 (5,4%)	21 (17,5%)	28 (11,2%)	
Сочетание обоих микроорганизмов	1 (0,8%)	2 (1,7%)	3 (1,2%)	
Всего	129 (100,0%)	120 (100,0%)	249 (100,0%)	

Уреоплазма парвум встречается в 1,7 раза чаще, чем уреалитикум. В группе мужчин, имеющих различные урологические жалобы оба биовара уреоплазм встречаются чаще. Причем уреалитикум встречается в 3,5 раза чаще, чем в группе «здоровых» мужчин, уреоплазмы парвум мы встретили в 2 раза чаще. При количественной оценке отмечаются более высокие концентрации уреалитикум, чем в группе без жалоб (таблица №1).

Для оценки связи доли пациентов с наличием жалоб и значений титров у. парвум и у. уреалитикум был использован линейный тест тренда Кохрана-Армитажа на наличие тренда в пропорциях. Было проведено объединение пациентов с отсутствием микроорганизмов и титрами до 10³, титрами 10⁴⁻⁵, и титрами более 10⁵ (таблицы 2, 3, рисунок).

Таблица 2. Наличие жалоб и значений титров у. ПАРВУМ

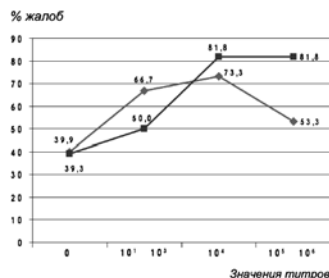
Жалобы	у. ПАРВУМ НЕ ВЫЯВЛЕН	до 10 ⁴	10 ⁴⁻⁵	БОЛЕЕ 10 ⁵	ХИ КВАДРАТ (P)
Отсутствие жалоб	107 (60,1%)	5 (33,3%)	4 (26,7%)	7 (46,7%)	$\chi^2 = 5,67$ P=0,017
Наличие жалоб	71 (39,9%)	10 (66,7%)	11 (73,3%)	8 (53,3%)	
Всего	178 (100,0%)	15 (100,0%)	15 (100,0%)	15 (100,0%)	

Таблица 3. Наличие жалоб и значений титров у. УРЕАЛИТИКУМ

Жалобы	у. УРЕАЛИТИКУМ НЕ ВЫЯВЛЕН	до 10 ⁴	10 ⁴⁻⁵	БОЛЕЕ 10 ⁵	ХИ КВАДРАТ (P)
Отсутствие жалоб	105 (60,7%)	3 (50,0%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	$\chi^2 = 13,6$ P<0,001
Наличие жалоб	68 (39,3%)	3 (50,0%)	9 (81,8%)	9 (81,8%)	
Всего	173 (100,0%)	6 (100,0%)	11 (100,0%)	11 (100,0%)	

Как видно из таблиц 3, 4 и рисунка линейный тест тренда Кохрана-Армитажа подтверждает наличие зависимости между величиной титров у. парвум и наличием жалоб (p=0.017), а также титров у. уреалитикум и наличием жалоб (p < 0.001), данная зависимость более выражена для случая с титрами у. уреалитикум (рисунок).

Выводы. Распространённость уреоплазм в группе мужчин, предъявляющих различные урологические жалобы выше более чем в 2 раза, что свидетельствует о вкладе уреоплазм в развитие урологических заболеваний.



Уреаплазмы парвум и уреалитикум встречаются преимущественно изолированно друг от друга. Среди клинически здоровых мужчин распространенность уреаплазм составила 19%. Распространенность уреаплазм парвум выше, чем уреалитикум в обеих группах. Но следует отметить, что количество уреаплазм уреалитикум в группах мужчин, имеющих урологические проблемы гораздо выше, чем в среднем в общей популяции, Вклад в развитие урологических жалоб могут вносить оба штамма, но в большей степени уреалитикум и при наличии обоих одновременно. В связи с вышеизложенным, определение биоваров уреаплазм и парвум и уреалитикум должно проводиться отдельно.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ФИТОФРОН НА ПЕРСИСТЕНТНЫЕ СВОЙСТВА УСЛОВНО- ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МОЧИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кузьмин М.Д., Пашковва Т.М.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза Уральского отделения РАН,
г. Оренбург

Все чаще в терапии инфекций мочевыводящих путей применяют лекарственные препараты растительного происхождения. Установлено, что подавление препаратом персистентных свойств возбудителя затрудняет его паразитирование внутри клеток и тем самым повышает эффективность лекарственных воздействий (Бухарин О.В., 2016).

Цель исследования. Экспериментальная оценка влияния фитопрепарата Фитофрон на способность условно-патогенных микроорганизмов инактивировать факторы врожденного иммунитета (лизоцим, про- и противовоспалительные цитокины) и формировать биопленки.

Материалы и методы. В работе использован официальный препарат Фитофрон (раствор для приема внутрь) ООО НПО «Фарм ВИЛАР» (Россия), содержащий экстракт жидкий из лекарственного сырья: золототысячника травы, любистока лекарственного корней, розмарина лекарственного листьев и воды, очищенной в качестве вспомогательного вещества.

Опыты *in vitro* проведены на клинических изолятах, выделенных из мочи больных с инфекцией мочевыводящей системы (пиелонефрит, цистит): *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*. Видовая принадлежность оценена с помощью масс-спектрометра Maldi-TOF, серии Microflex (Bruker, Daltonics, Германия). Идентификация проведена с расчетом коэффициента достоверности при использовании программного обеспечения Maldi BioTyper 3.0. Антилизоцимную активность (АЛА) микроорганизмов определяли фотометрическим методом по методике О.В. Бухарина (1999). Антицитокиновую активность (АЦА) в отношении про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО α , ИЛ-17А) оценивали иммуноферментным методом (ИФА) по методике авторов О.В. Бухарина с соавт. (2011) в модификации с использованием наборов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Способность образовывать биопленки (БПО) определяли по O`Toole G с соавт. (2000).

Эффект регуляции персистентных свойств микроорганизмов является значимым, если под воздействием Фитофрона происходило подавление на 40-60% и более, умеренный подавляющий эффект определялся при снижении выраженности признаков на 20-40%.

Результаты. В результате проведенных исследований по изучению влияния препарата Фитофрон на антилизоцимную активность условно-патогенных микроорганизмов оказалось значимым. АЛА снижалась на 94,4% у *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus haemolyticus*, на 84% – у *Staphylococcus aureus* и 76,5% – у *Enterococcus faecalis* соответственно. Способность инактивировать лизоцим у *Escherichia coli* изменялась на 21%. Что касается влияния препарата «Фитофрон» на способность условно-патогенных микроорганизмов формировать биопленки, то были получены следующие результаты: у стафилококков (*S. epidermidis* и *S. haemolyticus*) и энтерококков (*E. faecalis*) коэффициент формирования биопленок снижался на 23,1%, у штаммов *S. aureus* – на 28,5% и *E. coli* – на 31% по сравнению с контрольной группой.

Изучение влияния фитопрепарата Фитофрон на способность условно-патогенных микроорганизмов инактивировать про- и противовоспалительные цитокины показало: максимально эффективно Фитофрон подавлял способность *E. coli* инактивировать ФНО α (на 58,6%); способность *S. aureus* разрушать ИЛ-17А (на 53,2%); способность *S. haemolyticus* инактивировать ИЛ-4 (на 41,7%) и ИЛ-17А (на 47,3%); возможность штаммов *S. epidermidis* снижать концентрацию ИЛ-4 (на 69,1%), ИЛ-17А (на 57,8%) и ФНО α (на 57,5%); способность изолятов *E. faecalis* инактивировать ИЛ-4 (на 80,2%) и ИЛ-8 (на 52,1%).

Выводы. Проведенные исследования раскрывают еще один из возможных механизмов фармакологической активности растительного препарата Фитофрон, который связан с его способностью ингибировать персистентные свойства условно-патогенных микроорганизмов и формировать биопленки, что вероятно повышает эффективность лекарственных средств и способствует элиминации патогенов из мочевыводящих путей.

ПЕПТИДЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – БАЗОВОЕ СРЕДСТВО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕВЫХ И МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Горбачев А.Г.
Санкт-Петербург

Нормально функционирующие мочеполовые органы невосприимчивы к уропатогенам. Если же возникают болезни воспалительного характера, то это случается на фоне патологической венозной гиперемии органа. Самым востребованным направлением лечения при этом, несмотря на возрастающее число критических замечаний, остается этиотропное – антибиотики.

В последние 10—20 лет все более широкое распространение в урологии приобретает пептидная биорегуляция. Эксперименты на мелких лабораторных животных и последующие клинические исследования продемонстрировали тропность простатилена не только к «родному» органу -- источнику пептидов, но и к «родственным» мочевым и мужским половым органам при лечении острого и хронического простатита, цистита и пиелонефрита, а также

эпидидимита. Эта тропность не случайна, поскольку исходит из общности эмбриогенеза половых органов и органов мочевой системы. Пептидные препараты из предстательной железы не несут в себе антигенных свойств. Они легко воспринимаются и не вызывают осложнений. Благодаря наличию антикоагулянтной и антиагрегантной активности, и тромборезистентности венул, простатилену свойственна нормализация микроциркуляции. В совокупности с нормализацией реологических свойств крови простатилен нейтрализует главные составляющие патогенеза воспалительных болезней. Простатилену свойственно также прямое противовоспалительное и регулирующее действие на нарушенные показатели специфического иммунитета и неспецифической защиты, в т.ч. на местном уровне, он уменьшает количество ЦИК, усиливает синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител. Применение простатилена при комплексном лечении воспалительных болезней мочевых и мужских половых органов не просто оправдано, но и предпочтительно. Эффективность воздействия повышается при сочетании с другими средствами или видами лечения. Важным достоинством простатилена является возможность обоснованного уменьшения дозы назначенного антибиотика. Благодаря регуляторному пептидному каскаду, действие простатилена продолжается до полугода. Такими свойствами не обладают ни средства нормализации реологических свойств крови (трентал, венорутон, никотиновая кислота), никакие этиотропные (антибиотики, химиопрепараты и др.). Это делает простатилен базовым средством комплексного лечения воспалительных болезней мочевых и мужских половых органов.

NEW APPROACH TO OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN SEPTIC, OBESE PATIENTS

Tukhtamishev M.Kh.^{1,2}, Shavakhabov Sh.Sh.^{1,2}

¹Republican specialized scientific-practical medical centre of urology

²Tashkent State dental institute

Introduction. One of the severe consequences of upper urinary tract obstruction is acute pyelonephritis, associated with a high incidence of hospitalization, complications and even death in the absence of timely assistance. Providing adequate drainage of the urinary tract is one of the main tasks of urology. Despite the large number of methods that solve this problem, in case of obstruction of the upper urinary tract, the most effective method is percutaneous drainage of the upper urinary tract.

Purpose of the study: to evaluate the effectiveness of two types of percutaneous nephrostomy (prone and supine) in obese and severely ill patients.

Materials and methods. Conducted a prospective analysis of the results of 64 percutaneous nephrostomies performed between 2022 and 2023 to patients who appealed to the Republican specialized Scientific and Practical Medical Center of urology of Uzbekistan for obstruction of the upper urinary tract. The patients were divided into two groups: the first included 28 patients who underwent standard prone percutaneous nephrostomy; the second group consisted of 36 patients who underwent supine percutaneous nephrostomy. The condition of the patients was severe, septic with obesity, their body mass index (BMI) was more than 30. All patients intraoperatively drained with 10-12CH Pigtail tube on the background of sedation.

Results. In the 1st group of patients, the average operation time was 31 ± 3.14 minutes, in the second 16 ± 6.7 , 7 patients from the first group were in intensive care for at least a day after surgery, and in the second there were no such patients. Almost half of 13 (46.4%) patients in the first group noted nausea and vomiting intraoperatively due to the cushion placed under the abdomen, this cushion was not needed on the supine PCN. Radiation exposure for each operation in the prone position averaged 17.41 mGy, while in the second group this figure was 8.8.

Conclusion. Thus, supine percutaneous nephrostomy is a safe method of urine diversion from the upper urinary tract in severe septic patients especially whose BMI is higher than 30. Unlike standard prone PCN, supine PCN has a great number of advantages which makes this method more preferable.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИБРОНЕФРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫЯВЛЕННЫМ ТИТРОМ МИКРООРГАНИЗМОВ В МОЧЕ

Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г., Один А.А., Тевлин К.П., Косарева Д.В., Григорян Р.М.

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

Введение. Мочекаменная болезнь является одной из самых частых патологий в урологии. Заболеваемость и распространенность данного состояния до сих пор увеличивается по всему миру. Встречаемость по данным разных авторов составляет 7,1–10,6%. С развитием технологий в хирургическую практику внедряются различные эндоскопические методы лечения данной патологии, в том числе и фибронефроскопия. По данным Европейской Ассоциации Урологов, рекомендуемая продолжительность ретроградной интратенальной хирургии составляет не более 2 часов, при этом согласно различным авторам каждые последующие 10 минут оперативного вмешательства увеличивают риски развития инфекционных осложнений в геометрической прогрессии. Перед данным оперативным вмешательством необходимо проведение культурального исследования мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Материалы и методы. Выполнено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование, проведенное в периоде 2021–2023 гг. В исследование включено 28 пациентов с единичными конкрементами обеих почек от 8 до 11 мм. Всем пациентам выполнено предварительное стентирование мочеточников с последующим проведением терапии альфа-блокаторами. В первую группу включено 13 пациентов, у которых выявлен титр бактериальной флоры при культуральном исследовании мочи 10⁵ и ниже. Основным микроорганизмом, выявленным при исследовании, являлся *E. coli* (84%). Во вторую группу включено 15 пациентов, у которых роста не выявлено. Пациенты, перенесшие рестентирование мочеточника, исключены из групп наблюдения. Всем пациентам выполнена фибронефролитотрипсия с проведением интраоперационной антибактериальной профилактики с учетом результатов микробиологического исследования мочи.

Результаты. В первой группе у 3 пациентов (23%) отмечена активизация воспалительного процесса верхних мочевыводящих путей в раннем послеоперационном периоде, потре-

бывавшая проведения антибактериальной терапии. Во второй группе у 1 пациента (6%) возникли послеоперационные воспалительные осложнения. Всем пациентам, у которых отмечена активизация воспалительного процесса мочевыводящих путей, проведена антибактериальная терапия согласно результатам предоперационного микробиологического исследования мочи с положительным клиническим эффектом. В первой группе пациентов встречаемость развития воспалительного процесса верхних мочевыводящих путей несколько выше, чем в группе сравнения.

Выводы. Билатеральная фибронефролитотрипсия является безопасным методом лечения мочекаменной болезни, обладая сравнительной небольшой частотой развития инфекционных осложнений даже в случаях наличия роста бактериальной флоры в моче. В нашем исследовании выявлено, что риск развития послеоперационных воспалительных осложнений незначительно выше у группы пациентов с выявленным титром микроорганизмов в моче. Для более объективной оценки данных требуется более детальный и длительный анализ.

ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СТАРЕНИЕ КАК ОСНОВА ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

*ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль*

Введение. Увеличение продолжительности жизни и существенное увеличение доли пожилых людей в структуре населения вызывает огромный интерес к изучению фундаментальных механизмов старения и появлению большого количества теорий, объясняющих этот общебиологический процесс. Согласно теории «inflammaging», основой старения является хроническое воспаление низкого уровня без признаков явной инфекции, приводящее к формированию у людей пожилого возраста провоспалительного фенотипа. Последний представляет собой увеличение содержания в крови различных воспалительных медиаторов, приводящее в конечном итоге к фибропластической трансформации тканей, что проявляется функциональным дефицитом органов и, в частности, мочевого пузыря.

Цель работы. Изучить роль низкоуровневого возраст-ассоциированного воспаления как потенциальных факторов клеточной сенесценции в процессе возрастной трансформации детрузора у экспериментальных животных.

Материалы и методы. В эксперименте использовались две группы лабораторных животных: группа 1 (30 месячные беспородные белые крысы, n=10) и группа 2 (10 месячные беспородные белые крысы, n=10). В крови и гомогенате мочевого пузыря определялись маркеры низкоуровневого возраст-ассоциированного воспаления (TNF- α , IL-6, IL1RA) и маркеры фибропластической трансформации (профибротические цитокины - TGF beta 1 и CTGF).

Результаты. Средние значения всех показателей низкоуровневого возраст-ассоциированного воспаления, определяемых в крови у старых животных (группа 2) были значительно выше в сравнении с группой молодых животных (группа 1) и во всех случаях достигали

статистически значимого уровня различия ($p < 0,05$). Аналогичная статистически достоверная разница между группами молодых и старых крыс выявлена в стенке мочевого пузыря.

Анализ данных раздельного изучения профибротического статуса, выявил, что средние значения всех изучаемых профибротических цитокинов, определяемых в крови у пожилых крыс (группа 1) были значительно выше в сравнении с группой молодых крыс (группа контроля) и во всех случаях достигали статистически значимого уровня различия ($p < 0,05$). В гомогенате мочевого пузыря зафиксирована аналогичная статистически достоверная разница между группами молодых и пожилых крыс.

Выводы. Повышение провоспалительных и профибротических цитокинов, вероятно являются одними из значимых факторов процесса сенесценции мочевого пузыря, тем самым подтверждая актуальность теории воспалительного старения (inflamm-aging).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ

Наджимитдинов Я.С., Саидахмедов А.С., Абдукаримов О.О.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ), являясь наиболее распространенной патологией в условиях Узбекистана, нередко является причиной различных осложнений. Инфекцию мочевого тракта выявляют в более чем 50% больных с конкрементами расположенными в мочевом тракте. Пиелонефрит у подобной категории пациентов протекает латентно, из-за пониженного иммунитета, однако в некоторых случаях является причиной гнойных осложнений, которые приводят к сепсису. Цель- изучить частоту гнойных осложнений при нефролитиазе, которые сопровождалась септическим состоянием пациентов и требовали экстренного вмешательства.

Материалы и методы. За период с января 2016 по декабрь 2023 года с обострением пиелонефрита обратилось 234 пациента. Средний возраст пациентов составил $14,6 \pm 3,6$ лет (от 12 до 18 лет). Мальчиков было 201 (86%), девочек- 33 (14%). Все больные поступили в тяжелом состоянии и при обследовании выявлены признаки сепсиса. Всем больным выполнены: анализ мочи (бактериологическое исследование мочи выполнено при наличии бактериурии), биохимические и клинические исследования крови, с лейкоформулой; ультразвукография мочевого тракта. Для определения размера и места расположения камня выполнена обзорная и внутривенная экскреторная урография (с целью выяснения функционального состояния почек). Средний размер камня, расположенного с одной стороны, составил $3,9 \pm 0,3$ см.,

Результаты. Коралловидный камень обнаружен в 191 (82%) случаев, коралловидный и множественные камни у 28 (12%) пациентов и только у 15 (6%) больных был одиночный конкрементов, который располагался в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента, проводя к обструкции. Во всех случаях по данным ультразвукографии было выявлено значительное расширение полостей почки (содержимое с включениями), в 79 (34%) обнаружен паранефрит. По данным внутривенной экскреторной урографии только в 12% случаях функция почки было сохранена. *E. coli*, по данным бактериологического исследования «пузырной» мочи, выявлена у 182 (78%) больных, *Klebsiella pneum.* - 28 (12%) пациентов и в 14 (10%) случаях моча была

стерильной, несмотря на наличии пиурии. Следует заметить, что только в 30 (13%) случаях отягощающим фактором был сахарный диабет. Нефрэктомия в экстренном порядке выполнена у 219 (94%) больных, при этом в 8 (18%) случаях выявлен кишечно-почечный свищ. Декомпрессия полостей почки произведена остальным 15 пациентам. Однако, несмотря на эвакуацию гнойного содержимого полостей почки, состояние 12 больных не улучшилось (гипертермия не купировалась, лейкоцитарный сдвиг крови сохранялся) в связи, с чем больные были подвергнуты органосохраняющей операции. Только в трех случаях, после ликвидации острого гнойного процесса в почке, выполнено эндоскопическое вмешательство и удалены камни.

Выводы. У больных с нефролитиазом, как правило при наличии коралловидных и множественных камнях, в тех случаях когда сохранена функция контралатеральной почки, осложненным острым гнойным пиелонефритом (паранефритом) и сепсисом методом выбора является нефрэктомия. Декомпрессию полостей почки, у этой категории пациентов, следует применять с осторожностью, ее эффективность оценивать в короткие сроки и при отсутствии динамики воспалительного процесса в почке целесообразно прибегнуть к органосохраняющей операции.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Попов С.В.^{1,2,6}, Гусейнов Р.Г.^{1,2,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.^{1,2}, Буненков Н.С.^{1,5},
Лелявина Т.А.^{1,7}, Бештатов А.Х.³, Малышев Е.А.³*

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

²ЧОУВО «СПбМСИ», Санкт-Петербург, Россия

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

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт группа имени А.А. Смородинова», Санкт-Петербург, Россия

⁵ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

⁶Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

⁷ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время вопрос о необходимости в периоперационной антибиотикопрофилактике при урологических операциях остается дискуссионным в силу недостаточности базы данных, которые доказывали бы целесообразность обязательного применения антибиотиков для предупреждения развития инфекционных осложнений при хирургическом лечении заболеваний урологического профиля.

Материалы и методы. Анализ встречаемости фебрильной температуры, лейкоцитоза, повышения концентрации в сыворотке крови С-реактивного белка, бактериурии в раннем периоде после различных урологических вмешательств (n=1623), выполненных у мужчин и женщин из группы 1 (n=771) с применением периоперационной антибиотикопрофилактики (цефтриаксон, вводимый внутривенно за один час до начала вмешательства в обычной терапевтической дозе, равной 2 гр. или без использования препарата у пациентов из группы 2 (n=852) на базе отделения урологии Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки.

Результаты. У пациентов урологического профиля, пролеченных хирургически, появление в раннем послеоперационном периоде бактериурии, фебрильной температуры, лейкоцитоза, повышенного уровня СРБ в сыворотке крови наблюдалось только в единичных случаях с частотой встречаемости, статистически значимо не различающейся между группой 1, где больным за 1 час до начала операции вводили внутривенно 2 гр цефтриаксона, и группой 2, участникам которой перед вмешательством введение препарата не проводилась. В обеих группах на результаты исследования не влияли продолжительность вмешательства и отягощенность анамнеза заболеваниями, способствующими развитию инфекционных осложнений (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, ХОБЛ, ожирение).

Выводы. По-видимому, вопрос о показаниях к периоперационной антибиотикопрофилактике при хирургическом лечении пациентов с различными заболеваниями урологического профиля остается пока открытым, а проведение дальнейших исследований в этом направлении сохраняет свою актуальность.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОСТАНОРМ® НА ПЕРСИСТЕНТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ

Кузьмин М.Д., Пашинина О.А.

*ФГБУН Оренбургский федеральный исследовательский центр Уральского отделения
Российской академии наук, Оренбург, Россия*

Все чаще в комплексной терапии хронического бактериального простатита применяют лекарственные препараты растительного происхождения. Установлено, что подавление препаратом персистентных свойств возбудителя затрудняет его персистрирование, и тем самым повышает эффективность лекарственных воздействий (Бухарин О.В., 2016). В последние годы появилось множество сообщений о целесообразности применения растительного препарата ПростаНорм®, терапевтические эффекты которого экспериментально подтверждены в многочисленных исследованиях.

Цель исследования – охарактеризовать влияние препарата ПростаНорм® на персистентный потенциал микроорганизмов, выделенных из секрета простаты больных хроническим бактериальным простатитом.

Материалы и методы. Исследован официальный фитопрепарат ПростаНорм® (экстракт жидкий для применения внутрь) ООО НПО «ФармВИЛАР» (Россия), содержащий природные растительные компоненты травы зверобоя, травы золотарника канадского, корней солодки, корневищ и корней эхинацеи пурпурной, этанол 50% в качестве экстрагента. Клинические штаммы, выделенные из секрета простаты больных хроническим бактериальным простатитом: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*, *Enterococcus faecalis*.

Видовую принадлежность микроорганизмов оценивали с помощью масс-спектрометра MALDI-TOF серии Microflex (Bruker Daltonics, Германия), идентификацию микроорганизмов с расчетом коэффициента достоверности проводили с использованием программного обеспечения Maldi BioTyper 3,0.

Влияние. ПростаНорма® на персистентные свойства микроорганизмов изучали с помощью оригинальной методики, заключающейся в сокультивировании 1 мл микробной взвеси в физиологическом растворе с 1 мл фитопрепарата ПростаНорм® в 2 мл питательного бульона при 37°C в течение 2 часов. Способность образовывать биопленки (БПО) определяли по O. Toole G. с соавт. (2000), антилизоцимную активность (АЛА) микроорганизмов определяли фотометрическим методом по методике O.В. Бухарина (1999). Антицитокиновую активность (АЦА) в отношении IL4, IL6, IL8, TNF α и IL17A определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) по известной методике O.В. Бухарина с соавт. (2011) в модификации с использованием наборов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург).

Эффект регуляции факторов персистенции микроорганизмов является существенным, если под воздействием ПростаНорма® происходило снижение их уровня на 40-60% и более, умеренный ингибирующий эффект регистрировался при снижении экспрессии факторов персистенции на 20-40%.

Результаты. В ходе проведенных исследований установлено выраженное однонаправленное ингибирующее действие ПростаНорма® как распространенность, так и на выраженность АЛА условно-патогенных микроорганизмов и их способность формировать биопленки.

Так выявлена потеря способности инактивировать лизоцим у половины изученных штаммов коагулазонегативных стафилококков (*S. haemolyticus* и *S. epidermidis*) и *E. faecalis*, 30% культур *E. coli* и *S. aureus*.

При этом под действием препарата ПростаНорм® отмечено максимальное подавление АЛА у штаммов стафилококков: на 72% у *S. haemolyticus*, на 80,9% у *S. epidermidis* и 81,5% у *S. aureus*. В меньшей степени (на 65,9%) ПростаНорм® ингибировал способность к инаktivации лизоцима у *E. faecalis*, умеренный ингибирующий эффект препарата регистрировался у *E. coli*

Способность формировать биопленки была утрачена у 100% изолятов *S. haemolyticus*, 50% штаммов *S. aureus*, *S. epidermidis* и *E. faecalis*, а так же 30% культур *E. coli*. Под действием ПростаНорма® отмечено снижение БПО у остальных изученных культур стафилококков разных видов и энтерококков в среднем на 15%.

Установлено разнонаправленное влияние ПростаНорма® на способность клинических штаммов инактивировать цитокины IL4, IL6, IL8. Максимальное подавление (на 58%) АЦА в отношении IL6 под действием ПростаНорма® отмечено у эпидермального стафилококка, на 38% снизилась выраженность АЦА в отношении IL8 у *S. epidermidis* и *S. haemolyticus*.

При этом ПростаНорм® оказывал однонаправленное ингибирующее действие на АЦА в отношении TNF α и IL17A у всех изученных микроорганизмов. У *S. aureus* выявлено достоверное снижение АЦА в отношении TNF α и IL17A на 63% и 84%, у *S. haemolyticus* – на 32% и 46%, у *S. epidermidis* на 46 и 38% соответственно, умеренный ингибирующий эффект активности отмечен у *E. faecalis* – на 27% и 40%, так же умеренный ингибирующий эффект (на 27–29%) ПростаНорм® оказывал на выраженность АЦА в отношении IL4, IL8, TNF α у изолятов *E. coli* и 44% на АЦА в отношении IL17A.

Заключение. Полученные данные позволяют объяснить один из возможных механизмов фармакологической активности ПростаНорма® способностью однонаправленно снижать факторы персистенции условно-патогенных микроорганизмов и тем самым способствовать их элиминации.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СИМПРАЗОЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ

Костюченко Д.О.

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», г. Пенза

Введение: В структуре онкологических заболеваний рак предстательной железы (РПЖ) выходит на 3-е место после рака легкого и желудка. По величине прироста в России (31,4%) РПЖ занимает 2-е место после меланомы кожи (35,0%). Для диагностики РПЖ основным методом является трансректальная биопсия простаты, которая может приводить к острому простатиту, острому эпидидимиту, сепсису.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Симпразол 500+500 мг производства ООО ПАНБИО ФАРМ в качестве профилактики гнойно-инфекционных осложнений у пациентов после трансректальной биопсии простаты. Симпразол 500+500 мг это комбинация Ципрофлоксацина 500 мг и Орнидазола 500 мг.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 18 пациентов с подозрением на РПЖ в возрасте от 52 до 74 лет (средний возраст 68 лет). Уровень ПСА крови 4.9 – 17.7 нг/мл. Объем простаты 23.8 – 108.6 мл (средний объем 54.8). Объем остаточной мочи до 53.0 мл. Из дополнительных обследований: общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи (ОАМ) без воспалительных изменений. Признаков хронической почечной недостаточности, сахарного диабета не было; мочеиспускание самостоятельное.

Все пациенты за 2 дня до биопсии простаты начинали прием препарата Симпразол 500+500 мг по 1 таб. 2 р/сут. в течение 10 дней. В день биопсии пациенты выполняли очистительную клизму. Биопсия выполнялась амбулаторно трансректально под УЗ-контролем по 5 столбиков из каждой доли. Контроль ОАК, ОАМ, термометрия проводились на 3, 7 и 14 сутки после биопсии.

Результаты. По результатам контрольных визитов у одного пациента 66 лет (5.6%) отмечалась гипертермия до 37.4 С на первом визите. Лейкоцитоз в общем анализе крови составил $11.2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг до 8%; общий анализ мочи без изменений. Посев мочи роста не дал. УЗИ мочевого пузыря без патологии, признаков задержки мочи не было. Наружные половые органы без особенностей. Отмечалась болезненность при пальпации предстательной железы. Все выше изложенное было расценено как обострение хронического простатита. Назначенное лечение продолжено. На втором визите гипертермии не было. ОАК – лейкоциты $8.9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг 3%; ОАМ – норма.

Побочные действия: диспепсия у 1 пациента (5.6%); слабость, сонливость у 1 пациента (5.6%). Выше указанные побочные явления не повлияли на продолжение приема препарата. Аллергических реакций не отмечалось.

Выводы. Препарат Симпразол 500+500 мг показал свою эффективность в качестве профилактики гнойно-воспалительных осложнений после трансректальной биопсии простаты. А малый процент побочных явлений позволяет рекомендовать его в качестве профилактики при выполнении данного исследования.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ЦИТОКИНОВЫЕ РЕАКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Шорманов И.С.¹, Соловьёв А.С.¹, Азизов М.И.², Щедров Д.Н.¹, Жигалов С.А.¹, Можав И.И.³

¹ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава РФ, Ярославль;

²ГАУЗ ЯО «Клиническая больница №9», Ярославль;

³ГБКUZ ЯО «Центральная городская больница», Ярославль.

Актуальность. Хронический простатит – самое частое воспалительное заболевание половых органов у мужчин. При этом, 85–90% случаев заболевания относят к абактериальным. Хронический абактериальный простатит (ХАП) остаётся не до конца понятным заболеванием с точки зрения доказанных патогенетических механизмов. Современные работы трактуют его, как нозологию, в основе которой лежат множественные нарушения гомеостаза, где основная роль отводится цитокиновому асептическому воспалению.

Цель: изучить особенности цитокинового статуса при экспериментальном воспроизведении моделей хронического абактериального простатита.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 100 особях самцов белых крыс, 25 из которых составили контрольную группу, а оставшиеся животные – разделены на 3 равные группы для выполнения моделирования различных патологических состояний. В первой группе создавали модель ХАП, формировавшегося в течение 3 месяцев. Во второй – моделирование хронического системного стресса в течение 1 месяца при интактной простате. В третьей серии опытов у животных сначала создавалась экспериментальная модель ХАП в течение 3 месяцев, а в течение следующего месяца – модель хронического стресса. Моделирование ХАП производилось по методу Алешина Б.В. (1977). Для создания хронического стресса применяли методику Коломейцевой И.А. (1988). По окончании эксперимента производили забор крови и удаляли простату, из которой получали гомогенат. Данные субстраты использовали для определения уровней про- (ИЛ-8) и противовоспалительного цитокина (ИЛ-10) – методом ИФА.

Результаты. Исследование цитокинового статуса показало, что: в 1-й группе содержание цитокинов крови достоверно не отличались от контроля; у животных 2-й группы отмечалось достоверное синхронное повышение уровня как ИЛ-8, так и ИЛ-10 на 28,5% и 22% соответственно; у животных 3-й группы уровень ИЛ-8 достоверно повышался - по сравнению со 2-й группой на 75 %, а по сравнению с контролем – на 125 %. При этом, уровень ИЛ-10 по сравнению с контролем повышался только на 5,7%, а по сравнению со 2-й группой достоверно снижался на 1,5 %.

При оценке локальных изменений обмена цитокинов, наименьшая динамика выявлена у животных 1-й группы. У животных 2-й группы изменения были сбалансированными: уровень ИЛ-8 повышался на 66,7%, а уровень ИЛ-10 на 32,0% от исходного показателя. У животных же 3-й группы в органе наблюдались тяжелые нарушения обмена: уровень ИЛ-8 достоверно увеличился практически в 3 раза по отношению к контролю. При этом, уровень ИЛ-10 достоверно снижался на 25,5% от исходного уровня и на 43,5% от животных 2-й группы.

Т.е., в изолированной модели ХАП выявлены нарушения цитокинового обмена не только в ткани предстательной железы, но и на системном уровне. Модель системного стресса доказала его возможность запускать в ткани простаты нарушения обмена цитокинов, характерные для ХАП. Наиболее тяжелые нарушения гомеостаза на системном и локальном уровнях наблюдались в серии опытов, в рамках которых моделировались как системный стресс, так и локальная модель ХАП.

Выводы. 1. В патогенезе ХАП одну из ключевых ролей играет цитокиновый дисбаланс. 2. Под влиянием стресса в системном кровотоке и ткани неповрежденной простаты развиваются адаптационно-направленные цитокиновые реакции, позволяющие нивелировать последствия стресса, как в отношении системного гомеостаза, так и в отношении метаболизма органа. 3. Простата, пораженная хроническим воспалением, обладает сниженной резистентностью к влияниям системного стресса, что проявляется дисбалансом и деструктивностью цитокиновых реакций в простате и, в меньшей степени, на системном уровне. 4. Системные стресс-индуцированные и органные нарушения гомеостаза, являющиеся патогенетическими факторами ХАП, находятся между собой в тесном взаимодействии и способны к «взаимному отягощению».

ФЕРМЕНТОТЕРАПИЯ ЛОНГИДАЗОЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Мкртчян М.А.

Железноводская клиника ФГБУ СКФНЦК ФМБА России

Хронический простатит (ХП) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний, поражающим мужчин всех возрастов. ХП стоит на третьем месте среди причин обращений к урологам в Российской Федерации, и чаще встречается у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет. Не смотря на это, у современной медицины имеется не так много эффективных вариантов лечения данного заболевания.

Цель исследования. Дополнить и расширить классическое санаторно-курортное лечение больных ХП применением антисклеротической ферментотерапии лонгидазой, тем самым разработать новую методику лечения.

Материалы и методы. В данном исследовании были набраны 74 пациента с ХП, которые методом простой рандомизации были распределены в 2 группы: в группе сравнения ($n=32$) пациентам назначалось стандартизированное санаторно-курортное с антибактериальной терапией (минеральные воды внутрь и наружно, фитомикрোকлизмы, пелоидотерапия, антибиотикотерапия Цефтриаксоном); в основной группе ($n=42$) пациентам дополнительно была проведена периферическая непрямая лимфотропная терапия с антибактериальной и антисклеротическими препаратами (Цефтриаксон и Лонгидаза).

В основной группе отмечалось улучшение уродинамических показателей ($p<0,01$), снижение количества лейкоцитов в секрете простаты ($p<0,01$) и уровня оксипролина в суточной моче ($p<0,01$), восстановление качества жизни ($p<0,01$). При этом положительная динамика была достоверно значимо ($p<0,05$) выше в сравнении с аналогичными показателями в группе сравнения. Оценка эффективности проведена с применением клинико-функциональных

и лабораторных методов исследования. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности комплексной бальнеопелоидо- и лимфотропной терапии у больных хроническим простатитом.

Вывод. Исследования комплексной курортной терапии при ХП с применением природных лечебных факторов Железноводского курорта и непрямой лимфотропной терапии с анти-склеротическим ферментным препаратом Лонгидазой, обеспечивающей восстановление функционального состояния предстательной железы, свидетельствуют о целесообразности проведения данной методики лечения на курорте.

Эректильная дисфункция

МОНИТОРИНГ НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Камалов А.А.^{1,2}, Орлова Я.А.^{1,2}, Чалый М.Е.¹, Охоботов Д.А.^{1,2},
Стригунов А.А.¹, Нестерова О.Ю.^{1,2}

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М. В. Ломоносова»,
Москва, Россия

²Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова,
Москва, Россия

Введение. Известно, что эректильная дисфункция (ЭД) сосудистого генеза напрямую ассоциирована с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, причём чем тяжелее степень ЭД, тем более выражено сосудистое неблагополучие. Объективным методом диагностики ЭД является мониторинг ночных пенильных тумесценций (НПТ), позволяющий провести дифференциальную диагностику психогенной и органической ЭД. Мониторинг НПТ может обеспечить раннее выявление ЭД ещё до появления первых симптомов нарушений эрекции, что будет свидетельствовать о субклиническом поражении сердечно-сосудистой системы

Цель: определение возможностей мониторинга ночных пенильных тумесценций (НПТ) в выявлении ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов – 50 пациентов с подтвержденным диагнозом ИБС и 50 пациентов без ИБС. Оценка качества эрекции проводилась двумя методами – с помощью опросника МИЭФ-15 и с помощью регистратора НПТ «Андроскан МИТ». При мониторинге НПТ оценивались относительный прирост диаметра полового члена (ОП), длительность ночных пенильных тумесценций с ОП больше или равным 30% и 20% соответственно (дНПТ с ОП \geq 30% и дНПТ с ОП \geq 20%).

Результаты. Возраст пациентов в группах был сопоставим, медиана составила 58,0 лет. Для пациентов с ИБС был характерен больший ИМТ, чем для пациентов без ИБС: 29,2 кг/м² и 26,9 кг/м² соответственно (p=0,011). У пациентов без ИБС эректильная функция оказалась лучше, как по результатам опросника МИЭФ-15, так и по результатам мониторинга НПТ. Модель с максимальным коэффициентом детерминации (R² =32,1%), предсказывающая вероятность наличия ИБС включала возраст, ИМТ, ОП и дНПТ с ОП \geq 20%. Шанс наличия ИБС возрастал на 10,5% и 1,6% при снижении ОП на 1% и уменьшении дНПТ с ОП \geq 20% на 1 минуту. Чувствительность и специфичность модели составила 74% и 65,3% соответственно.

Заключение. Мониторинг НПТ является важным инструментом для диагностики сосудистой ЭД. На основании результатов мониторинга НПТ возможно выполнять оценку вероятности наличия ИБС. Параметры мониторинга ночных пенильных тумесценций, а именно дНПТ с ОП \geq 20% и ОП, в отличие от опросника МИЭФ-15 с большей вероятностью позволяют предположить наличие ишемической болезни сердца. Чем ниже ОП и дНПТ с ОП \geq 20%, тем выше вероятность наличия ИБС.

ПОКАЗАТЕЛИ НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ У КОМБАНТАНТОВ

Карпущенко Е.Г., Протоцак В.В., Слепцов А.В., Изловииков Н.Ю., Никулин Е.Ю.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург

Введение. Боевая травма является предрасполагающим фактором к развитию эректильной дисфункции (ЭД) у раненых военнослужащих, что позволяет рассматривать их как группу риска. Травматическая болезнь ведет к значительному снижению показателей ночных пенильных тумесценций (НПТ), что говорит о негативном влиянии сосудистых, психогенных и других факторов на эректильную функцию (ЭФ) комбатантов.

Цель исследования. Оценить влияние боевой травмы на ЭФ у военнослужащих в зависимости от степени тяжести полученных повреждений.

Материалы и методы. В исследование включено 33 военнослужащих, проходящих лечение в клиниках Военно-медицинской академии от 1 до 2 месяцев, в возрасте от 25 до 35 лет. Из них – 10 человек (группа I) – комбатанты, имеющие легкие ранения (по шкале ВПХ-П до 0,4 баллов); 15 человек (группа II), имеющие средние повреждения (по шкале ВПХ-П от 0,5 до 0,9 баллов) и 8 военнослужащих (группа III), имеющих тяжелые ранения (по шкале ВПХ-П более 1,0 балла). Для оценки ЭФ выполнялся мониторинг НПТ с помощью аппарата «Андроскан МИТ» (Россия) во всех группах, с последующим сравнительным анализом. Критериями исключения были пациенты с ранениями органов мочевыделительной системы и травмами сосудов и нервов, ответственных за ЭФ. Согласно Ерковичу А. и соавт. (2021) параметры НПТ в виде увеличения диаметра полового члена от исходного уровня $>30\%$, суммарной продолжительности тумесценции > 60 мин, количество НПТ более 3 эпизодов за период сна были приняты за нормофизиологические. Относительный прирост диаметра полового члена $< 30\%$ и суммарная длительность НПТ с таким приростом < 60 мин рассматривалась, как легкая степень ЭД; относительный прирост диаметра $< 25\%$ и суммарная длительность тумесценции 10–30 мин и более – о средней тяжести клинической компенсации нарушения эрекции. ЭД тяжелой степени на эректограмме характеризуется относительно малым приростом диаметра полового члена ($< 20\%$) или длительностью НПТ < 10 мин.

Результаты. Признаков нарушения ЭФ по данным НПТ не наблюдалось у 5 пациентов (4 из I группы, 1 из II группы). Легкая степень ЭД выявлена у 12 пациентов (5 из I группы, 7 из II). 13 комбатантов имели среднюю степень ЭД (1 из I группы, 7 из II, 5 из III). Признаки тяжелой степени ЭД обнаружены у 3 военнослужащих (все 3 из III группы). С помощью критерия ранговой корреляции Спирмена между степенью ЭД и тяжестью ранения выявлена прямая, статистически значимая корреляционная связь ($p < 0,05$).

Выводы. Снижение показателей НПТ напрямую зависит от тяжести полученных повреждений, что, обусловлено не только психогенными и сосудистыми факторами, но и гиподинамией, приводящей к венозному полнокровию органов малого таза. Таким образом, создание индивидуальных подходов к профилактике и лечению ЭД посредством пенильной реабилитации, включающей ЛФК, ФТЛ, медикаментозную терапию у военнослужащих является актуальной проблемой.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАДАЛАФИЛА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПОЗВОНОЧНО- СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ханалиев Б.В., Косарева Д.В., Толкунова Л.В., Тевлин К.П.

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

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) – одна из наиболее частых патологий у пациентов после перенесенной позвоночно-спинномозговой травмы. Несмотря на то, что ЭД не влияет на продолжительность жизни, она существенно ухудшает качество жизни. Согласно рекомендациям ассоциаций урологов, 1-я линия терапии включает пероральный прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5). Нейрогенная ЭД – наиболее трудно поддающаяся консервативному лечению форма ЭД, однако при даже при частичной сохранной иннервации полового члена ИФДЭ-5 обладают определенной эффективностью.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование с период с 2020 г. по 2023 г. В исследование включены 50 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 50 лет, перенесших тяжелую позвоночно-спинномозговую травму на уровне С2-Т11. Обязательным критерием включения было: частичная сохранная иннервация полового члена; сохранность чувствительности аногенитальной зоны; тяжелая позвоночно-спинномозговая травма в анамнезе не менее 1 года; отсутствие использования другого лечения ЭД в течение как минимум 4 недель до начала исследования; отсутствие патологической гиперактивности детрузора и автономной дисрефлексии (медикаментозно скорректированы либо отсутствовали). Пациентам назначался препарат тадалафил 5 мг ежедневно в течение 28-30 дней с последующей отменой, до назначения препарата и через 1 месяц после отмены приема препарата больные заполняли опросник МИЭФ.

Результаты. 31 пациент (62%) отметили улучшение своей сексуальной активности после курса приема препарата тадалафил с последующей отменой через 1 месяц. Эрекция была достаточной для совершения полноценного полового акта (ПА), также пациенты не испытывали проблем с сохранением эрекции на протяжении всего ПА. Кроме этого, было установлено, что на фоне длительного приема тадалафила частота побочных эффектов со временем существенно снижалась. Согласно опроснику МИЭФ средний балл до начала лечения составлял 7 баллов, после проведения лечения – 18 баллов. 19 пациентов (38%) отметили снижение эффективности проведенного лечения после отмены препарата. В этом случае был рекомендован ситуативный прием препарата тадалафил в больших дозировках (20-25 мг).

Выводы. Таким образом, тадалафил эффективен у части пациентов с травматическим повреждением спинного мозга. В настоящий момент исследование продолжается.

КОРРЕКЦИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Епифанова М.В.¹, Костин А.А.¹, Артеменко С.А.¹, Епифанов А.А.²

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

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Актуальной проблемой остается поиск новых патогенетических методов коррекции эректильной дисфункции (ЭД). Цель исследования: оценка эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) в лечении эректильной дисфункции васкулогенного генеза.

Материалы и методы. В открытом, проспективном, неконтролируемом исследовании приняли участие 164 мужчины, которых случайно распределили на 2 группы. В 1 группе (n=82) средний возраст составил 40,1 год (20–69), длительность ЭД – 4,1 год (0,5–19). Пациенты первой группы получали лечение ЭУВТ на половой член (ПЧ) (Dornier Aries) дважды в неделю на протяжении шести недель. Во второй группе (n=82) средний возраст составил 45,6 лет (19–71), длительность ЭД – 3,7 лет (0,5–16). Пациенты второй группы осуществляли два визита в неделю на протяжении шести недель. В первый визит выполняли ЭУВТ на ПЧ и инъекции АОТ в ПЧ, в конце сеанса активировали АОТ с помощью ЭУВТ, во второй визит – ЭУВТ на ПЧ. Обследование всех пациентов проводилось на 0 и 60 дни исследования (медиана (IQR%): МИЭФ-5, профиль половых отношений (ППО), шкала твердости эрекции (ШТЭ), GAG, общий тестостерон крови, ФДГ сосудов ПЧ с аналогом ПГЕ1. Полученные значения считали статистически значимыми при $p < 0,05$, использовался критерий Уилкоксона. Исследование одобрено этическим комитетом Медицинского института РУДН.

Результаты. Вначале будут представлены результаты в группе 1. МИЭФ-5 с 13,1 балла (9,-19,1) увеличился до 20,2 балла (15,9-22,6) ($p < 0,001$). ППО увеличился с 2,4 баллов (1–3) до 3 баллов (2–4) ($p < 0,001$). ШТЭ возросла с 1,2 баллов (1–2) до 3 баллов (2,4–3) ($p < 0,001$). По данным ФДГ PSV с 15,5 см/с (11,6-24,5) увеличилась до 25,8 см/с (20,2-28,9) ($p < 0,001$). RI с 0,69 (0,7–0,9) увеличился до 0,91 (0,81–1) ($p < 0,05$). По GAG 55 (67%) пациентов отметили положительный эффект от лечения. Общий уровень тестостерона увеличился с 13,0 нмоль/л (9,0–18,6) до 15,72 нмоль/л (11,3-19,7) ($p > 0,05$). Далее следуют данные по группе 2. МИЭФ-5 с 12,6 баллов (10-16) увеличился до 19,6 баллов (17-23) ($p < 0,001$). ППО с 2 баллов (1,5–3) возрос до 3,8 баллов (3–4) ($p < 0,001$). ШТЭ изменилась с 2 баллов (1–2) до 3 баллов (3-4) ($p < 0,001$). PSV с 16,5 см/с (12,7–23,1) увеличилась до 28 см/с (23,3-34,9) ($p < 0,001$). RI с 0,76 (0,65-1) возрос до 1 (0,88–1) ($p < 0,05$). По GAG 68 (82,9%) пациентов отметили положительный эффект от лечения. Общий тестостерон крови возрос с 14,01 нмоль/л (9,6–23,7) до 16,9 нмоль/л (12,8–22,5) ($p > 0,05$). Межгрупповой анализ демонстрирует, что комбинированная терапия (группа 2) более эффективно улучшает эректильную функцию по данным ППО, ШТЭ, ФДГ сосудов полового члена ($p < 0,05$). МИЭФ-5 значимо не отличался между группами.

Заключение. Терапия всеми пациентами переносилась удовлетворительно. ЭУВТ и комбинация АОТ с ЭУВТ являются эффективными методами коррекции ЭД. АОТ в комбинации с ЭУВТ является более перспективной терапией из-за значимо большей эффективности.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Шашин М.Н.

Клиника «Практика здоровья», Москва

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) представляет собой актуальную медико-социальную проблему, затрагивающую специалистов разного профиля. Лечение ЭД должно быть не только симптоматическим, но и этиотропным. Один из вариантов симптоматического лечения – комплекс Эделим. Целью исследования является оценка эффективности препарата Эделим в отношении ЭД, возникшей на фоне метаболического синдрома.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, в которое включили 20 пациентов в возрасте 49 ± 11 лет с жалобами на нарушения эрекции. Все пациенты принимали препарат Эделим по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев. До и после приема оценивались следующие показатели: оценка выраженности эректильной функции по шкале МИЭФ-5, масса тела, окружность живота, артериальное давление, биохимический анализ крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, глюкоза натощак).

Результаты. На фоне 3 месяцев приема Эделима были отмечены статистически значимые улучшения. Согласно МИЭФ-5 эректильная функция улучшилась на 30%: количество баллов увеличилось с 12 до 17 баллов ($p < 0,05$).

Медианные значения веса и окружности живота уменьшились: с 98,25 кг до 96,9 кг ($p < 0,05$) и с 104,05 см до 99,2 см ($p < 0,05$) соответственно. Артериальное давление в среднем снизилось с 131/83 мм.рт.ст. до 128/78 мм.рт.ст., но статистически незначимо, уровень общего холестерина в среднем снизился на 9,3% с 6,12 ммоль/л до 5,55 ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП снизились с 4,74 ммоль/л до 4,21 ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПВП повысились до нормальных значений с 0,86 ммоль/л до 1,09 ммоль/л ($p < 0,05$), триглицериды снизились с 2,52 ммоль/л до 2,22 ммоль/л ($p < 0,05$), уровень глюкозы натощак снизился с 6,00 ммоль/л до 5,64 ммоль/л ($p < 0,05$).

Заключение. Исходя из результатов наблюдательного исследования можно сделать вывод, что прием Эделима не только улучшает эректильную функцию, но и влияет на метаболический синдром.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИДЕТРУЗОРНОГО ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Ханалиев Б.В., Косарева Д.В., Толкунова Л.В., Алиев Т.А.

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

Введение. В последнее десятилетие внутримышечное введение ботулотоксина нашло широкое применение в лечении симптомов гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) у пациентов,

рефрактерных к консервативной терапии, и часто применяется в группе пациентов, у которых причиной нарушений функции нижних мочевых путей (НМП) послужила спинальная травма. Мужчины, перенесшие повреждение спинного мозга, также в той или иной степени страдают от расстройств эректильной функции (ЭФ), что значительно снижает качество жизни. Целью исследования является изучение роли внутридурального введения ботулинического токсина типа А в улучшении ЭФ у мужчин после тяжелых позвоночно-спинномозговых травм (ТПСМТ).

Материалы и методы. Было проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование в период с января 2020 г. по июль 2023 г. В исследование было включено 50 пациентов мужского пола, трудоспособного возраста (18-45 лет) с ТПСМТ в анамнезе (уровень поражения С2-Тн11). У всех пациентов диагноз ГАМП был подтвержден с помощью комплексного уродинамического исследования, наблюдались симптомы вегетативной дисрефлексии (ВД). Критериями включения также являлись сохранная чувствительность в аногенитальной области и снижение ЭФ за счет психогенного компонента (страх «потери» мочи во время полового акта). При первичной госпитализации пациентами заполнялся опросник МИЭФ-5 для оценки ЭФ и выполнялось внутридуральное введение ботулинического токсина типа А в дозировках, согласно клиническим рекомендациям. При повторной госпитализации через 3-6 месяцев пациенты так же заполняли опросник МИЭФ-5 для оценки эффективности оперативного лечения.

Результаты. По результатам проведенного исследования у 43 пациентов (86%) отмечено увеличение сексуальной активности в целом, эрекция была достаточной для проведения полового акта (ПА) и оставалась сохранной на всем его протяжении, а также увеличилась продолжительность ПА. После оперативного лечения пациенты отметили полное избавление от страха «потери» мочи и уменьшение признаков ВД (повышение артериального давления, «мурашки», липкий пот). Таким образом, до оперативного лечения количество баллов по опроснику МИЭФ-5 находилось в диапазоне от 5 до 11 (выраженная ЭД, либо ЭД умеренной тяжести), после оперативного лечения показатель повысился до 18-21 балла, что соответствует ЭД легкой степени тяжести, либо ее отсутствию. У 7 пациентов (14%) эффект от внутридурального введения ботулотоксина типа А был достигнут относительно симптомов НМП и качества континенции, но ввиду выраженной ВД, пациенты отказались от половой жизни.

Выводы. Внутридуральное введение ботулотоксина типа А способствовало улучшению ЭФ в группе пациентов, не получавших медикаментозной терапии, как за счет устранения симптомов ГАМП, так и устранения психогенного компонента. В настоящий момент исследование продолжается.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИЕМА ТАДАЛАФИЛА ПО СРАВНЕНИЮ С ПРИЕМОМ ПО СИТУАТИВНОЙ ПОТРЕБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г., Алиев Т.А., Алиев У.А., Джафаров Р.Н.

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

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) – это неспособность достижения или поддержания эрекции, необходимой для полового акта. В современной урологической практике

возможно выполнить коррекцию данного состояния, не прибегая к хирургическому вмешательству. В данной работе мы хотели провести сравнительную оценку двух режимов приема тадалафила: в терапевтической дозировке в режиме терапии – по 5 мг 1 раз в сутки, по ситуативной потребности 20 мг.

Материалы и методы. Выполнено одноцентровое ретроспективное наблюдательное исследование, проведенное в 2018–2023 гг. В исследование включено 200 мужчин с ЭД в возрасте от 60 до 75 лет. При этом в первую группу пациентов было включено 100 мужчин, принимающих тадалафил в терапевтической дозе 5 мг 1 раз в сутки. Во вторую группу включено 100 мужчин, которые принимали ингибитор фосфодиэстеразы-5 исключительно ситуативно в дозировке 20 мг однократно (не более 3 раз в неделю). Пациенты, перенесшие оперативные вмешательства на предстательной железе исключены из групп наблюдения. Оценка качества эректильной функции проводилась с помощью опросника МИЭФ-5. Проводилась повторная оценка качества эрекции через 3 и 6 месяцев после начала приема тадалафила. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов первой группы через 3 месяца отмечено повышение баллов по опроснику МИЭФ-5 на 7,2 балла (± 3) балла, при этом пациенты данной группы отмечали учащенные спонтанные эрекции в утренние часы. По истечению 6 месяцев, пациенты данной группы отметили стойкое сохранение терапевтического эффекта. У пациентов второй группы через 3 месяца также отмечено повышение баллов по опроснику МИЭФ-5 до 2,4 балла (± 2 балла), через 6 месяцев у данной группы отмечено некоторое снижение терапевтического эффекта – увеличение на 1,3 балла ($\pm 0,7$ баллов) от исходного показателя. Пациенты второй группы по большей степени отмечали эффективность тадалафила лишь в дни приема. **ВЫВОДЫ** Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о преимуществе ежедневного приема тадалафила в дозировке 5 мг в сутки, над ситуативным приемом препарата в дозировке 20 мг для достижения улучшения качества эрекции. Ежедневный прием тадалафила приносил более выраженную терапевтическую пользу при более благоприятном профиле побочных эффектов, при этом эффективность препарата не снижалась с течением времени.

СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ

Шахраманян В.А

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци (Армения, Ереван)

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТООН) – одна из наиболее часто встречающихся форм сексуального расстройства, чаще у мужчин, вследствие неправильной оценки собственных возможностей или при переоценке случайной неудачи – развивается состояние тревожного ожидания повторения этой ситуации.

В зарубежной литературе синдром встречается под названием *Fear of Sexual Failure* – *страх сексуальной неудачи*. В Международном классификаторе болезней нарушение выделено под кодом F40 как *тревожное фобическое расстройство* и F42 как *вариант обсессивно-компульсивного расстройства*.

СТОСН – типичное психосоматическое заболевание, при котором малейшее внимание к гениталиям сразу же ведет к паническому страху и полностью парализует их нормальные природные функции. Это психогенное расстройство сексуальной функции, которое характеризуется тревогой и страхом и формируется у мужчины после одной или нескольких ситуационно обусловленных неудачных попыток совершить половой акт. Этому часто способствуют мнительность, нерешительность, склонность к всевозможным опасениям, а также другие личностные особенности, предрасполагающие к возникновению тревожных сомнений в своих силах и опасений вновь потерпеть фиаско.

Типичен следующий стереотип развития расстройства: ситуационно обусловленные сексуальные неудачи порождают у мужчины сомнения в своих силах, приводя к гиперконтролю очередной близости. Пытаясь усилить эрекцию, он начинает сознательно контролировать своё половое возбуждение, выступая в роли наблюдателя за своими сексуальными реакциями, а также поведением партнерши и, фактически, диссоциируясь от ситуации половой близости, которая в норме предполагает максимальную чувственную вовлеченность. Сексуальная активность утрачивает спонтанность и естественность, необходимые для возбуждения и эрекции. При этом мысли о возможной неудаче при коитусе воплощаются в действительность, за счет функциональных нарушений генитального кровотока при возникновении тревоги. Новые срывы приводят к усилению тревоги и навязчивых опасений потерпеть неудачу, формируя классический «порочный круг». В последующем страх нового фиаско блокирует возбуждение и связанные с ним генитальные реакции ещё на ранних этапах близости. Позднее уже при одной мысли о предстоящей интимной встрече может возникать панический страх снова оказаться несостоятельным как мужчина, постепенно нарастает убежденность в своей сексуальной неполноценности, что, нередко, вынуждает таких пациентов полностью исключить для себя любые сексуальные контакты (формируется стойкая коитофобия с отказом от партнерского секса). Каждая последующая близость начинает вызывать у мужчины сильное беспокойство, которое за счет выброса в кровь адреналина, обладающего сосудосуживающим эффектом, препятствует возрастанию генитального кровотока до уровня, необходимого для возникновения устойчивой эрекции.

С учетом психосоматических механизмов, приводящих к потере эрекции (фактически, речь идет о возникновении своеобразной региональной вегето-сосудистой дистонии на фоне сильной тревоги по поводу собственной мужской несостоятельности) нами предложена интегральная модель лечения СТОСН, включающая психотерапию, фармакотерапию и физиотерапию.

Гормональный статус

ГОРМОН-ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ЯИЧЕК

Карпущенко Е.Г., Протоцак В.В., Андреев А.А., Скляр М.Е.

Введение. Для мирного времени билатеральная травматическая ампутация яичек явление крайне редкое. В период ведения боевых действий число пострадавших с такой патологией также не имеет широкого распространения, однако этим немногочисленным мужчинам, особенно молодого возраста по медицинским показаниям требуется проведение гормон-заместительной терапии препаратами тестостерона.

Цель исследования. Выявить достоинства и недостатки различных форм препаратов тестостерона при гормон-заместительной терапии у мужчин после билатеральной травматической ампутации яичек.

Материалы и методы. В исследование включено 10 мужчин с первичным приобретенным гипогонадизмом вследствие травматической ампутации обоих яичек. Средний возраст составил $35 \pm 7,4$ лет. В зависимости от получаемого препарата пациенты разделены на три группы: первая ($n=2$) ежедневно получала 50 мг тестостерона в виде геля для кожного применения («Андрогель»), вторая ($n=5$) внутримышечно 250 мг тестостерона один раз в 28 дней («Омнадрен») и третья группа ($n=3$) внутримышечно 1000 мг тестостерона один раз в 3 месяца («Небидо»). Период наблюдения составил 6 месяцев. Контрольные обследования в виде оценки уровня общего тестостерона в плазме крови, общесоматического статуса проводились 1 раз в месяц, оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 один раз – на 6 месяц наблюдения.

Результаты. Средние показатели уровня тестостерона в группах составили: первая – $6,3 \pm 0,5$ нмоль/л, вторая – $7,5 \pm 0,8$ нмоль/л и в третьей $6,9 \pm 1,1$ нмоль/л. Статистически значимой разницы между группами выявлено не было ($p > 0,05$). Средние значения суммарного балла качества жизни между второй и третьей группами не отличались и составили 39,4 и 40,2 соответственно ($p > 0,05$). Средний суммарный балл качества жизни в первой группе значимо отличался от второй и третьей и составил 45,1 ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, все три препарата для гормон-заместительной терапии показали примерно одинаковый уровень общего тестостерона в крови пациентов. В тоже время уровень качества жизни по данным опросника SF-36 в группе мужчин, получавших 50 мг тестостерона ежедневно, оказался выше. Это может объясняться механизмом действия этой формы лекарственного препарата, а именно быстрым подъемом концентрации общего тестостерона в крови до физиологических величин. Тем не менее выделение преимуществ и недостатков использования того или иного тестостеронсодержащего препарата формирует позицию необходимости индивидуализированного подхода для гормон-заместительной терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ С ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН

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

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

²Клиника «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль

Введение. Ассоциированное с возрастом повышение сывороточного уровня глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) рассматривается как один из факторов, приводящих к развитию мужского гипогонадизма.

Цель исследования: изучить взаимосвязи между концентрацией глобулина, связывающего половые гормоны в сыворотке крови, возрастом мужчины, уровнем общего и свободного тестостерона крови.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное поперечное исследование. Проанализированы результаты лабораторных исследований 162 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 56 лет (медиана - 34 года). Уровень общего тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа (ИХЛА). Уровень свободного тестостерона определяли расчетным методом по Vermeullen. Статистический анализ проводили с использованием SPSS Statistics v23.

Результаты. Корреляционный анализ не выявил достоверной взаимосвязи между возрастом и уровнем ГСПГ, а также между возрастом и уровнем общего тестостерона. Сывороточная концентрация ГСПГ показала достоверную ($p < 0,001$) сильную положительную ($r = 0,61$) корреляцию с уровнем общего и достоверную ($p = 0,042$), но очень слабую ($r = 0,162$) корреляцию с уровнем свободного тестостерона. Уровень свободного тестостерона достоверно не отличался у пациентов со значениями ГСПГ ниже 16 нмоль/л, от 16 до 69 нмоль/л и выше 69 нмоль/л ($p = 0,163$). У всех пациентов с уровнем свободного тестостерона менее 225 пмоль/л уровень общего тестостерона находится ниже 12 нмоль/л, при этом только у 27% мужчин с общим тестостероном менее 12 нмоль/л уровень свободного тестостерона был ниже 225 пмоль/л.

Заключение. Сывороточный уровень ГСПГ у мужчин 18-56 лет достоверно не связан с возрастом. Увеличение концентрации ГСПГ сыворотки крови у мужчин сопровождается ростом уровня общего тестостерона, но не оказывает существенного влияния на концентрацию свободного тестостерона. Определение уровня ГСПГ и расчёт свободного тестостерона целесообразно проводить при уровне общего тестостерона менее 12 нмоль/л, так как при значениях общего тестостерона более 12 нмоль/л концентрация свободного тестостерона всегда соответствует нормальным значениям, а при значениях общего тестостерона менее 12 нмоль/л только у 27% пациентов наблюдается сниженная концентрация свободного тестостерона.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

¹НИУ БелГУ, Белгород

²ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, Белгород

³ОГБУЗ Городская поликлиника г. Белгорода, Белгород

Введение. Показания к заместительной гормональной терапии (ЗГТ) препаратами тестостерона у пациентов с гипогонадизмом и метаболическим синдромом (МС), при наличии эректильной дисфункции (ЭД) в полной мере не определены. Наличие симптомов нарушенного мочеиспускания (СНМ) не однозначно влияет на принятие решения о проведении ЗГТ. Необходимы данные о безопасности и эффективности при длительном применении данной терапии у пациентов с СНМ.

Ключевые слова. Метаболический синдром, гипогонадизм, эректильная дисфункция, симптомы нарушенного мочеиспускания, тестостерон, заместительная гормональная терапия.

Материалы и методы. В исследование включено 275 мужчин в возрасте 40 – 60 лет: основная группа (n = 203) у которых первично был выявлен МС, гипогонадизм и получающие заместительную терапию препаратами тестостерона в течении 3 лет и контрольная группа (n = 72) — мужчины, у которых также был выявлен МС и гипогонадизм, но по ряду причин отказались от ЗГТ. У пациентов каждые 3 месяца контролировали: IPSS, МИЭФ-5, ПСАобщий, тестостеронобщий, ГСПГ, ЛГ, инсулин, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, липидный профиль, урофлоуметрия, УЗИ мочевого пузыря, ТРУЗИ простаты с доплеровским исследованием кровотока.

Результаты. Мы приведем результаты 3 летнего наблюдения за этими пациентами. Через 3 года ЗГТ основной группе уровень тестостерона был на уровне $18,6 \pm 2,9$ нмоль/л, показатели веса, окружности талии и индекса массы тела составили $89,4 \pm 3,6$ кг, $89,5 \pm 1,7$ см и $21,3 \pm 2,1$ кг/м² соответственно, что достоверно различно группы контроля, где уровень тестостерона в среднем был $8,3 \pm 0,8$ нмоль/л, и морфометрические показатели вес $109,3 \pm 2,8$ кг, $112,6 \pm 4,7$ см и $29,4 \pm 1,3$ кг/м² (p < 0,05). Так же зарегистрированы различия в группах: в основной группе уровень глюкозы составил $5,6 \pm 0,7$ ммоль/л, инсулина $8,4 \pm 1,3$ мкЕд/мл и холестерина $4,3 \pm 0,3$ ммоль/л, что достоверно ниже соответствующих показателей контроля ($7,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $27,9 \pm 3,0$ мкЕд/мл и $6,7 \pm 0,5$ ммоль/л (p < 0,05)).

И если вышеописанные результаты вполне предсказуемы, то оценка качества микции несомненно заслуживает интерес. IPSS у пациентов получающих ЗГТ составил $8,3 \pm 2,0$ балла, что ниже, чем в группе контроля $16,4 \pm 1,8$ балла (p < 0,01). По данным урофлоуметрии, у пациентов получающих тестостерон максимальная объёмная скорость мочеиспускания и время мочеиспускания составили $19,4 \pm 1,8$ мл/с и $14,5 \pm 2,6$ с, что достоверно различалось с аналогичными показателями контрольной группы наблюдения ($10,4 \pm 2,4$ мл/с и $23,8 \pm 2,5$ с соответственно (p < 0,05)). Пациенты без скорректированного гипогонадизма предъявляли более выраженные жалобы на ЭД по шкале IIEF5 ($9,4 \pm 2,0$ балла), в сравнении с основной группой наблюдения ($19,4 \pm 1,6$ баллов; p < 0,05). Уровень ПСА в группе мужчин, получающих ЗГТ препаратами тестостерона в среднем составлял $3,1 \pm 0,3$ нг/мл при контроле 1 раз в 6 мес.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что ЗГТ в течении длительного времени у пациентов с первично выявленным МС и гипогонадизмом позволяет восстановить обмен веществ и устранить метаболические нарушения. При этом положительный эффект на качество мочеиспускания и качество эрекции сохраняется на протяжении всего периода терапии.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МУЖЧИН, ЖИТЕЛЕЙ ТЕХНОГЕННО-ТРАНСФОРМИРОВАННОЙ ТЕРРИТОРИИ, ЗАНЯТЫХ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕЙ РУД ЦВЕТНЫХ МЕТАЛЛОВ

Терегулов Б. Ф.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние десятилетия многочисленные исследования кризис мужской генеративной функции. В то же время, исследований по оценке репродуктивного здоровья и фертильности у мужчин трудоспособного возраста, подвергающихся комплексному воздействию неблагоприятных экологических и производственных факторов явно не достаточны.

Цель исследования. Оценить гормональный статус мужчин – жителей горнорудной территории, занятых добычей руд цветных металлов подземным способом, находящихся в группе высокого профессионального риска.

Материалы и методы. По результатам урологического обследования горнорабочих была отобрана группа с клинико-анамнестическими данными андрогенодефицита. В данном исследовании обобщены показатели содержания гипофизарных гормонов (лютропина и фоллитропина), пролактин, тестостерона и глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПС) в сыворотке крови 66 горнорабочих основных профессий (проходчики и машинисты горной техники) подземных рудников ОАО «Учалинский горно-обогатительный комбинат» (УГОК) и 33 мужчин сопоставимого возраста, занятых наземным трудом (группы сравнения) с допустимыми условиями труда. Средний возраст (+ SD) горнорабочих составил 42,3 +- 1,21 лет при стаже работы 5- 20 лет. Содержание гормонов оценивали методом ИФА с использованием специальных реагентов, ГСПС определен электрохемилюминесцентным методом. Кровь из вены забирали в утренние часы у предварительно ознакомленных с правилами подготовки к анализам и давших информированное письменное согласие на участие в исследовании мужчин. Статистический анализ и материалы обработаны с помощью программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Статистика, версии 8. с использованием параметрических и непараметрических методов оценки достоверности различий.

Результаты. Обследованные мужчины являются жителями техногенно-трансформированной территории в результате загрязнения выбросами УГОК всех объектах окружающей среды (почва, продукты питания) Как результат накопления загрязнителей в их биосредах (волосах) определяются повышенные уровни тяжелых металлов (ТМ), в том числе репродуктивных элементов (Pb, Cd, Mn и др), официально внесенных в отечественный список веществ, опасных для репродукции (Руководство Р 2.2.2006-05). Работники, занятые подземной добычей руд цветных металлов в соответствии с классификацией отраслей

экономики, отнесены к самому высокому - 32 классу профессионального риска - 07.09.9. Работы ведутся на глубине более 400 метров в замкнутом пространстве и сопровождаются комплексным и сочетанным действием на организм горнорабочих вибро-шумового, токсического, микроклиматического факторов и психофизических нагрузок (трёхсменный график работы, угроза за собственную жизнь из-за взрывоопасности и обрушен горных пород, тяжесть труда). При этом ведущими факторами риска являются воздействие шума, вибрации и пыли сложного состава с содержанием ТМ

Показатели гормонального статуса у горнорабочих характеризуются повышенными уровнями пролактина (241,85 ± 14,65 мМЕм/мл при 63,12 ± 12,14 мМЕм/мл в группе сравнения, P<0,01) и лютропина, а также ГСПС. Показатели содержания ГСПС, составили в среднем 35,31±5,05 нмоль/л при значениях 23,11±3,91 нмоль/л в группе сравнения. Уровень фоллитропина был в два раза ниже, составляя в среднем 4,41±0,32 мМЕм/мл по сравнению с данными группы сравнения -8,63 ± 0,44 мМЕм/мл.

сывороточная концентрация основного андрогена- тестостерона общего статистически демонстрировал пониженный уровень (20,87 ± 1,11 нмоль/л) относительно к группе сравнения (29,61 ± 2,22 нмоль/л; P<0,01). У мужчин с низкими показателями общ тестостерона (12,12%) на фоне клинической симптоматики андрогенодефицита, были отмечены повышенные уровни пролактина, что свидетельствует о наличии клинко-лабораторного синдрома гипогонадизма. В остальных случаях при наличии симптомов андрогенной недостаточности, сывороточный уровень тестостерона находился в диапазоне референсных значений, что можно трактовать как феномен снижения чувствительности гормонорецепторов к действию андрогенов. Полученные данные свидетельств также о дискоординированности функционирования в системе гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси.

Выводы. У молодых мужчин, подвергающихся длительному комплексному воздействию химических, физических, психо-физических нагрузок в условиях горнорудного техногенеза верифицируется клинко- лабораторный синдромокомплекс, укладывающийся в синдром гипогонадизма лишь в 12,2% случаях. В остальных случаях выявленные можно квалифицировать как результат повреждающего действия перечисленных факторов на гипоталамо-гипофизарно-гонадную ось и не исключается непосредственное повреждающее действие репротоксичных элементов, способных преодолевать гематотестикулярный барьер, на клетки Лейдинга. Данный феномен характерен для большинства обследованных горных рабочих (56,2%), что можно квалифицировать как фактор снижения генитальной реакции F52.2 по классификации МКБ -10.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА АЛЬФА 420 У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НОРМОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

Кириченко И.И., Воеводина А.К.

Москва

Введение. Мужской гипогонадизм – патологическое состояние организма, обусловленное уменьшением уровня андрогенов или снижением чувствительности к ним. Далеко не

во всех случаях стоит сразу назначать гормонотерапию, поэтому многие врачи прибегают к фитотерапии.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата «Альфа», содержащего растительные экстракты, у мужчин с нормогонадотропным гипогонадизмом с помощью динамики изменения параметров анализа крови (общий тестостерон, ГСПГ, эстрадиол) и анкет IIEF-5 и AMS.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, которое включало 20 мужчин, предъявляющих жалобы, типичные для гипогонадизма, в сочетании со снижением уровня общего тестостерона. Средний возраст испытуемых составлял 48 ± 5 лет (от 38 до 56). Все испытуемые получали препарат «Альфа 420 по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 месяцев.

Результаты. На фоне 2 месяцев приема препарата «Альфа 420» уровень общего тестостерона у всех пациентов достоверно увеличился в среднем на 25% с 12,64 до 15,75 нмоль/л ($p < 0,05$).

Уровень эстрадиола снизился также на 25% с 38,73 до 31,03 пг/мл ($p < 0,05$). Уровень ГСПГ достоверно снизился с 42,1 н/моль до 37,0 н/моль ($p = 0,005$). Исходя из анкетирования, количество баллов по шкале IIEF-5 клинически значимо увеличилось в среднем на 2,2 балла с 18,0 до 20,2 ($p < 0,05$).

Количество баллов по шкале AMS снизилось на 4,7 баллов с 31,8 до 27,1 ($p < 0,05$).

Выводы. Клиническая картина на фоне применения препарата «Альфа 420» в течение 2 месяцев у пациентов с гипогонадизмом статистически значимо улучшилась.

Мочекаменная болезнь

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТАВА КОНКРЕМЕНТОВ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Камалов А.А.^{1,2}, Сорокин Н.И.^{1,2}, Мершина Е.А.^{2,4}, Цигура Д.А.¹, Геворкян З.А.^{1,6},
Нестерова О.Ю.^{1,2}, Мартиросян Л.К.^{1,3}, Шапаров Б.М.³, Стригунов А.А.^{1,2},
Филатова Д.А.^{2,4}, Злобина Н.В.^{2,5}

¹МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра урологии и андрологии, Россия, Москва

²МГУ им. М.В. Ломоносова, Медицинский научно-образовательный центр, Россия, Москва

³Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

⁴МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра лучевой диагностики и терапии, Россия, Москва

⁵МГУ им. М.В. Ломоносова, физический факультет, кафедра квантовой электроники, Россия, Москва

⁶Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Истринская клиническая больница», Россия, б 143530, Московская область, г. Истра

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных заболеваний в мире. По результатам некоторых популяционных исследований распространенность данного заболевания по всему миру достигает 3,5 – 9,6%. Важно отметить, что МКБ – социально значимое заболевание. Из-за большого количества впервые выявленных и рецидивирующих конкрементов мочевыводящих путей лечение заболевания является дорогостоящим, кроме того МКБ ассоциируется с большим количеством острых и хронических состояний, требующих дополнительного и часто длительного лечения. Таким образом, актуальной задачей является разработка и улучшение методов диагностики МКБ.

Двухэнергетическая компьютерная томография (ДЭКТ) – методика компьютерной томографии (КТ) при которой с использованием двух различных энергетических режимов возможно получить два набора данных с различными рентгеновскими спектрами, анализ их соотношения предоставляет ценные диагностические сведения, которые не способна предоставить стандартная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Вышеописанная методика в настоящее время применяется в диагностике большого спектра заболеваний: опухолей различной локализации, кардиоваскулярных заболеваний, заболеваний дыхательной системы, большого спектра экстренных состояний, в том числе мочекаменной болезни. В рамках диагностики МКБ с помощью ДЭКТ возможно определить вероятный химический состав конкрементов почек и мочеточников за счет определения коэффициента двухэнергетического соотношения, который разнится для каждого типа конкрементов. Проведено некоторое количество исследований на предмет определения точности, чувствительности и специфичности данной методики относительно определения состава конкрементов. По данным разных источников чувствительность и специфичность данной методики в дифференциации уратных и кальциевых камней составляет от 91 до 100%. Тем

не менее, вопрос более точной дифференциации типов конкрементов по составу *in vivo* (уратные, фосфатные, оксалатные) остается открытым.

Материалы и методы. На данный момент в исследование включено 25 пациентов в возрасте от 29 до 75 лет с камнями почек и мочеточников, требующими оперативного лечения. Среди них женщин 48%, мужчин 52%. У 48% исследуемых пациентов на момент обследования был установлен внутренний мочеточниковый стент либо нефростома. Всем пациентам накануне перед оперативным вмешательством выполнялась ДЭКТ. После оперативного лечения извлеченные фрагменты конкрементов были исследованы с помощью инфракрасной спектроскопии в качестве эталонного стандарта для определения состава конкрементов. Таким образом исследовано 11 фосфатных конкрементов, 10 оксалатных конкрементов, 4 уратных конкремента.

Результаты. Общая точность определения состава конкрементов для ДЭКТ в данном исследовании составила 52%. Для уратных конкрементов чувствительность – 100%, специфичность – 90,5%. Для оксалатных конкрементов чувствительность – 10%, специфичность – 80%. Для фосфатных конкрементов чувствительность метода – 72%, специфичность – 50%.

Выводы. У пациентов с МКБ ДЭКТ позволил верно охарактеризовать более половины конкрементов (52%), несмотря на затруднения связанные с наличием рентгенконтрастных дренажей в мочевыводящих путях. Обладает высокой диагностической точностью при обнаружении и характеристике клинически значимых камней уратного и фосфатного состава, позволяет с высоким уровнем достоверности различать мочекислые и кальциевые камни. Дальнейшие исследования по оценке эффективности ДЭКТ в ведении пациентов с уrolитиазом могут способствовать повышению точности методики в отношении оксалатных и фосфатных конкрементов, широкому ее использованию.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ «УМНЫЙ ЛАЗЕР» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Камалов А.А., Сорокин Н.И., Ширшин Е.А., Злобина Н.В., Цигура Д.А., Геворкян З.А.

Введение. Мочекаменная болезнь - распространенное заболевание, которым в мире страдают 12% населения. Одним из наиболее эффективных методов лечения мочекаменной болезни является лазерная литотрипсия. При лазерном дроблении возможна миграция камня, из-за чего возникает вероятность повреждения слизистой оболочки. Точность проведения хирургического вмешательства и целостность мягких тканей в процессе литотрипсии камня зависит исключительно от оценки наблюдаемой картины и скорости реакции хирурга. Таким образом метод интраоперационного распознавания «твердых» и «мягких» тканей во время выполнения лазерной литотрипсии должен снизить количество интра-, послеоперационных осложнений.

Цель. Повышение эффективности и безопасности лазерной литотрипсии

Материалы и методы. Было проведено 25 операций с применением системы «Умный Лазер» у пациентов в разных отделах мочевыделительной системы. Отраженное от тканей излучение, передаваемое через волоконный инструмент, находящийся в рабочем канале эндоскопа, подсоединенный к лазерному аппарату, поступало в блок обратных связей, предназначенный для измерения отраженного сигнала в режиме реального времени.

Статистический анализ проводился с помощью языка программирования Python и ряда научных библиотек (numpy, scipy, sklearn).

Результаты. На основе отраженных сигналов был разработан алгоритм, позволяющий в режиме реального времени различить мягкую ткань и конкременты перед волокном. Точность определения мягкой ткани составила 95 %, точность определения конкрементов - 90 %. Площадь под ROC-кривой составила $0,97 \pm 0,04$. Данный алгоритм был также интегрирован в лазер для обеспечения обратной связи, и установка была успешно испытана во время лазерной литотрипсии. Проведенная клиническая валидация показала, что во время выполнения лазерной литотрипсии ни у одного пациента при контакте лазерного волокна со слизистой последнее не было повреждено, тем самым, обеспечивая безопасность проведения лазерной литотрипсии.

Заключение. Разработанная система позволяет предотвратить термические травмы слизистой мочевыводящей системы при попадании лазерного волокна на ткань, обеспечивая безопасность проведения лазерной литотрипсии с сохранением высокой эффективности. Отдельно хотелось бы отметить, что с помощью данной системы будет проще проводиться процесс обучения начинающих урологов при использовании лазерной энергии.

РЕТРОГРАДНАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ – СОВРЕМЕННЫЙ И ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ РОССИИ

Забродина Н.Б.¹, Кравцов А.Ю.², Потиевский Б.Г.³, Волицев Т.Н.⁴, Башмаков В.А.⁵

¹Главный врач ФБУ Центральная клиническая больница гражданской авиации д.м.н., профессор кафедры авиационной медицины

²Заведующий урологическим отделением №1 ЦКБ гражданской авиации

³Председатель комиссии ЦВЛЭК к.м.н.

⁴Заведующий отделением медицинского обследования авиационного персонала ЦКБ гражданской авиации

⁵Врач-уролог урологического отделения №1 ЦКБ гражданской авиации к.м.н.

Введение: показания к хирургическому лечению мочекаменной болезни у действующего авиационного персонала гражданской авиации находятся вне рамок клинических рекомендаций. Камни почек размерами от 3мм включительно и более являются причиной недопуска к полётам. В связи с вышеизложенной спецификой остро актуальность приобретает проблема быстрого и эффективного удаления камней (Stone - Free Rate - SFR) у данной уникальной категории пациентов.

Относительно современные методы хирургического лечения камней чашечек почек, а именно перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ), дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) абсолютно неприемлемы ввиду недопустимо низкой частоты SFR, необходимостью проведения повторных вмешательств и длительности лечения.

ПНЛТ камней почек малых размеров сопряжена с высоким риском повторных вмешательств для удаления резидуальных фрагментов, что в ряде случаев может быть неосуществимо с учетом уровня сложности архитектоники чашечно-лоханочной системы.

ДУВЛ камней почек в принципе не рассматривается как метод лечения мочекаменной болезни у пилотов гражданской авиации в связи с неприемлемыми сроками лечения.

Ретроградная интратренальная хирургия (РИРХ) является самым современным и высокоэффективным методом лечения нефролитиаза, широко применяемым в урологической практике ЦКБ ГА и позволяющим в кратчайшие сроки восстанавливать трудоспособность пациентов лётного состава гражданской авиации в соответствии со строжайшими требованиями центральной врачебной экспертной лётной комиссии.

Материалы и методы: Проанализированы данные сотрудников летного состава гражданской авиации, проходивших обследование в рамках ВЛЭК в 2023гг. У 27 сотрудников летного состава (мужчины) диагностирована мочекаменная болезнь, камни чашечек почек.

4 пациента были отстранены комиссией по сопутствующим причинам. Остальные пациенты проходили лечение мочекаменной болезни амбулаторно. 8 пациентов были госпитализированы для оперативного лечения в урологическое отделение ЦКБ ГА.

Результаты: 8 пациентам выполнена ретроградная интратренальная фибролитотрипсия с достижением частоты SFR 100%. Все 8 пациентов после прохождения обязательной реабилитации в течение 3-4 недель были допущены к осуществлению профессиональной деятельности в полном объеме.

Выводы: урологическая служба ЦКБ ГА применяет самые современные методики оперативного лечения мочекаменной болезни у действующего авиационного персонала гражданской авиации.

РИРХ является методом выбора оперативного лечения камней почек у летного состава гражданской авиации РФ и позволяет возвращать к выполнению полётов в кратчайшие сроки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРОЛИТИАЗА: ОТ БЕЗОПАСНОСТИ К КАЧЕСТВУ

Зияев И.Б.¹, Сафаев Е.У.¹, Гиясов Ш.И.^{1,2}, Мухтаров Ш.Т.^{1,2}

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», Ташкент, Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан;

Актуальность. Перед урологическим сообществом обеспечение безопасности пациентов, подвергающихся к различным вмешательствам, является приоритетным направлением наравне с повышением качества услуг.

Цель. Улучшение результатов эндоскопической хирургии уролитиаза.

Материал и методы. Включенные в исследование пациенты разделены на 3 группы. В I группу отнесены 471 вмешательств, выполненных в период 2013-2015 гг, на фоне мониторинга осложнений. Из них у 158 был коралловидный камень, которым выполнялась стандартная чрескожная нефролитотрипсия (ПКНЛТ) в один этап через один или несколько доступов. Из них у 179 пациентов с размером камня 27.7 ± 1.2 (мм), вмешательства заканчивали методом tubeless, у 134, размером камня 26.3 ± 1.3 (мм) – totally tubeless. Выполнялись пневматическая или ультразвуковая литотрипсия, с использованием тубуса нефроскопа 26 Fr.

Во II группу включены 300 вмешательств, выполненных в период 2020-2022 гг., по поводу сложных камней почек. Пациенты были разделены на 3 подгруппы по 100, размер камня в подгруппах составил $34,1 \pm 1,17$, $33,4 \pm 0,86$ и $33,6 \pm 1,05$ (мм). Выполняли контактную пневматическую и ультразвуковую литотрипсию, использовались тубусы 26 Fr. По завершению операций почки были дренированы с установкой трубок - 22, 18 и 14 Fr соответственно в 3-х подгруппах.

В III группу включены 78 пациентов, которым выполнены миниперкутанная пневматическая или лазерная литотрипсия в период с июня 2022 г по март 2023 г., размер камней составил $13,8 \pm 1,24$ (6-46) мм, размер тубуса нефроскопа 14 Fr., операции заканчивались tubeless или totally tubeless.

Результаты. Среди I гр. пациентов и/о кровотечение составило 17 (10,8%), переливание крови у 2 (1,3%). Stone free rate 127 (80.4%). Систематизация п/о осложнений: I степени – 19 (12,0%), II – 4 (2,5%), IIIa – 3 (1,9%), IIIb – 0, IVa – 1 (0,6%), IVb – 1 (0,6), V – 0. При tubeless – и/о – 0, Stone free rate - 172 (96.1%). п/о: I степени - 8 (4,5%), II – 13 (7,3%), IIIa – 0, IIIb – 4 (2,2), IVa – 0 IVb – 0, V – 0. При totally tubeless – и/о – 0, Stone free rate 129 (96.3%). п/о: I степени – 8 (6,0%), II – 6 (4,5%), IIIa – 0, IIIb – 2 (1,5), IVa – 0 IVb – 0, V – 0.

Среди II гр. пациентов, послеоперационная боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) через 24 часа после вмешательства составила $3,8 \pm 0,12$, $3,3 \pm 0,11$ и $4,2 \pm 0,21$, соответственно, $p < 0,05$ (между подгруппой 1 и 2, и 2 и 3). Послеоперационное снижение гемоглобина на 3 сутки составило $2,0 \pm 0,13$, $2,1 \pm 0,09$, $2,8 \pm 0,13$ г/л, г/л, соответственно, $p < 0,05$ (между подгруппами 1 и 3, 2 и 3). Показатель качества жизни составил $3,5 \pm 0,04$, $3,9 \pm 0,03$ и $3,6 \pm 0,02$. Результаты группы 2 были лучше, в сравнении с остальными группами ($p < 0,001$). Послеоперационный койка/день составил $3,9 \pm 0,12$, $3,6 \pm 0,10$ и $4,7 \pm 0,16$ (сут), различия наблюдались между группой 1 и 3 ($p < 0,001$), 2 и 3 ($p < 0,001$).

Среди III гр. пациентов Stone free rate составил – 78 (100%), систематизация п/о осложнений: I степени – 5 (6,4%), II – 0, IIIa – 1 (1,3%), IIIb – 0, IVa – 0 IVb – 0, V – 0. П/о койка день – $2,85 \pm 0,2$ (сут).

Выводы. Систематизация и мониторинг осложнений с совершенствованием мер профилактики и внедрение бездренажных методов лечения улучшает результаты ПКНЛТ.

Течение послеоперационного периода после стандартной ПКНЛТ в целом было значительно лучше у пациентов, у которых почка дренировалась нефростомическим дренажом 18.

Выполнение мини ПКНЛТ оказалось безопасной и высокоэффективной терапией среди пациентов при размере почечных камней $13,8 \pm 1,24$ мм.

ЭКСТРЕННОЕ ДВУСТОРОННЕЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ: АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Ханалиев Б.В., Азизов Р.М., Барсегян А.Г., Тевлин К.П., Косарева Д.В., Иванов А.В.

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

Введение/Цель исследования. Мочекаменная болезнь (МКБ) – это хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений или влияния

факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях. Заболеваемость уролитиазом в мире колеблется от 1,5 до 21%. Двусторонний нефролитиаз является одной из форм мочекаменной болезни, которая характеризуется не только двусторонней локализацией конкрементов, но и высокой частотой рецидивирования. Подобная форма встречается у 15–17% больных нефролитиазом. При возникновении двусторонней почечной колики требуется неотлагательное хирургическое дренирование почек. Цель исследования: Оценить функциональные результаты и выбор хирургической стратегии у пациентов с двусторонним нефролитиазом.

Материалы и методы. В НМХЦ им. Н. И. Пирогова выполнено одноцентровое проспективное исследование в периоде 2021–2023г. В исследование включено 54 пациента с единичным конкрементом в мочеточнике с обеих сторон (от 5 до 9мм). В первую группу включено 27 пациентов, перенесших одномоментное билатеральное стентирование мочеточников. Во вторую группу также было включено 27 пациентов после чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС). Всем пациентам проводилась послеоперационная антибактериальная терапия в течение 7 дней. Пациенты обеих групп получали симптоматическую терапию (альфа-блокаторы, м-холинолитики). Функциональные результаты оценивались по результатам международного опросника EQ-5D (EuroQol Group) на 7-е и 14-е сутки после оперативного вмешательства. Всем пациентам на 14-е сутки выполнено микрокультуральное исследование мочи.

Результаты. В первой группе на 7-е сутки у 7 пациентов (26%) 20 + 5 баллов, у 20 пациентов (74%) 30 + 5 баллов. На 14-е сутки 4 пациента (15%) оценили свое здоровье на 55 + 5 баллов, а у 23 пациентов (85%) 60 + 5 баллов. Во второй группе у 24 пациентов (90%) уже на 7-е сутки оценивали себя на 55 + 5 баллов, а у 3 пациентов (10%) 60 + 5 баллов. Также, на 14-е сутки у 17 пациентов (63%) 60 + 5 баллов, у 10 пациентов (37%) 55 + 5 баллов. Пациенты в первой группе в большей степени отмечали боль или дискомфортные ощущения, в то время как пациенты второй группы жаловались на выраженное снижение качества ухода за собой, также пациенты второй группы в большей степени отмечали наличие тревожных или депрессивных расстройств. При микрокультуральном исследовании мочи у пациентов первой группы отмечен положительный рост лишь у 4 (15%) пациентов, в то время как у 13 (48%) пациентов второй группы выявлен рост микроорганизмов. Это, в свою очередь, приводит к более поздним срокам проведения второго этапа оперативного лечения.

Выводы. По данным нашего наблюдения, у пациентов после билатеральной ЧПНС не отмечено признаков боли или дискомфорта, однако это сопровождалось снижением повседневной деятельности пациентов. В то же время, пациенты первой группы не отмечали каких-либо значимых проблем за уходом за собой и не испытывали тревожных и депрессивных ощущений. Болевой синдром более выражен у пациентов после билатерального стентирования мочеточников, однако, на 14 день послеоперационного периода на фоне симптоматической терапии эти показатели были сопоставимы с пациентами из второй группы. При микрокультуральном исследовании мочи у пациентов первой группы отмечено статистически значимое различие в группах наблюдения, следовательно, пациенты первой группы менее подвержены рискам развития инфекционных осложнений. Билатеральное стентирование приводит к снижению качества жизни пациентов вследствие наличия болевого синдрома, однако данный параметр поддается медикаментозной коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА

Косимов О.И., Наджимитдинов Я.С.

Каршинский государственный университет, Узбекистан.

Введение. Нередко конкременты мочеточника располагаются в его терминальном отделе и являются причиной значительной дилатации мочеточника. «Частичная» обструкция не приводит к острой боли и не причиняет пациентам в течение длительного времени, каких-либо беспокойств, что служит причиной позднего их обращения к врачу. Однако нахождение камня в просвете мочеточника в течение длительного времени приводит к патологическому изменению стенки мочеточника и воспалению (с последующим образованием грубых рубцов) в окружающих его тканях. Подобное состояние требует выполнить не только удаление камня, но и выполнить реконструктивную операцию уретерovesикального соединения. Цель исследования – выполнить ретроспективное исследование результатов оперативного лечения пациентов с камнями расположенными в терминальном отделе мочеточника, в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. За период с января 2012 года по декабрь 2023 года было обследовано и проведено оперативное вмешательство по поводу конкрементов нижнего (терминального) отдела мочеточника 87 больных. Средний возраст пациентов составил $34,7 \pm 9,5$ лет (от 18 до 56 лет). Мужчин было 65 (74%), женщин 22 (26%). Всем больным выполнены: анализ мочи (бактериологическое исследование мочи выполнено при наличии бактериурии), биохимические и клинические исследования крови; ультрасонография мочевого тракта. Для определения размера и места расположения камня выполнена обзорная и внутривенная экскреторная урография (с целью выяснения функционального состояния почек). Средний размер камня составил $2,3 \pm 0,4$ см. Конкременты в левом мочеточнике были в 78 (89%), в правом – 9 (11%).

Результаты. Всем больным доступ к мочеточнику осуществлен используя надлобковый разрез по Пфаненштилю, предполагая вероятность реконструктивной операции на мочеточнике. Обязательным условием оперативного вмешательства явилось тугое заполнение (как правило, воздухом) мочевого пузыря с помощью катетера введенного через уретру. Уретеролитотомия выполнена через разрез стенки мочеточника выполненный проксимальнее места расположения камня у 76 (87%) больных. Следует отметить, что длительность заболевания в этой группе больных в среднем составила $6,4 \pm 0,3$ месяца. При ревизии мочеточника в 11 (13%) случаях оказалось, что его стенка значительно утолщена и уплотнена, имеется значительный рубцовый процесс в окружающих его тканях. После удаления камня при ревизии выявлено сужение интрамурального отдела мочеточника и уретерovesикального соустья, при этом катетер калибра 4 Ch провести через их просвет не удалось. Этим пациентам выполнена неимплантация мочеточника в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой по Politano-Leadbetter. Для декомпрессии верхнего отдела мочевого тракта использовали мочеточниковый стент. Длительность заболевания в этой группе больных в среднем составила $12,4 \pm 0,3$ месяцев.

Выводы. Длительное нахождение камня в терминальном отделе мочеточника может привести к рубцовым изменениям уретерovesикального соединения, что является причи-

ной возникновения суправезикальной обструкции. При планировании уретеролитотомии у больных с конкрементами дистального отдела мочеточника целесообразно использовать оперативный доступ позволяющий выполнить не только удаление камня, но и при необходимости реконструктивную операцию для восстановления пассажа мочи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРЕННОГО ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОНКРЕМЕНТАМИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

*Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г., Батышев М.А.М., Косарев Е.И.,
Махмудов Д.А., Батимурзаев М.А.*

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

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из наиболее распространенных и часто рецидивирующих заболеваний. Благодаря развитию альтернативных миниинвазивных методов оперативного лечения, доля открытых методик неуклонно уменьшается. В крупных клинических центрах, накопивших знания и значительный опыт по хирургическому лечению нефролитоаза, потребность в открытых операциях отсутствует. К преимуществам относят отсутствие повреждения мягких тканей, меньший риск инфекционно-воспалительных заболеваний, исключение формирования мочеточниковых свищей, стриктур и послеоперационных грыж. В последнее время по мере развития комбинированных эндоскопических интрауретеральных технологий к абсолютным показаниям и открытому доступу можно отнести только один пункт – нефункционирующая почка, и в этом случае легко может быть выполнен лапаро- или ретроперитонеоскопический доступ. Контактная трансуретральная уретеролитотрипсия (КУЛТ) широко используется в лечении камней мочеточника. Модернизация техники в эндоурологии способствует появлению новых методов и подходов к лечению конкрементов мочеточников, снижает время операции и риски возможных осложнений. По мнению научного сообщества, КУЛТ эффективна в лечении конкрементов мочеточника вне зависимости от плотности камня.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное, наблюдательное исследование, в которое было включено 80 пациентов с единичными конкрементами нижней трети мочеточников от 8 до 11 мм. Пациенты разделены на две группы сравнения: в первую группу включено 40 пациентов, которым выполнено экстренное стентирование мочеточника, во вторую группу включено так же 40 пациентов, которым экстренно выполнена КУЛТ. Пациенты с мочевой инфекцией и с длительным стоянием камня в мочеточнике (≥ 1 месяц), были исключены из групп наблюдения. Всем пациентам проводилось оценка интраоперационных осложнений.

Результаты. В первой группе у 2 (5%) при установке стента отмечено: 1 продвижение стента в подслизистый слой мочеточника, в 1 случае – невозможность стентирования (вколоченный конкремент). Во второй группе при выполнении КУЛТ у пациентов отмечены интраоперационные осложнения: у 1 (3%) пациента наблюдалась перфорация мочеточника, у 4 (10%) пациентов миграция конкремента или его фрагментов в почку. При визуальной оценке мочеточника после операции, у 14 пациентов (35%) отмечалось повреждение слизи-

стой стенки мочеточника. При этом всем пациентам второй группы проведено стентирование мочеточника с целью профилактики развития рецидива почечной колики, инфекционных осложнений и развития стриктур мочеточника (поствоспалительные изменения). Пациентам обеих групп предварительно была проведена антибактериальная профилактика, а 20 (50%) пациентам второй группы потребовалось продолжение антибактериальной терапии и в послеоперационном периоде.

Выводы. Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о большей безопасности предварительного мочеточникового стентирования, над КУЛТ. Частота осложнений КУЛТ напрямую зависит от размеров, локализации и сроков нахождения камня в мочеточнике. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Даренков С.П.¹, Пронкин Е.А.^{1,2}, Мусаев И.Э.², Новиков В.А.²

¹*Кафедра урологии Управления делами Президента РФ ЦГМА, Москва, Россия*

²*ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. академика Лопухина Ю.М., Москва, Россия*

Введение: Мочекаменная болезнь – одно из самых часто встречающихся заболеваний в практике врача-уролога. При конкрементах почек до 2 см все чаще используется ретроградная интратрениальная хирургия, реализуемая посредством гибких много- и одноразовых уретероскопов. Последние предпочтительны так как снижают риски контаминации с развитием персистенции полирезистентной флоры.

Цель: оценить влияние различных факторов на эффективность ретроградной интратрениальной хирургии при конкрементах почек до 2 см

Материалы и методы: на базе ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. академика Лопухина Ю.М. в период с июля 2023 года по февраль 2024 года было выполнено 96 трансуретральных фибропиелокаликотрипсий. Ретроспективно была произведена оценка операции, клинико-лабораторных показателей, наличие резидуальных конкрементов по данным компьютерной томографии выполненной в течении месяца после оперативного лечения. Операция считалась эффективной при отсутствии резидуальных конкрементов или их наличии размером ≤ 3 мм.

Результаты: Средний возраст больных составил 48,8 лет, среднее время операции составило 45,8 минут, учитывая выполнение двух операций билатерально с поочередной нефролитотрипсией – наименьшее время операции составило 15 минут, наибольшее 100 минут. Средний уровень лейкоцитов до операции 6,4 тыс, на первые сутки после операции 7,8 тыс – с максимальным подъемом 18,5 тыс. Средний С-реактивный белок после операции составил 22,7. Средний уровень креатинина до операции 96,5 мкмоль/л, после – 105,6 мкмоль/л, максимальный прирост креатинина составил 26 мкмоль/л. Средний размер конкремента 10,4 мм. Средняя плотность конкремента составила 983 ед НУ. Среднее количество удаляемых за операцию конкрементов – 1,4 шт. Проведено 76 операций с предварительной

установкой внутреннего мочеточникового стента на срок от 4 до 20 дней. По различным причинам выполнено 20 операций без предстентирования мочеточника. По диаметру кожуха – 11/13 Ch – 62 операции, 14/16 – 29 операций, без кожуха – 5 операций. Страховая струна – проводник не устанавливалась ни у одного пациента в ходе выполнения фибропиелолитотрипсии. 61 пациенту операция завершена дренированием мочеточника стентом, 35-ти установкой наружных дренажей.

У 42 пациентов перед операцией выявлен рост патогенной флоры в моче (в т.ч. *Kleb. Pneumoniae* 10*8, *Pseudomonas aeruginosa* 10*7).

Всего из 96 прооперированных пациентов у 7 развились осложнения – по адаптированной шкале Clavien-Dindo – I ст – 4 пациента, II ст – 6 пациентов, IVb – 1 пациент. Stone free rate из всей группы пациентов составил 89,5%

Выводы: Фибропиелолитотрипсия может являться предпочтительной при оперативном лечении конкрементов почек размером до 20 мм. Предварительное стентирование уменьшает риск развития инфекционных осложнений, сокращает время операции и госпитализации. Отсутствие страховой струны при выполнении фибропиелолитотрипсии по нашему наблюдению не приводит к развитию ятрогенных осложнений.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИБРОНЕФРОСКОПИИ

*Ханалиев Б.В., Тевлин К.П., Один А.А., Барсегян А.Г., Косарев Е.И.,
Азизов Р.М., Толкунова Л.В.*

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

Введение/Цель исследования. Мочекаменная болезнь является одной из самых распространенных патологий в урологической практике. Заболеваемость и распространенность данного состояния до сих пор увеличивается по всему миру. Встречаемость по данным разных авторов составляет 13–20% и продолжает неуклонно расти. С развитием технологий в хирургическую практику внедряются различные эндоскопические методы лечения данной патологии, в том числе и фибронефроскопия. По данным Европейской Ассоциации Урологов, рекомендуемая продолжительность ретроградной интратенальной хирургии составляет не более 2 часов, при этом согласно различным авторам каждые последующие 10 минут оперативного вмешательства увеличивают риски развития инфекционных осложнений в геометрической прогрессии.

Материалы и методы. Выполнено одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в периоде 2021-2023 гг. В исследование включено 54 пациента с единичными конкрементами обеих почек от 8 до 11 мм. Всем пациентам выполнено предварительное стентирование мочеточников с последующим проведением терапии альфа-блокаторами. В первую группу включено 27 пациентов, которым была произведена билатеральная фибронефролитотрипсия. Во вторую группу также включено 27 пациентов, которым фибронефролитотрипсия с обеих сторон была произведена в несколько этапов. Пациенты, перенесшие рестентирование мочеточника, исключены из групп наблюдения. Всем пациентам выполнена фибронефролитотрипсия с проведением интраоперационной

антибактериальной профилактики с учетом результатов микробиологического исследования мочи.

Результаты. В первой группе у 3 пациентов (11%) отмечена активизация воспалительного процесса верхних мочевыводящих путей в раннем послеоперационном периоде, потребовавшая проведения антибактериальной терапии. Во второй группе у 2 пациентов (7%) возникли послеоперационные воспалительные осложнения. Всем пациентам, у которых отмечена активизация воспалительного процесса мочевыводящих путей, проведена антибактериальная терапия согласно результатам предоперационного микробиологического исследования мочи с положительным клиническим эффектом. В первой группе пациентов встречаемость развития воспалительного процесса верхних мочевыводящих путей незначительно выше, чем в группе сравнения. Пациентам обеих групп выполнялось дробление конкрементов в режиме dusting, при этом продолжительность оперативного вмешательства у пациентов первой группы не превышала 2 часов. Средняя продолжительность оперативного вмешательства операции в обеих группах составила 1,5 часа.

Выводы. Билатеральная фибронефролитотрипсия является безопасным методом лечения мочекаменной болезни, обладая сравнительной небольшой частотой развития инфекционных осложнений. Преимуществами билатеральной фибронефролитотрипсии являются: отсутствие повторных анестезиологических пособий, сокращение общего койко-дня, снижение финансовых затрат. В нашем исследовании выявлено, что риск развития послеоперационных воспалительных осложнений сопоставим при фибронефроскопии при условии отсутствия роста бактериальной флоры в моче. Для более объективной оценки данных требуется более детальный и длительный анализ.

**Частные вопросы
урологических
и андрологических
заболеваний**

ВИРУСНЫЙ МИКРОБИОМ ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РПЖ И ДГПЖ

Камалов А.А.^{1,2}, Михалева Л.М.^{3,4}, Карнов В.К.^{1,2,4}, Охоботов Д.А.^{1,2}, Тахирзаде Т.Б.⁴,
Пшихачев А.М.^{1,2,4}, Нестерова О.Ю.^{1,2}, Шапаров Б.М.^{2,4}, Стригунов А.А.^{1,2},
Печникова В.В.^{3,4}, Османов О.А.^{2,4}

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Россия, Москва

²МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра урологии и андрологии, Россия, Москва

³Научно-исследовательский институт морфологии человека им. Академика А.П. Авцына Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «РНЦХ им. академика Б.В. Петровского», Россия, Москва

⁴Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №31 им. академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

Ключевые слова: рак предстательной железы, гиперплазия предстательной железы, микробиом, ПЦР

Введение. На сегодняшний день рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Многие исследователями высказывалось предположение об участии вирусного микробиома в канцерогенезе предстательной железы. Целью данного исследования – оценка возможной взаимосвязь вирусного микробиома у пациентов с РПЖ и ДГПЖ.

Материалы и методы: В исследование было включено 145 пациентов, прооперированных по поводу ДГПЖ (n=79) или РПЖ (n=66) в период с 2019 по 2023 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-1/2), цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейн-Барр (ВЭБ), вируса герпеса 6-го типа (HHV-6).

Результаты: Средний возраст пациентов составил 68,2 года. Вирусы в ткани предстательной железы встречались у 40,7% пациентов общей выборки, 35,4% пациентов с ДГПЖ и 47,0% пациентов с РПЖ (p=0,159). Наиболее распространённым вирусом, выявляемым в общей выборке пациентов, оказался ВЭБ, встречающийся у 18,6% пациентов: у 16,5% с ДГПЖ и у 21,2% пациентов с РПЖ (p=0,464). Вторым по распространённости оказался HHV-6 (9,0% пациентов – 19,7% пациентов с РПЖ и 0% с ДГПЖ, p<0,001), а третьим – ЦМВ (7,6% пациентов – 2,5% пациентов с ДГПЖ и 13,6% пациентов с РПЖ, p=0,027). При объединении всех типов ВПЧ распространённость ВПЧ составляла 10,3%, однако отдельные подтипы встречались в единичных случаях и их распространённость в общей выборке не превышала 2,1%. Распространённость ВПЧ (все типы) составила 16,5% у пациентов с ДГПЖ и 3,0% у пациентов с РПЖ (p=0,018).

Заключение: у пациентов с заболеваниями предстательной железы практически в половине случаев встречается вирусная инфекция, локализующаяся в ткани простаты. Для пациентов с РПЖ наиболее характерными являются ЦМВ и HHV-6. Последний не встречается у пациентов с ДГПЖ. ВЭБ в равной степени представлен среди пациентов с ДГПЖ и РПЖ.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРАЗЛАГАЕМЫХ СТЕНТОВ В УРОЛОГИИ

Гиясов Ш.И.^{1,2}, Нуриддинов Х.З.², Абдужабборова У.М.¹, Акилов Ф.А.^{1,2}

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан;

²ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В параллель с расширением области применения мочеточниковых стентов в урологии, внимание урологов сосредотачивается на выявлении недостатков, связанных с дискомфортом пациентов, вызванным продолжительным нахождением стента в их организме, образованием инфекционных биопленок, устойчивых к антимикробным средствам и необходимостью повторного инвазивного вмешательства для его удаления.

Цель. Обзор и анализ литературных данных последних лет, посвященных созданию стентов нового поколения для мочевыводящих путей.

Материалы. Для достижения этой цели был проведен анализ баз данных PubMed, EMBASE, Web of Science и Cochrane Library до декабря 2023 года.

Результаты. В разработке стентов для мочевых путей первоначально выбирались силикон и полиуретан из-за их способности предотвращать образование инкрустаций мочевых солей. С появлением современных J-образных стентов (JJ), разработанных Finney R.P. и Hepperlen T., выбор материалов расширился.

Последние годы в урологии появилась востребованность к сентам для мочевых путей со свойствами разлагаться в организме пациента. Были исследования с использованием стентов из биоразлагаемых полимеров и биоразлагаемых металлов, последние обладали преимуществом перед первыми в плане антибактериальности и механических свойств, что обеспечивала более эффективную проходимость мочи.

Биодеградируемые магниевые сплавы для применения в урологии были исследованы впервые с точки зрения их деградируемости и антибактериальной активности в искусственной моче. Однако на сегодняшний день исследований, посвященных использованию биодеградируемых металлических мочеточниковых стентов немного. В одном исследовании Zhang et al. (2017) было показано, что чистый магний, сплав Mg-6Zn и сплав ZK60 не оказывают значительного негативного воздействия на мочеточники крыс и не обладают высокой токсичностью по отношению к их печени и почкам. В другом исследовании Champagne et al. обнаружили, что чистый цинк и цинковые сплавы (Zn-0,5mass%Mg, Zn-1mass%Mg и Zn-0,5mass%Al) имеют более медленную скорость коррозии *in vitro*, чем чистый магний и сплав Mg-Zn-Mn.

J.Y. Lock et al. выявили значительное снижение бактериальной пролиферации при деградации магниевых сплавов в искусственной моче, и о подобных явлениях также сообщили Zhang et al. Исследование Tie Di et al. было проведено с использованием сплава ZJ41 (назван в соответствии с рекомендациями Американского общества по испытаниям и материалам - ASTM) для создания мочеточниковых стентов.

Вывод. На сегодняшний день нет идеального материала для мочеточниковых стентов. Разрабатываются стенты из металлических сплавов, обладающих антибактериальной и би-

образуемой свойствами. В числе перспективных вариантов являются сплавы магния. Для определения оптимального сплава и его применения в клинике требуются дополнительные многоцентровые исследования на различных моделях животных.

Ключевые слова: обструкция, дренирование мочевых путей, стент, градиентный магниевый сплав.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЕЧЕНИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ

Ханалиев Б.В., Батимурзаев М.А., Барсегян А.Г., Тевлин К.П., Косарев Е.И., Алиев Т.А.

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

Введение/Цель исследования. Уретероцеле является достаточной редкой патологией (1-4%) органов мочевыделительной системы и характеризуется мешковидным выпячиванием интрамурального отдела мочеточника. Различают два типа уретероцеле: внутрипузырное и внепузырное (эктопическое). Примерно в 40% случаев уретероцеле приводит к сужению просвета мочеточника, стимулируя тем самым образование конкрементов и развитие воспалительного процесса. Подавляющее большинство оперативных вмешательств на уретероцеле выполняется из-за развития почечной колики. До появления болевого синдрома, пациент может не знать о наличии данной патологии. Хирургическое вмешательство по поводу внутрипузырного уретероцеле направлено на эндоскопическое иссечение мешковидного выпячивания, тем самым устраняется обструкция мочеточника. Как правило, после эндоскопического иссечения уретероцеле выполняется стентирование мочеточника. Цель исследования: улучшить качество медицинской помощи пациентам, перенесшим иссечение уретероцеле.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное обсервационное исследование. На базе урологического отделения НМХЦ им. Н. И. Пирогова в 2017-2023 гг. проводилось плановое оперативное лечение 20 пациентов с клинически незначимым уретероцеле. Пациенты разделены на две группы по 10 пациентов. В первую группу включены пациенты после эндоскопического лазерного иссечения уретероцеле с последующей установкой мочеточникового стента. Во вторую группу также включено 10 пациентов, однако, стентирование мочеточников не выполнялось. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 30 (± 15) минут. Пациенты с наличием конкрементов в уретероцеле исключены из групп наблюдения. Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре составила 2 (± 1) койко-дня. Пациентам обеих групп после оперативного вмешательства устанавливался уретральный катетер на 6 часов. Перед выпиской всем пациентам проводилось УЗИ почек. Ни одному пациенту не проводилась антибактериальная терапия.

Результаты. После проведения оперативного вмешательства, 7 (70%) пациентов первой группы отметили наличие стент-ассоциированных симптомов, требующих назначения дополнительного лечения. Ни один из пациентов второй группы не отмечал тянущей боли в поясничной области или в зоне операции. При проведении УЗИ мочевыделительной системы, отмечено наличие нерезкого расширения ЧЛС у 1 (10%) пациента второй группы без

наличия симптоматики. При проведении консервативной противовоспалительной терапии обструктивные явления купированы. У 2 (20%) пациентов первой группы отмечена активизация воспалительного процесса верхних мочевыводящих путей, требующая проведения антибактериальной терапии.

Заключение. Эндоскопическое иссечение уретероцеле является высокоэффективным методом лечения, при выполнении которой также выполняется стентирование мочеточника, которое в свою очередь может приводить к умеренному снижению качества жизни пациентов. Учитывая отсутствие травматизации слизистой стенки вышележащих отделов мочеточника, в нашем отделении принято решение о возможности проведения данной операции без последующего стентирования мочеточника. Учитывая вышеизложенные результаты можно сделать вывод о том, что стентирование мочеточника является не обязательным этапом операции, при отсутствии явных показаний для его проведения (например, отек слизистой и наличие конкремента в просвете уретероцеле). Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОГОРАФИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБЪЕМА ПРОСТАТЫ

Йулдошев А.А., Наджимитдинов Я.С.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Узбекистан

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее частых заболеваний мочевыделительной системы мужчин пожилого возраста, которая является причиной нарушения уродинамики. В рекомендациях европейской ассоциации урологов (European Association of Urology), в разделе «диагностика» отмечается, что для визуализации простаты следует использовать трансабдоминальную или трансректальную ультрасонографию (ТРУС), компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Однако в рутинной клинической практике урологи отдают предпочтение ультрасонографии, так как этот метод позволяет в достаточной степени оценить состояние простаты и определить тактику лечения. Тем не менее на сегодняшний день, нет консенсуса в выборе наиболее достоверного метода для оценки размеров простаты - надлобковая или трансректальная ультрасонография. Целью нашего исследования было выявить наиболее оптимальный ультрасонографический метод исследования (трансабдоминальный или трансректальный), позволяющий наиболее точно определить объем предстательной железы у больных, которым планируется оперативное вмешательство.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и оперативного лечения 110 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) за период с января 2020 по декабрь 2022 года. Средний возраст пациентов был $68,8 \pm 6,7$ лет (диапазон от 54 до 81 лет). Предстательную железу визуализировали трансабдоминально и трансректально, объем предстательной железы (переходной зоны) определяли по формуле трехосного эллипсоида. Ультрасонографию выполняли на аппарате ALOKA ProSound F37 (Япония) с использованием конвексного датчика мощностью 3,5 МГц для трансабдоминального исследования, для трансректальной ультрасонографии применяли датчик мощностью 6 МГц.

Результаты. В первую группу включены 60 больных, с объемом простаты менее 80 мл. По данным трансабдоминальной ультразвукографии простаты объем переходной зоны в среднем составил у больных первой группы $49,3 \pm 13,5$ мл, тогда как по данным трансректальной ультразвукографии (ТРУС) этот показатель был в среднем $49,5 \pm 15,2$ мл (коэффициент Пирсона составил 0,96, $p < 0,05$). Во второй группе было 50 пациентов, размер простаты был более 80 мл. По данным трансабдоминальной ультразвукографии в этой группе объем переходной зоны простаты в среднем составил $85,7 \pm 3,6$ мл, тогда как по данным ТРУС был в среднем $84,5 \pm 3,6$ мл, (коэффициент Пирсона составил 0,81, $p < 0,05$). В первой группе мужчин объем удаленной ткани при трансуретральной резекции (ТУР) простаты составил $46,5 \pm 11,9$ мл., по данным ТРУС этот показатель был в среднем $49,5 \pm 15,2$ мл (коэффициент Пирсона 0,62, $p < 0,05$). Во второй группе объем удаленной ткани при ТУР составил $77,4 \pm 17,1$ мл., тогда как по данным ТРУС в среднем был $84,4 \pm 3,6$ мл (коэффициент Пирсона был 0,75, $p < 0,05$).

Выводы. Трансабдоминальная ультразвукография может быть надежной альтернативой ТРУС. Показатели объема простаты, измеренные с помощью трансабдоминальной ультразвукографии, вполне могут быть использованы при планировании метода оперативного вмешательства у больных с ДГПЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДАПОКСЕТИН У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ

Аль-Шукри А.С., Максимова А.В, Манченко А.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на высокую распространенность преждевременной эякуляции (ПЭ) у мужчин, механизм патологии по-прежнему не изучен в полном объеме, что создает препятствия на пути успешной коррекции данного нарушения сексуальной функции.

Цель исследования. Сравнить результаты применения препарата «Дапоксетин» в дозировке 30 мг с группой, получавшей медикаментозную терапию препаратом совместно скорректированной поведенческой терапией.

Пациенты и методы. В исследование были включены 70 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет. Пациенты были разделены на группы. В первой группе исследуемые мужчины (35 человек), с подтвержденным диагнозом ПЭ, получали «Дапоксетин» 30 мг в качестве монотерапии: однократно, на протяжении 30 дней. Вторую группу составляли пациенты (35 человек), с подтвержденной ПЭ, которым назначали поведенческую терапию (методика «старт-стоп») совместно с приемом препарата «Дапоксетин».

Все пациенты были анкетированы (опросники PEDT и AIPE) до и после терапии, а также через 1 месяц после окончания исследования. Все мужчины сексуально активны, с регулярным половым актом (3-4 раза в неделю) и имеют одну сексуальную партнершу.

Результаты. Пациенты группы монотерапии отмечали увеличение длительности полового акта в 1,5-2 раза (с $1,43 \pm 0,45$ минут до $2,78 \pm 0,61$ минут). По данным опросника PEDT снижение баллов с $15,3 \pm 1,1$ до $9,3 \pm 1,0$. По данным вопросника AIPE увеличение баллов с $8,7 \pm 2,5$ до $20,5 \pm 3,3$. Пациенты второй группы за период комбинированной методики

лечения отмечали увеличение длительности полового акта в 2-3 раза (с $1,52 \pm 0,35$ минут до $3,58 \pm 0,72$ минут). По данным опросника PЕDT снижение баллов с $13,8 \pm 1,4$ до $8,3 \pm 1,2$. По данным вопросника АIPE увеличение баллов с $9,7 \pm 2,2$ до $21,5 \pm 4,3$. В период второй контрольной точки через один месяц после завершения курса лечения пациенты первой группы акцентировали внимание на уменьшение продолжительности полового акта, тогда как в группе контроля продолжительность полового акта сохранилась на прежнем уровне.

Выводы. Применение препарата «Дапоксетин» в дозировке 30 мг в режиме монотерапии способствует увеличению длительности полового акта в 1,5-2 раза у мужчин с ПЭ. При этом комбинированная методика лечения совместно с поведенческой терапией демонстрирует более успешные результаты, сохраняющиеся и после завершения курса лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ

Шорманов И.С., Щедров Д. Н., Гарова Д.Ю.

*ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль, Россия*

Введение. Перекрут гидатиды яичка сравнительно редко встречается у пациентов старше 18 лет, поэтому, специалисты урологи не включают его в рутинный диагностический ряд. Данные обстоятельства приводят к отсутствию на сегодняшний день четких алгоритмов диагностики заболевания, и как следствие, к ошибкам в его выявлении.

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики перекрута гидатиды яичка у пациентов старше 18 лет.

Материалы и методы. Анализ методов диагностики перекрута гидатиды яичка проведен у 150 пациентов в возрасте 18 – 45 лет (ср. возраст $29 \pm 5,7$ лет). Для диагностики заболевания использовали клинические симптомы, диафаноскопию, ультразвуковое исследование органов мошонки (УЗИ) в сочетании с ультразвуковой доплерографией (УЗДГ). Диафаноскопия проведена у 76 (50,7%) пациентов при различных сроках заболевания, УЗИ у 150 (100%). Для оценки клинической информативности методов проводили вычисление показателей чувствительности, специфичности и диагностической точности.

Результаты. При оценке клинических симптомов выявлено, что ведущими симптомами являются локальная болезненность в верхнем полюсе мошонки (41,3%) и пальпация гидатиды (35,3%). Отмечается потеря специфичности симптоматики пропорциональная времени и обусловленная развитием вторичных воспалительных изменений органов мошонки и ее оболочек.

Диагностическая точность диафаноскопии составила 63,7%, чувствительность 51,32%, специфичность 77,1%. Выделены факторы, влияющие на информативность метода в диагностике перекрута гидатиды яичка. К ним относится наличие выпота в серозной полости мошонки, размер гидатиды, продолжительность заболевания, особенности расположения гидатиды, развитие воспалительных изменений мошонки.

При анализе ультразвуковых и доплерографических симптомов выделены специфические, непосредственно подтверждающие заболевание, это визуализация гидатиды с изменением

ее экзогенности и редукция кровотока. И неспецифические, выявляющиеся при различных острых заболеваниях мошонки - гиперваскуляризация органов и оболочек мошонки, вторичное гидроцеле, изменение структуры яичка и придатка, утолщение оболочек.

Проанализированы условия, приводящие к диагностическим ошибкам, и предложены пути их снижения. Диагностическая точность ультразвукового исследования 96,8%, чувствительность 96%, специфичность 98%; ультразвуковой доплерографии соответственно 94,8%, 94,7% и 95%.

Выводы. Ультразвуковое исследование в сочетании с доплерографией органов мошонки являются основным методом диагностики перекрута гидатиды яичка у пациентов старше 18 лет. Диафаноскопия обладает значительно меньшей диагностической точностью и может применяться как скрининговый метод.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ЦИРКУМЦИЗИО ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Ханалиев Б.В., Махмудов Д.А., Барсебян А.Г., Тевлин К.П., Косарев Е.И., Батышев М.А.М., Мехтиев Т.Т.

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

Введение/Цель исследования. Преждевременная эякуляция (ПЭ) - это врожденное или приобретенное стойкое (возникающее постоянно или практически при каждом половом акте, часто пожизненное) неконтролируемое семяизвержение до, во время или в течение 1–3 мин после введения полового члена во влагалище и начала фрикции, сопровождающееся негативными последствиями для пациента (стресс, беспокойство, отказ от половых отношений) и отсутствием удовлетворения женщины. ПЭ является наиболее распространенным сексуальным нарушением, возникающим у 15–20 % сексуально активных мужчин. В настоящее время, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU), выделяют первичную ПЭ, возникающую с момента сексуального дебюта, и вторичную ПЭ, диагностируемую в случае анамнестического указания на наличие периода половой жизни с нормальной продолжительностью коитуса. В современной урологической практике возможно выполнить как консервативную, так и хирургическую коррекцию данного состояния. В данном исследовании проводится сравнение эффективности двух хирургических методов лечения первичной ПЭ: селективная пенильная денервация и круговое иссечение крайней плоти (циркумцизио), которое опосредованно может влиять на длительность полового акта в связи с уменьшением чувствительности головки полового члена.

Материалы и методы: Выполнено ретроспективное исследование, проведенное в 2013–2023 гг. В исследование включено 140 мужчин с ПЭ, возраст пациентов колебался от 25 до 40 лет. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу включено 70 мужчин, которым была проведена селективная денервация. Вторую группу составило 70 пациентов, подвергшихся иссечению крайней плоти (циркумцизио). Оценку эффективности лечения проводили согласно результатам анкетирования по опроснику «Критерии преждевременного семяизвержения»

(КриПС), измерений времени интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС) с помощью секундомера и вибрационной чувствительности головки полового члена (ВЧГПЧ). Указанные исследования осуществляли исходно и через 3, 6, и 12 месяцев после операции.

Результаты: После трех месяцев после оперативного вмешательства у пациентов первой группы отмечено повышение результатов по КриПС на 58 % ($\pm 5\%$), в то время как у пациентов второй группы не отмечено столь выраженного улучшения результатов – повышение результатов по КриПС отмечено лишь на 11 % ($\pm 2\%$). По истечению 6 месяцев отмечено стойкое улучшение результатов анкетирования у пациентов первой группы, однако у пациентов второй группы статистически значимого улучшения не отмечено. У пациентов первой группы по прошествии 12 месяцев, согласно результатам анкетирования по КриПС, отмечено стойкое повышение результатов анкетирования до 77%, в то время как у второй группы отмечено некоторое снижение результата - 10,5%. Показатель ВИЗС к концу 12 месяцев у пациентов 1-й группы увеличился в 6 раз – с $48,6 \pm 13,6$ до $310,7 \pm 84,5$ с, тогда как во 2-й группе остался на прежнем уровне, исходно составил $47,2 \pm 11,6$ с, к концу наблюдения – $49,4 \pm 20,2$ с.

Выводы: Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о более высокой конечной эффективности селективной пенильной денервации над циркумцизио при первичной ПЭ. Указанные результаты актуальны в отношении пациентов, имеющих исходно низкое ВИЗС, подтвержденную результатами лидокаинового теста и биотезиометрии glandулярной части пениса. Сравнительно низкая эффективность кругового иссечения крайней плоти не позволяет рекомендовать его при первичном лечении ПЭ, в то время как селективную нейротомию при указанной сексуальной дисфункции следует признать рекомендованной.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОРСАЛЬНОГО БЛОКА ПРИ ЦИРКУМЦИЗИО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У ВЗРОСЛЫХ

Шиббаев А.Н.¹, Павлова Ю.В.², Смерницкий А.М.³

¹ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

²ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф. Владимирского

³ЧУЗ «ЦКБ РЖД Медицина», Москва, ул. Будаевская, 2

Циркумцизио является самым эффективным методом лечения фимоза и одной из самых часто выполняемых операций в мире. 37-39 % мужчин в мире выполнено удаление крайней плоти полового члена. В последние годы в России и зарубежом лечение данного заболевания у взрослых мужчин проводится преимущественно без госпитализации. Возможно использование следующих методов анестезии, местная инфильтрационная анестезии в листки крайней плоти, местная анестезия лидокаинсодержащими кремами, блокада дорсального нерва полового члена, внутривенная седация, эпидуральная анестезия, эндотрахеальный наркоз. Одним из наиболее важных направлений современной медицины являются исследования в области качества жизни пациентов. Эффективное устранение болевого синдрома как во время операции, так и раннем послеоперационном периоде остается важным показателем качества оказываемой пациентам медицинской помощи. Интенсивность боли является тем параметром, который чаще всего оценивается в клинических исследованиях с помощью таких показателей, как визуальная аналоговая шкала.

Цель: изучить эффективность обезболивания в пери- и раннем послеоперационном периоде при выполнении иссечения крайней плоти у взрослых.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование, включившее 173 пациентов за 2020-2022г, которым было выполнено обрезание крайней плоти в амбулаторных условиях в среднем возрасте $45 \pm 0,66$ лет. Всем пациентам циркумцизио выполнено по медицинским показаниям в связи с наличием разной степени выраженности фимоза. Исследуемые были разделены на 2 группы, в I группу ($n=76$) вошли пациенты, которым выполнено циркумцизио под местной инфильтрационной анестезией, с введением анестетика Ропивакаин $7,5 \text{ мг} \setminus \text{мл}$ – 8мл в листки крайней плоти. II группу ($n=97$) составили больные с обезболиванием по методике блокады тьюльного нерва полового члена с использованием р-р Ропивакаин $7,5 \text{ мг} \setminus \text{мл}$ – 8мл. Всем исследуемым выполнено иссечение листков крайней плоти "ручным" классическим способом. Эффективность анестезии оценивали пациенты по визуальной аналоговой шкале интенсивности боли (ВАШ), от 0 до 10 баллов, где 0 - пациент не ощущает боли, 10 - нестерпимые страдания.

Результаты: количество пациентов, которые оценивали боль по ВАШ в I группе на уровне 6-7 баллов в пери- и в раннем послеоперационном периоде составляла 70 человек (92%), (среднее ВАШ $6 \pm 0,8$). Во II группе, с использованием проводниковой анестезии, среднее ВАШ составил $2 \pm 0,78$ и болевой порог на уровне ВАШ 6-7 баллов отмечали 6 (6,18%).

Выводы: пациенты, подвергнутые процедуре иссечения крайней плоти под местным инфильтрационным обезболиванием, оперативное вмешательство перенесли удовлетворительно. Однако, в пери- и раннем послеоперационном периоде 70 (92%) из I группы отметили 6-7 баллов по ВАШ. Вместе с тем, наилучшие результаты в оценке интенсивности боли отметили пациенты, оперированные с использованием методики блокады дорсального нерва полового члена. Более того, достигается более эстетичный внешний вид за счет отсутствия гематом и отека листков крайней плоти, неизбежных при использовании местной инфильтрационной анестезии. Это обстоятельство, позволяет рекомендовать более широкое использование данной методики в качестве анестезиологического пособия при операциях на половом члене.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Попов С.В.^{1,2,6}, Гусейнов Р.Г.^{1,2,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.^{1,2}, Буненков Н.С.^{1,5},
Лелявина Т.А.^{1,7}, Бештоев А.Х.³, Малышев Е.А.³*

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

²ЧОУВО «СПбМСИ», Санкт-Петербург, Россия

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

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт группа имени А.А. Сморodinцева», Санкт-Петербург, Россия

⁵ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

⁶Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

⁷ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время следует отметить небольшое количество сообщений об эффективности медикаментозного предупреждения венозных тромбозмболических осложнений (ВТЭО) после урологических операций.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности эноксапарина натрия при использовании его для профилактики послеоперационных ВТЭО у пациентов урологического профиля

Материалы и методы. По данным медицинских карт 162 мужчин и женщин в возрасте от 22 до 93 лет, находившихся с апреля 2021 по декабрь 2023 года на стационарном плановом хирургическом лечении, ретроспективно изучались результаты теста генерации тромбина и ультразвукового ангиосканирования в системе нижней полой вены. Все пациенты и пациентки были разделены на 6 исследовательских групп в зависимости от степени риска развития послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений – очень низкой, низкой, умеренной, высокой, очень высокой и чрезвычайно высокой. Данные, полученные при постановке теста генерации тромбина у пациентов-участников из разных групп, во-первых, сравнивались с таковыми у практически здоровых добровольцев (n=35, контрольная группа); во-вторых - оценивались в динамике; в-третьих – сравнивались между отдельными группами.

Результаты. У участников исследования до операции регистрировалось статистически значимое увеличение пикового количества тромбина в образце и эндогенного тромбинового потенциала (ETP) на 5-26% и на 13,5-21,5%, соответственно. В послеоперационном периоде наблюдали: 1) через 1 час после вмешательства статистически значимое (на 9-29,2%) уменьшение времени инициации свертывания (Lag time); 2) статистически значимый рост пикового количества тромбина в образце на 4,9-10,8% через 1 час после операции и на 11-40,4% в конце первой послеоперационной недели; 3) снижение времени достижения пика тромбина в образце (ttPeak) на 13-14,8%; 4) повышение эндогенного тромбинового потенциала (ETP). По данным ультразвукового ангиосканирования у всех участников исследования отсутствовали ультразвуковые признаки тромботических событий в сосудах системы нижней полой вены.

Выводы: У пациентов урологического профиля, нуждающихся в хирургическом лечении, до операции и после нее практически всегда имеет место смещение гемостатического баланса в сторону преобладания активности свертывающей системы крови. В таких условиях для профилактики развития послеоперационных ВТЭО целесообразно и патогенетически оправдано применение эноксапарина натрия в разовой дозе, равной 0,4 мл или 4000 анти-Ха МЕ, вводимой 1 раз в сутки под кожу живота за 24 часа до операции и далее после нее вплоть до полной активизации больных.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КРЫС ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ

*Артамонов А.А., Боголюбов С.В Астахова А.В.
Тверь, Россия*

Цель: изучить морфологические изменения в половом члене крыс при алиментарном ожирении.

Материалы и методы: моделирование диетиндуцированного ожирения *in vivo* проводилось на 20 половозрелых белых крысах весом 140–160 г. Животные были разделены на две группы:

1-контрольная 8 животных (стандартная диета) и вторая – 12 крыс с диетиндуцированным ожирением. Через 4 месяца животные выводились из эксперимента путем передозировки наркоза. У всех животных производился забор пениса, фиксация его в 10% формалине. Гистологические срезы толщиной 6-8 мкм окрашивали гематоксилин и эозином, Суданом III. На поперечных срезах полового члена рассчитывали среднее количество адипоцитов в кавернозных телах и их площадь.

Результаты: при выведении из эксперимента средняя масса тела крысы в контрольной группе составила 298 ± 12 гр., а в экспериментальной – 424 ± 15 гр. ($p < 0,01$). Гистологическое исследование кавернозной ткани показало, что в контрольной группе среднее количество адипоцитов составило 10 ± 5 на препарат, в эксперименте их количество увеличивается в 3 раза ($p < 0,01$). У крыс с ожирением наблюдается не только увеличение количества жировых клеток, но и их площади до 986 ± 180 мкм³, по сравнению с контролем (520 ± 90 мкм³) ($p < 0,01$). Также было отмечено, что жировые клетки располагаются около вен, окружая их.

Вывод: алиментарное ожирение у крыс приводит к отложению адипоцитов больших размеров в кавернозной ткани пениса, что может служить морфологическим субстратом эректильной дисфункции при ожирении, за счет нарушения веноокклюзионного механизма эрекции.

Реконструктивно- пластическая урология

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ICG В БЛИЖНЕМ ИНФРАКРАСНОМ ИЗЛУЧЕНИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКЕ

Панферов А.С.¹, Бекреев Е.А.¹, Малхасян В.А.², Елагин В.В.¹,
Ястребов В.С.¹, Сухотерин А.И.¹

¹Медицинский центр «Медассист», г. Курск

²Кафедра урологии Российского Университета Медицины, Московский урологический центр ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

Введение. Современные технологии такие как роботическая, лапароскопическая хирургия имеют сопоставимую эффективность с открытыми вмешательствами в лечении пациентов с первичными стриктурами лоханочно-мочеточникового сегмента, при этом отмечается снижение операционной морбидности, более ранняя реабилитация пациентов. При всех имеющихся преимуществах хирург в своей работе сталкивается с рядом особенностей данных операций. Одним из недостатков лапароскопической хирургии, в том числе при использовании роботической системы, является отсутствие возможности тактильной оценки тканей, что особенно важно при определении уровня сужения и зоны рубцовых изменений мочеточника. Перспективным представляется применение индоцианина в ближнем инфракрасном излучении, как дополнительного метода интраоперационной оценки тканей.

Цель: сравнение результатов лапароскопической пиелопластики у пациентов с врожденной стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента в белом свете и с использованием ICG в ближнем инфракрасном излучении, а также сопоставление визуальной интраоперационной и морфологической картин.

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.

I группа – 59 пациентов, лапароскопическая пиелопластика в белом свете с интуитивным выбором границ резекции ЛМС. II группа – 15 пациентов, лапароскопическая пиелопластика с выбором границ резекции лоханочно-мочеточникового сегмента методом внутривенного введения индоцианина и последующей визуализацией в ближнем инфракрасном излучении.

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%.

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 и II группе составили – 28 дней.

Среднее время операции в I группе составило – $116,7 \pm 27,29$ мин, во II группе - $155 \pm 12,7$.

Длительность дренирования забрюшинного пространства в I группе составляла – $30,86 \pm 11,02$ ч, во II группе - $22,15 \pm 3,12$ ч.

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 (10,17%) осложнений 1 категории, 9 случаев (15,25%) 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 осложнений зафиксировано не было.

Эффективность оперативного лечения оценивали методом МСКТ с внутривенным контрастированием и динамической нефросцинтиграфии через 3 месяца. При этом во всех случаях было отмечено восстановление проходимости на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента, с улучшением временного показателя T1/2.

Выполнена морфологическая оценка резецированного материала, в стенке лоханочно-мочеточникового сегмента (при использовании ICG - зона соответствующая гипофлюоресценции) выявлены явления фиброза преимущественно мышечной оболочки с очаговой мононуклеарной инфильтрацией. Дополнительно оценивали признаки фиброза в краях резекции. В I группе показатель фиброза в краях резекции составил – 20,33%, во II группе – 6,66%. Также для морфологической оценки во II группе дополнительно получали фрагменты мочеточника на границе резекции, где определялась нормофлюоресценция – в препарате сохранена зональная дифференцировка слоев, признаков фиброза не выявлено.

Заключение. Лапароскопическая пиелопластика является эффективным методом лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента. Внутривенное введение индоцианина не влияет на ближайший результат лапароскопической пиелопластики, но использовании данного флюорофора помогает добиться резекции лоханочно-мочеточникового сегмента в пределах здоровых тканей, что потенциально может влиять на частоту развития рестенозов. Требуется дальнейшее исследование по выявлению связи фиброз в крае резекции/рестеноз и оценка отдаленных результатов в обеих группах.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕСТИКУЛЯРНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Шорманов И.С.¹, Щедров Д.Н.^{1,2}, Спасская Ю.С.², Гарова Д.Ю.^{1,3}

¹ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава РФ, г. Ярославль, Россия

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль, Россия

³ГБКУЗ ЯО «Центральная городская больница», г. Ярославль, Россия

Введение. Эндопротезирование яичка – новое направление реконструктивной андрологии. Его необходимость не вызывает сомнений, а установку импланта рассматривают как важную процедуру, имеющую целью восстановление эстетически приемлемого вида мошонки и предотвращение психологических последствий обладания «пустой» мошонкой. Удовлетворенность результатами протезирования – сложная и малоизученная сторона тестикулярного протезирования и рассматривается в литературе фрагментарно, без комплексного рассмотрения данного вопроса. Работы, в основе которых лежит всесторонний взгляд на проблему, от текстуры, конструкции самого импланта и эстетического восприя-

тия своего тела, до оценки влияния протезирования на половую жизнь и социализацию пациента, отсутствуют.

Цель исследования. Оценить результаты тестикулярного протезирования с помощью оригинального опросника, отражающего удовлетворенность физическими характеристиками импланта, особенности сексуального поведения и социально-психологический портрет пациента.

Материалы и методы. Анкетирование выполнено с использованием оригинального разработанного опросника. Проанализированы анкеты 236 пациентов – 112 взрослых через 1 год после протезирования и 124 подростков по достижении 18 лет со сроком после операции от 1 года до 8 лет. Во всех случаях выполнено протезирование с использованием импланта «Promedon».

Результаты. В обеих группах общая удовлетворённость протезированием составляет более 90%, преобладая у тех пациентов, которые оперированы в подростковом возрасте. При анализе данных, наибольшая удовлетворённость протезированием у пациентов с перекрутом яичка и его травмой, и худшие оценки удовлетворенности у пациентов с крипторхизмом, гипоплазией, монорхизмом, что существенно осложняло протезирование за счет атрофии мошонки (либо изначальной ее гипоплазии). При анализе срока от первичной орхэктомии до протезирования выявлено, что удовлетворенность протезированием не имеет тенденции к снижению по истечении времени, вплоть до 10 летнего промежутка между потерей гонады и протезированием. Требования к конечному результату зависят от уровня образования пациента и прямо ему пропорциональны. Результаты анкетирования демонстрируют наибольшую требовательность к протезированию у пациентов в возрастной группе 21-30 лет, как наиболее сексуально активной возрастной категории.

Оценка необходимости участия уролога-андролога в последующем наблюдении и реабилитации, после выполнения протезирования, с точки зрения пациента, в зависимости от различных обстоятельств отражает сходные результаты.

Выводы. Анкетирование пациентов показывает, что удовлетворенность тестикулярным протезированием высока, не менее 90-91%. Данные цифры не окончательные и дают возможность для дальнейшего улучшения метода, что следует из отсутствия максимальной оценки удовлетворённости результатами протезирования у пациентов – по всем критериям показатели не достигают отметки выше 95% используемой оценочной системы.

ОСНОВНЫЕ СЕМЬ ПРАВИЛ УСПЕШНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Осадчинский А.Е.
Москва*

Введение. Фаллопротезирование наиболее эффективный метод лечения эректильной дисфункции при отсутствии положительной динамики применения других видов терапии и характеризуется высоким уровнем удовлетворенности у пациентов (до 96 %). При отсутствии соблюдения алгоритма ведения пациента на всех этапах имплантационной хирургии причиной могут быть интра и послеоперационные осложнения.

Цель. Представить основные правила имплантации полового члена с целью улучшения результатов хирургического лечения.

Материалы и методы.

1. Ожидания и удовлетворенность. Часть пациентов недовольны результатами пенильной имплантации из-за нереалистичных ожиданий, связанных с поверхностным обсуждением перед данной хирургией. Большинство из них после операции остаются неудовлетворены размерами и формой своего полового члена из-за отсутствия теста с искусственной эрекцией перед имплантацией.
2. Правильный отбор пациентов. Выявление факторов риска у пациентов (сахарный диабет, иммуносупрессивная терапия, травма спинного мозга, инфекция мочеполовой системы, кавернозный фиброз) до операции позволяет сформировать полноценную хирургическую тактику для минимизации осложнений.
3. Адекватная установка цилиндров. С целью исключения интраоперационных осложнений во время бужирования кавернозных тел, таких как повреждение межкавернозной септы с последующим кроссовером, перфорация кавернозных тел, травма уретры требуется последовательное выполнение определенного алгоритма действий.
4. Расположение помпы. Высокое расположение помпы или чрезмерная длина трубочек в мошонке, может являться причиной неправильного подбора размера цилиндров и колпачков-экстендеров гидравлического импланта.
5. Расположение резервуара. Создание пространства для резервуара является наиболее технически сложным этапом данной хирургии из-за отсутствия визуального контроля и выполняется вслепую. Повреждение мочевого пузыря, крупных магистральных сосудов и кишечника наиболее часто встречаются у пациентов, перенесших тазовую хирургию или лучевую терапию.
6. Гемостаз. Послеоперационная гематома мошонки имеет риски инфицирования 0.2%-22.2% случаев. Своевременная отмена антикоагулянтов, адекватное закрытие корпоротомических отверстий, активация цилиндров, гемостаз оболочек перед закрытием раны, дренирование раны, а также компрессионная повязка способствуют снижению рисков образования гематомы.
7. Инфекционные осложнения. Предоперационная подготовка пациента, антибактериальная профилактика, контроль операционного времени и другие методы позволяют снизить риск инфекционно-воспалительного процесса.

Вывод. Правильный подход отбора пациентов с эректильной дисфункцией и полноценная организация хирургического процесса позволяют добиться успешных результатов при имплантации полового члена.

КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У МУЖЧИН

Сулейманов С.Р., Наджимитдинов Я.С.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Узбекистан

Введение. Предложено множество способов уретропластики, однако также велика частота различных осложнений в послеоперационном периоде. Повторно оперируемых по

поводу уретра-дермальных фистул на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению, что указывает на необходимость поиска мер предотвращения различных осложнений.

Цель. Изучить результаты ближайшие и отдаленные результаты уретропластики у пациентов взрослого возраста.

Материалы и методы. За период с января 2026 по декабрь 2023 года уретропластика используя различные методики выполнена у 68 мужчин. Средний возраст пациентов составил $23,4 \pm 2,6$ лет (от 18 до 26 лет). Всем больным ранее выполнено удаление крайней плоти (циркумцизия). 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 пеноскротального 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 (все больные), наличие свищей (23) и отсутствие детей после заключения брака (12 мужчин). Непременным условием пластики уретры была декомпрессия нижнего отдела мочевого тракта, которую выполняли, устанавливая катетер в полость мочевого пузыря через перкутанный надлобковый доступ. В том числе в просвет неоуретры вводили катетер малого диаметра. Восстановление самостоятельного мочеиспускания происходило на 12-15 сутки после оперативного вмешательства.

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 glandулопластику 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 члена закрывается кожным лоскутом созданным из мошонки; вторым этапом (спустя три месяца) выполняли разобщение пеноскротального анастомоза. После операции по Цецилю 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.

Выводы. 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.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА ПРИ СТРИКТУРЕ ЛАДЬЕВИДНОЙ ЯМКИ

Котов С.В.¹, Мамаев И.Э.^{1,2}, Глинин К.И.^{1,2}, Макараченко А.В.², Алекберов Э.М.^{1,2}

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

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

Введение. Стриктура ладьевидной ямки является актуальной проблемой ввиду сравнительной сложности методов хирургической коррекции способных обеспечить эстетический и функциональный результат высокого уровня. В этой связи нами применен новый метод, отвечающий вышеуказанным требованиям при сравнительной простоте выполнения.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование результата лечения 8 пациентов со стриктурой ладьевидной ямки, находившихся на стационарном лечении в ГКБ им. В.М. Буянова с 2021 по 2024 гг. Критерием включения явилось наличие изолированного уродинамически значимого сужения уретры в области ладьевидной ямки. Всем пациентам выполнялась трансуретральная вентральная уретротомия суженного участка при помощи копьевидного скальпеля с оптического контролем глубины рассечения. В последующем осуществлялся забор фрагмента слизистой ротовой полости треугольной формы и фиксация его в зоне рассечения по методике «inlay» при помощи 4 швов (монокрил 5-0) в глубину уретры и 5 швами по вентральной полуокружности наружного отверстия. Восстановление самостоятельного мочеиспускания осуществляли на 12-14 день.

Результат. Средний возраст больных составил 63,4 года. Период наблюдения от 2 до 30 месяцев. Этиологический фактор в 5 случаях ксеротический облитерирующий баланит, в 2 – неизвестен и у одного пациента – ятрогенная стриктура. У 5 пациентов в качестве графта использована слизистая губы, у 3 – слизистая щеки. Интра- и послеоперационных осложнений отмечено не было. Средние показатели качества мочеиспускания до операции: урофлоуметрия Q_{max} 7,2±3,6 мл/сек; IPSS 22±2,6. После операции Q_{max} 14,25±2,4; IPSS 16±2,8. Разбрызгивания мочи при микции не отметил ни один пациент. Все больные были довольны эстетическим результатом операции. Субъективная оценка хирургом удобства использования графтов из губы и щеки была в пользу слизистой губы.

Выводы. Метод трансуретральной аугментационной пластики стриктуры ладьевидной ямки с использованием слизистой ротовой полости является эффективным и безопасным методом коррекции обструкции указанной этиологии. Использование слизистой губы предпочтительнее как по причине меньшей толщины графта, что облегчает проведение операции, так и с точки зрения сохранности слизистой щек у пациентов с ксеротическим облитерирующим баланитом.

ОПЫТ УСПЕШНОЙ РЕИННЕРВАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РПЭ

Гураль А.К., Байтингер А.В.

НИИ «Микрохирургии Томск», ОГАУЗ «Томский онкологический диспансер»

Введение: Количество сексуально активных пациентов, с диагнозом рак предстательной железы (РПЖ) ежегодно растет. Согласно исследованиям, количество мужчин младше 40 лет, с диагнозом рак предстательной железы, удвоилось с 1995 г. (Sartor O. Why is prostate cancer incidence rising in young men? Cancer. 2020 Jan 1;126(1):17-18. doi: 10.1002/cncr.32497. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31553480). При этом несмотря на активное развитие лапароскопических, роботических технологий, а также разработке множества методик нервосбережения, около 70% пациентов перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), страдают ятрогенной ЭД (Coughlin, Geoffrey D et al. "Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: 24-month outcomes from a randomised controlled study." The Lancet. Oncology vol. 19,8 (2018): 1051-1060. doi:10.1016/S1470-2045(18)30357-7). Одной из причин развития эректильной дисфункции после РПЭ является нарушение иннервации полового члена, в следствии повреждения кавернозных нервов во время операции.

Золотым стандартом в лечении ЭД, возникшей после РПЭ, является фаллоэндопротезирование. Однако отсутствие физиологичности, в ряде случаев, приводит к отказу пациентов от протезирования. В настоящее время вопрос лечения ЭД, возникшей после РПЭ, отвечающего критериям физиологически, остается открытым до сих пор. Разработанный нами метод реиннервации полового члена является эффективным методом лечения ятрогенной ЭД после РПЭ.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 12 пациентов, средний возраст 63 года (52-69 лет), перенесших РПЭ с развившейся выраженной эректильной дисфункцией. У всех пациентов до РПЭ отмечалась удовлетворительная эректильная функция, позволяющая жить половой жизнью. Оценка эректильной функции проведена субъективно посредством самостоятельного заполнения пациентом опросника МИЭФ-5, а также объективно с помощью регистраций ночных пенильных туменисценций системой Андроскан. Всем пациентам выполнена реиннервация полового члена по разработанной авторами методике спустя 2-6 месяцев после РПЭ. В условиях СМА операционное поле обрабатывается трижды раствором антисептиков. Согласно предварительной разметке, выполняется разрез кожи в паховой области слева и справа. Остро и тупо выделяется бедренный нерв, выделяется фасцикул бедренного нерва латеральной головке квадрицепса, проводится электростимуляция стимулплекс 0.5мА, для верификации фасцикула. Согласно, предварительной разметке, выполняется разрез около латеральной лодыжки, забирается суральный нерв не менее 35 см. Суральный аутонейротрансплантат проводится в подкожном туннеле в паховой области. Под оптическим увеличением микроскопа выполняется микрохирургический эпипериневральный шов сурального аутонейротрансплантата с фасцикулом бедренного нерва к латеральной головке квадрицепса по типу конец-в-бок, отдельными узловыми швами, нитью 10\0, через сформированное эпипериневральное окно. Выполняется разрез у основания полового члена с диссекцией фасции Бака с последующим доступом в кавернозные тела. Аутонейротрансплантат делится пополам, каждый дистальный конец разволокняется на

фасцикулы и проводится в кавернозные тела. Фасция ушивается нитью викрил 5\0. Ауто-нейротрансплантат фиксируется к фасции нитью нейлон 6\0. Послойное ушивание раны.

Результаты: Максимальный срок наблюдения составил 18 месяцев. Средний балл МИЭФ-5 до операции составил 5.4, тогда как после операции 19.9. В доперационном периоде спонтанных пенильных тумесценций не отмечалось ни у одного пациента. У всех пациентов, у которых с момента проведения реиннервации прошло более 9 месяцев, отмечается восстановление спонтанных и ночных тумесценций. Все пациенты отметили снижение чувствительности латеральной части стопы, с которой был произведен забор аутоотрансплантата, которые прошли примерно через 2 месяца.

Выводы: Разработанная методика реиннервации полового члена после РПЭ показала свою эффективность. У всех пациентов после проведения реиннервации отмечается удовлетворительная эректильная функция, позволяющая жить половой жизнью. Так же, данная методика имеет ряд преимуществ по сравнению с фаллопротезированием, а именно восстановление физиологической устойчивой эрекции.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОВТОРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА ЯИЧКА

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

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

²Клиника «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль

История применения протезов яичка насчитывает более 70 лет. Несмотря на эволюцию материалов и совершенствование техники имплантации только 77% пациентов оценивают результат имплантации как хороший или отличный. В повторных оперативных вмешательствах по замене или коррекции положения импланта нуждаются 4,7% пациентов. Особенности реимплантации протеза яичка недостаточно освещены в современной литературе. Мы приводим клиническое наблюдение замены импланта яичка у пациента, неудовлетворенного результатами первичной имплантации.

Клиническое наблюдение. Пациент М, 56 лет обратился в клинику «Мать и Дитя Ярославль» с жалобами на плотную консистенцию, малый размер и высокое положение импланта левого яичка в мошонке, а также неприятные, иногда болевые ощущения в положении сидя, связанные со смещением импланта в направлении паховой складки. В 2021 году пациенту выполнена орхофуникулэктомия слева по поводу опухоли левого яичка, а 23.01.23 произведена имплантация протеза яичка N&S (Promedon, Аргентина, размер М). При объективном исследовании: протез яичка расположен в верхнелатеральном отделе левой половинки мошонки, имеет плотную консистенцию. Послеоперационный рубец длиной 3 см расположен параллельно срединному шву в верхнем отделе мошонки слева. При измерении орхидометром Прадера объем яичка составил 20 мл, объем импланта 16 мл.

Пациенту предложено удаление протеза яичка с одномоментной установкой протеза другого типа (заполненный силиконовым гелем эндопротез яичка, производитель ЗАО «ПЛАСТИС-М») и большего размера (45–36 мм). 10.07.23 выполнена реимплантация протеза яичка. Ввиду закрытия шейки мошонки при проведении первичной имплантации использовали мошоночный доступ. Для формирования полости использовали катетер Foley 20Fr

с наполнением баллона на 30 мл по методике, предложенной Simms. Фиксация импланта к оболочкам мошонки не производилась. На 3-й день после операции пациент обучен методике деликатной тракции импланта яичка к основанию мошонки с рекомендацией выполнять данную процедуру дважды в день на протяжении 14 дней.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 1 месяц операции пациент сообщил об отсутствии дискомфортных ощущений и об удовлетворённости положением, размерами и консистенцией установленного импланта.

Заключение. Неудовлетворенность эстетическими и функциональными результатами является ключевой проблемой тестикулярной имплантации на сегодняшний день. Повышение показателя удовлетворенности пациентов может быть достигнуто следующими путями:

1. Использование протезов яичка, наполненных жидким силиконом.
2. Точный подбор размера импланта на основании сравнения всех трех размеров импланта и контралатерального яичка.
3. Позиционирование протеза яичка в переднемедиальном отделе соответствующей половины мошонки, максимально низко
4. Для профилактики смещения яичка в верхние отделы мошонки после операции может быть полезна мануальная тракция импланта к основанию мошонки.

Рубцовые изменения нижних мочевыводящих путей

ВОЗМОЖНОСТИ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Катибов М.И.¹, Бозданов А.Б.^{2,3}, Алибеков М.М.^{1,4}, Магомедов З.М.^{1,4}

¹Городская клиническая больница, Махачкала

²Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Москва

³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

⁴Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Введение. Тулиевый лазер с недавних пор достаточно успешно применяется при различных урологических заболеваниях. Однако лишь в нескольких исследованиях сообщается о его применении при стриктурах уретры. Отмеченные обстоятельства определяют актуальность настоящего исследования, целью которого служила оценка результатов использования тулиевого лазера для лечения стриктуры уретры.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 45 мужчин со стриктурой уретры в возрасте от 43 до 85 лет (медиана – 65 лет), которым выполняли лазерную уретротомию с помощью тулиевого волоконного лазера «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полюс», Фрязино, Россия). В ходе операции использовали лазерное волокно длиной 200 мкм при энергии 0,5 Дж и мощности 10 Вт. Протяженность стриктуры составляла от 0,5 до 2,5 см (медиана – 1,2 см). Стриктура была локализована в пенильном отделе у 16 (35,6%) пациентов, в бульбозном – у 15 (33,3%), в бульбомембранозном – у 11 (24,4%), в мембранозном – у 3 (6,7%). Ятрогенная этиология имела место у 24 (53,3%) пациентов, травматическая – у 10 (22,2%), воспалительная – у 7 (15,6%), идиопатическая – у 4 (8,9%). В 32 (71,1%) наблюдениях стриктура носила первичный характер, в 13 (28,9%) – рецидивный. Успехом лечения считали отсутствие жалоб на затрудненное мочеиспускание в сочетании с максимальной скоростью мочеиспускания более 15 мл/с и отсутствием или незначительным количеством остаточной мочи (менее 50 мл). Динамику различных параметров после операции оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Различие между показателями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. Сроки послеоперационного наблюдения варьировали от 3 до 48 месяцев (медиана – 18 месяцев). При данных сроках лечение было успешным у 32 (71,1%) пациентов. Сроки рецидива стриктуры уретры после оперативного вмешательства составляли от 3 до 18 месяцев (медиана – 6 месяцев). При рецидиве стриктуры уретры повторно проводили тулиевую лазерную уретротомию. При этом у 2 из 13 пациентов с рецидивом стриктуры уретры всего 3 раза применяли лазерную технологию (1 раз первично и 2 раза по поводу рецидива), а у остальных 11 пациентов – 2 раза (1 раз первично и 1 раз по поводу рецидива). В дальнейшем у всех пациентов с рецидивом стриктуры уретры и повторной лазерной уретротомией удалось обеспечить удовлетворительное качество мочеиспускания (средняя скорость мочеиспускания – от 8,0 до 15,0 мл/с), однако у 10 из 13 таких пациентов это было достигнуто путем периодической дилатации уретры (бужирования) каждые 1–4 месяца в зависимости от клинических проявлений данного заболевания. Интраоперационных осложнений не возникло. Из послеоперационных осложнений отмечена только инфекция мочевыводящих путей у 5 (11,1%) пациентов. За период наблюдения установлено достоверное улучшение медианы следующих показателей по всей группе пациентов после опе-

ративного лечения по сравнению с дооперационными данными: максимальной скорости мочеиспускания – с 9,2 до 21,1 мл/с ($p=0,024$); средней скорости мочеиспускания – с 4,5 до 10,3 мл/с ($p=0,025$); объема остаточной мочи – с 110 до 42 мл ($p=0,014$); показателей анкеты IPSS – с 20 до 7 баллов ($p=0,011$); качества жизни по анкете IPSS – с 5 до 2 баллов ($p=0,017$).

Выводы. Тулиевая лазерная уретротомия представляется достаточно безопасным и эффективным методом лечения коротких стриктур уретры вне зависимости от характера, этиологии и локализации рубцового процесса. Однако небольшое число наблюдений и непродолжительные сроки послеоперационных наблюдений в мировой литературе диктуют необходимость продолжения подобных научных исследований.

СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СТРИКТУРЫ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Катибов М.И.¹, Богданов А.Б.^{2,3}, Алибеков М.М.^{1,4}, Магомедов З.М.^{1,4}, Лоран О.Б.³

¹Городская клиническая больница, Махачкала

²Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Москва

³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

⁴Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Введение. В клинической практике достаточно часто встречается сочетание стриктуры передней уретры и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Однако в мировой литературе практически отсутствуют работы по изучению вопросов лечения пациентов с сочетанием этих двух заболеваний. В связи с этим было проведено настоящее исследование с целью оценки результатов начального опыта симультанного лечения стриктуры передней уретры и ДГПЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 4 пациента с сочетанием стриктуры передней уретры и ДГПЖ, у которых проводили симультанное оперативное лечение в объеме промежностной/пенильной уретростомии и тулиевой лазерной энуклеации аденомы предстательной железы. Возраст пациентов составлял в среднем $63,0 \pm 6,5$ лет (54–69 лет). У 1 (25%) пациента стриктура была локализована в пенильной уретре, у 3 (75%) – в бульбозной. Протяженность стриктуры составляла в среднем $2,1 \pm 0,9$ см (1–3 см). Объем предстательной железы составлял в среднем $63,8 \pm 13,5$ см³ (45–77 см³). Методика операции заключалась в формировании уретростомы на вентральной поверхности полового члена (при стриктуре пенильной уретры) или на промежности (при стриктуре бульбозной уретры) с последующим выполнением через уретростому тулиевой лазерной энуклеации аденомы предстательной железы по трехдолевой технике. После операции на 7 дней устанавливали уретральный катетер 18–22 Ch, после удаления которого мочеиспускание осуществляли по уретростоме. Критерием успеха лечения считали отсутствие obstructивных симптомов нижних мочевых путей, потребовавших применения эндоскопического или открытого хирургического вмешательства, вне зависимости от того, что перинеостомия рассматривалась как первый этап лечения или окончательный вариант деривации мочи. Выбор уретростомы в качестве первого этапа лечения с последующим устранением уретростомы путем тубуляризации уретры на

втором этапе или в виде окончательного варианта отведения мочи осуществляли на основе желания пациента и его соматического статуса.

Результаты. Сроки послеоперационного наблюдения варьировали от 3 до 18 месяцев (среднее значение – $11,3 \pm 7,4$ месяцев). Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Успех лечения отмечен у всех 4 (100%) пациентов. У 1 пациента (25%) через 7 месяцев после операции возникла потребность в однократном бужировании уретры без необходимости эндоскопического или открытого оперативного вмешательства, поэтому и этот случай был отнесен к числу успешных. У 2 (50%) пациентов через 3 месяца после симультанного вмешательства было произведено закрытие уретростомы (тубуляризация уретры): в одном наблюдении с пенильной уретростомой тубуляризация уретры выполнена без использования аугментирующих материалов, в другом наблюдении с промежностной уретростомой – с использованием слизистой щеки по вентральной «onlay» технике. У обоих пациентов при сроках наблюдения после тубуляризации уретры 4 и 14 месяцев без аугментации и с использованием буккального графта соответственно рецидива obstructивных симптомов не отмечено. У 2 (50%) пациентов со сроками наблюдения 3 и 18 месяцев к настоящему времени сохраняется уретростома.

Выводы. Предложенный нами подход может быть успешно применен у пациентов с сочетанием стриктуры передней уретры и ДГПЖ. Однако окончательные рекомендации по тактике ведения таких пациентов могут быть разработаны после дальнейших научных исследований в данном направлении.

ТУЛИЕВЫЙ ЛАЗЕР В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Катибов М.И.¹, Богданов А.Б.^{2,3}, Алибеков М.М.^{1,4}, Магомедов З.М.^{1,4}, Довлатов З.А.³

¹Городская клиническая больница, Махачкала

²Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Москва

³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

⁴Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Введение. Стеноз шейки мочевого пузыря достаточно часто встречается после различных оперативных вмешательств по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Относительно высокая частота рецидива стеноза шейки мочевого пузыря после существующих эндоскопических и реконструктивно-пластических операций обуславливает актуальность изучения новых методов лечения. Использование тулиевого лазера для лечения данного заболевания представляется перспективным. С учетом этого было проведено настоящее исследование с целью изучения эффективности и безопасности применения тулиевого лазера для лечения стеноза шейки мочевого пузыря.

Материалы и методы. В исследование включено 24 мужчины со стенозом шейки мочевого пузыря доброкачественной этиологии, у которых проводили оперативное лечение с использованием тулиевого волоконного лазера «Уролаз» (Россия). Средний возраст пациентов составлял $66,1 \pm 7,2$ лет. У 23 (95,8%) пациентов стеноз шейки мочевого пузыря возник после трансуретральной резекции предстательной железы, у 1 (4,2%) – открытой

аденомэктомии. У 18 (75%) пациентов стеноз шейки мочевого пузыря носил первичный характер, у 6 (25%) – рецидивный. Критериями успеха лечения считали отсутствие жалоб на затрудненное мочеиспускание в сочетании с максимальной скоростью потока мочи ≥ 15 мл/с и отсутствием или незначительным количеством объема остаточной мочи (< 50 мл).

Результаты. Среднее время выполнения оперативного вмешательства составило $25,0 \pm 5,9$ минут при диапазоне значений от 15 до 45 минут. Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила в среднем $3,2 \pm 0,9$ дня при диапазоне значений от 1 до 7 дней. Срок дренирования мочевого пузыря после операции с помощью уретрального катетера составил в среднем $12,1 \pm 1,7$ дней при диапазоне значений от 10 до 14 дней. Сроки послеоперационного наблюдения пациентов варьировали от 3 до 50 месяцев при среднем значении $21,1 \pm 7,1$ месяца. Успех лечения отмечен у 21 (87,5%) пациента. Все случаи рецидива возникли первые 6 месяцев при среднем сроке развития рецидива $2,8 \pm 1,1$ месяца после операции. Во всех случаях рецидива была повторно выполнена лазерная абляция фиброзных тканей шейки мочевого пузыря. После повторной нашей операции у данных пациентов при сроках наблюдения от 3 до 24 месяцев рецидив стеноза шейки мочевого пузыря не отмечен. Ранние осложнения (интраоперационные или в первые три месяца после операции) возникли у 8 (33,3%) пациентов и соответствовали категории I по классификации Clavien-Dindo: дизурия – у 4 (16,7%) пациентов, urgentное недержание мочи – у 3 (12,5%), транзиторная гематурия – у 1 (4,2%), Поздние осложнения (после трех месяцев после операции) возникли у 2 (8,3%) пациентов и соответствовали категории I по классификации Clavien-Dindo: транзиторное стрессовое недержание легкой степени у обоих пациентов.

Выводы. Использование тулиевого лазера при стенозе шейки мочевого пузыря позволяет добиться достаточно высоких показателей эффективности и безопасности лечения. Однако с учетом отсутствия других работ по изучению возможностей тулиевого лазера в лечении стеноза шейки мочевого пузыря окончательные выводы о месте и роли данного метода лечения могут сделаны после дальнейших подобных научных исследований.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Симаков Валерий Викторович

Клинико-диагностический центр МЕДСИ на Красной Пресне, Москва

Введение. Общая распространенность болезни Пейрони оценивается в 3-5%. При этом, ее этиология до сих неясна. Длительный воспалительный ответ может приводить к ремоделированию соединительной ткани в фиброзную бляшку, что в свою очередь способствует искривлению полового члена. В настоящее время при лечении БП используются несколько вариантов нехирургического лечения, в том числе пероральная терапия. Целью исследования является оценка влияния перорального препарата «Пейрофлекс» на симптоматику болезни Пейрони.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 23 мужчины с болезнью Пейрони. Для всех была проведена оценка выраженности боли по 10-ти балльной шкале, измерена степень искривления в градусах, а также выявлена площадь бляшки (опционально). Всем пациентам был назначен препарат «Пейрофлекс» по 1 капсуле 2 раза в день в течение

6 месяцев минимум. Вторичный визит был назначен после 6 месяцев приема препарата.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 52,6 (от 41 до 64 лет) лет. За полгода применения препарата «Пейрофлекс» оценка выраженности боли уменьшилась с 0,57 до 0,35 баллов ($p=0,057$). Кроме того, снизилась степень искривления полового члена с 19,78 до 19,35 градусов, но статистические незначимо ($p=0,539$). Также, уменьшилась протяженность бляшки с 11,52 до 10,7 мм ($p=0,054$).

Выводы. Данное исследование показало, что препарат «Пейрофлекс» способствует уменьшению симптомов болезни Пейрони. По итогу длительного применения исследуемого препарата у пациентов была снижена оценка выраженности боли и незначительно уменьшилась степень искривления полового члена и протяженность бляшки. Таким образом, препарат «Пейрофлекс» улучшает состояние при болезни Пейрони при длительном курсе приема.

КОРРЕКЦИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Епифанова М.В.¹, Костин А.А.¹, Артеменко С.А.¹, Епифанов А.А.²

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

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Результаты консервативных методов лечения болезни Пейрони (БП) не превосходят плацебо, а хирургическое лечение не всегда приводит к удовлетворительным результатам. Цель исследования: оценка эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), в комбинации с экстракорпоральной ударно-волновой терапией (ЭУВТ), а также монотерапии ЭУВТ в лечении болезни Пейрони (патент на изобретение РФ № 2741196).

Материалы и методы. В открытом, проспективном, неконтролируемом исследовании 70 мужчин с БП рандомно были разделены на 2 равноценные группы. В 1 группе выполнено лечение с помощью ЭУВТ (Dornier Aries) на половой член (ПЧ), зону фиброза, кальцинаты дважды в неделю на протяжении 6 недель, возраст 46,3 лет (21-71), продолжительность БП 1,4 года (0,5-5). Группа 2 получала 2 сеанса терапии в неделю в течение 6 недель. 1 сеанс включал ЭУВТ на ПЧ, зону фиброза, кальцинаты и инъекции АОТ в ПЧ, зону фиброза, кальцинаты (АОТ активировали с помощью ЭУВТ). 2 сеанс включал в себя ЭУВТ на ПЧ, зону фиброза, кальцинаты, возраст 44,1 лет (24-71), продолжительность БП 1,9 года (0,5-6). Результаты оценивали на 0 и 60 дни исследования: PDQ (6), ВАШ при эрекции и при половом контакте, УЗИ ПЧ, угол искривления ПЧ (медиана (IQR)%). Полученные значения считали статистически значимыми при $p<0,05$, использовался критерий Уилкоксона. Исследование одобрено этическим комитетом Медицинского института РУДН.

Результаты. Лечение всеми пациентами переносилось удовлетворительно. Вначале будут представлены результаты в группе 1. ВАШ при эрекции с 3,4 (0-5) уменьшилась до 0 баллов (0-0) ($p<0,001$). ВАШ при половом контакте с 1,5 балла (0-3) уменьшилась до 0 баллов (0-1) ($p<0,05$). PDQ с 9,5 баллов (6-17) уменьшился до 3 баллов (0,7-5,1) ($p<0,001$). Угол искрив-

ления ПЧ с $30,3^\circ$ (17-49) уменьшился до $20,9^\circ$ (15,7-36,1) ($p<0,05$). Размер кальцинатов ПЧ с 4,2 мм (2,6-8,6) уменьшился до 2,4 мм (1-5,1) ($p>0,05$). Фиброз ПЧ с 268,2 мм² (123-367,6) уменьшился до 109,5 мм² (56,2-176) ($p<0,05$). Далее следуют данные по группе 2. ВАШ при эрекции с 3 баллов (1-4) уменьшилась до 0 баллов (0-1,5) ($p<0,001$). ВАШ при половом контакте с 3,5 баллов (2,4-5) уменьшилась до 1 баллов (0-1) ($p<0,001$). PDQ с 13,6 баллов (7,9-18,5) уменьшился до 5 баллов (1-7,6) ($p<0,001$). Угол искривления ПЧ с $28,4^\circ$ (18,6-47) уменьшился до 15° (7,2-25,5) ($p<0,05$). Размер кальцинатов изменился с 3,5 мм (2,1-8,7) до 2,4 мм (1-4,1) ($p<0,05$). Фиброз с 117,9 мм² (71,9-295) уменьшился до 30,7 мм² (20,6-70,5) ($p<0,05$). В 15 случаях (42,8%) в группе 2 фиброз исчез полностью по данным УЗИ. Через 60 дней после лечения межгрупповой анализ демонстрирует значимое уменьшение площади фиброза ПЧ и выраженности болевого синдрома по данным ВАШ в группе где применялась АОТ в комбинации с ЭУВТ ($p<0,05$).

Заключение. Монотерапия ЭУВТ и комбинированная терапия АОТ с ЭУВТ являются эффективными консервативными методами лечения БП. Комбинированное лечение более эффективно в отношении коррекции фиброза ПЧ и болевого синдрома при болезни Пейрони.

**Организация
здравоохранения в урологии
и андрологии**

ОРГАНИЗАЦИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНЕ КАК ПЕРСПЕКТИВА РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИИ РОССИИ

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 2021 г. – 129351, и существенно меньше 2020 г. – 139585. В 2022г. диагноз мужское бесплодие установлено 472 мужчинам, а женское бесплодие 1260 женщинам, что меньше чем в 2021 г.: мужской фактор зарегистрирован у 586 пациентов, женский у 1342 женщин, и меньше данных за 2020 г.: 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 2021 г. – 7; в 2020 г. – 6, что явно не соответствует количеству мужчин с клиническими проявлениями гипогонадизма. При этом данная патология не выявлена ни в одном случае в 2020 г., 2021 г., 2022 г. 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.

КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕНИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Попов С.В.^{1,2,6}, Гусейнов Р.Г.^{1,2,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.^{1,2}, Буненков Н.С.^{1,5}, Лелявина Т.А.^{1,7}, Бештоев А.Х.³, Малышев Е.А.³

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

²ЧОУВО «СПбМСИ», Санкт-Петербург, Россия

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

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

⁵ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

⁶Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

⁷ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Изучение результатов оперативного эндоскопического лечения пациентов урологического профиля в зависимости от сроков госпитализации послужило задачей исследования

Материалы и методы. В основе выполнения данного исследования – результаты обследования и лечения 1749 пациентов, за период с января 2021 года по декабрь 2023 года; из них 844 чел. (48,3 %) - мужчины, 905 (51,7%) - женщины. Возраст больных - от 41 до 70 лет (средний возраст-57,4 лет).

Проведен сравнительный анализ результатов оперативного эндоскопического лечения пациентов урологического профиля в двух группах. Вмешательства были сопоставимы по объему. Пациентов разделили по группам с учетом тождественности и числа дней, которые пациенты находились под стационарным наблюдением после оперативного вмешательства. Первую группу составили пациенты, которые наблюдались в стационарных условиях в течение 3–4 дней; вторую – пациенты, которые в течение первых суток были выписаны под амбулаторное наблюдение.

Для оценки выраженности болевых ощущений использована визуально-аналоговая шкала. Качество жизни определялось по опроснику SF-36 – количественная оценка физического, эмоционального и социального компонентов жизни (первый, третий дни).

Результаты. Средний показатель боли по шкале в первые сутки после операции в группах пациентов составил $5,54 \pm 0,3$ и $5,18 \pm 0,2$ баллов, что расценено как «переносимая» боль. В течение последующего периода наблюдения отмечалось уменьшение выраженности болевых ощущений, сопоставимое в обеих группах больных. Результаты анализа качества жизни пациентов двух групп в первые сутки послеоперационного периода свидетельствуют о сопоставимости данных по шкалам PR, PF, BP, GH. Регистрируются лучшие ($p < 0,05$) параметры у пациентов второй группы, в сравнении с первой, по шкалам SF, RE и MH. При анализе результатов опросника качества жизни через три дня после операции отмечено значительное улучшение по всем шкалам; достоверно лучшие результаты ($p < 0,05$) достигнуты у пациентов второй группы, по сравнению с первой, по шкалам VT ($84,7 \pm 4,3$), SF ($86,8 \pm 4,4$), RE ($82,7 \pm 4,3$), MH ($82,3 \pm 4,6$), что характеризует лучшее социальное функционирование и более высокую жизненную активность.

Выводы. Выполнение эндоскопических вмешательств в урологии позволяет добиться лучшей переносимости болевых ощущений, особенно в первые сутки после операции, что оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов. Сокращение сроков пребывания в стационаре до суток без усиления болевого синдрома повышает социально-экономическую значимость эндоскопических методов и подчеркивает перспективность выполнения дальнейших исследований.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Саркисян А.Д.¹, Шаповаленко Т.В.¹, Даренков С.П.², Агамов З.Х.¹

¹Клиническая больница № 1 «Медси», Москва, Россия

²Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение: в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 наблюдалось снижение возможности оказания плановой специализированной медицинской помощи по различным нозологиям. В таких условиях эффективным решением становится государственно-частное партнерство - форма взаимодействия частного капитала и государства.

Целью работы явилось оценить возможность оказания специализированной урологической помощи в условиях стационара частной системы здравоохранения в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы исследования: представлены показатели использования коечного фонда, хирургической работы отделения, в том числе структура операций в разрезе групп операций в отделении Центра урологии и литотрипсии Клинической больницы №1 Медси за период с 01.06.2020 г по 31.12.2021.

Результаты: в оцениваемый период 757 пациентов в возрасте от 18 до 87 лет были госпитализированы и пролечены. За счет средств ОМС было выполнено 861 операций (283 в 2020 г. и 578 в 2021 г.).

Выводы: стационарное урологическое отделение коммерческой клиники может взять на себя оказание специализированной медицинской помощи населению в рамках ОМС, в том числе и в условиях пандемии.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, новая коронавирусная инфекция COVID-19, урологическая помощь.

Содержание

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРОСТАТЫ	3
ВОДНО-ПАРОВАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ)	5
ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	6
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ОДНОМ ЦЕНТРЕ.....	7
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПОЗИЦИИ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO	8
АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ХОДЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГПЖ	10
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ 5 α -РЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕД ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ	11
ОДНОВРЕМЕННАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЪЕМОМ 160 СМ. КУБ. И EN-BLOCK РЕЗЕКЦИЯ СТЕНКИ МОЧЕТОЧНИКА С ОБРАЗОВАНИЕМ	12
ГОЛЬМИЕВАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ПРОСТАТЫ: СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	13
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТУЛИЕВОЙ ВОЛОКОННОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	15
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА НА ОСНОВЕ КУРКУМИНА И ГЕНИСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ, НЕ ТРЕБУЮЩЕЙ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	16
КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	16
ПРОФИЛАКТИКА ОККЛЮЗИИ НЕЦЕЛЕВЫХ СОСУДОВ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ.....	17
СРАВНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ И КОРОТКИХ КУРСОВ ПРОСТАМОЛ УНО (ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ).....	19
МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ	21
ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	23
ПЕНТАФЕКТА КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	24
ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИНАМИКА КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА ЭЯКУЛЯТА У МУЖЧИН СОСТОЯЩИХ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ.....	25

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН	26
ИЗМЕНЕНИЯ В УРОВНЕ АНЕУПЛОИДИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР В РФ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	28
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ И АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС МУЖЧИН	29
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	31
ИЗМЕНЕНИЯ КРОВОТОКА В МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ БОЛЬНЫХ ПРОСТАТОПАТИЕЙ ПРИ КУРСОВОМ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА АДЕНОПРОСИН	33
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА /СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕЙ ПОЛИМЕТАЛЛИЧЕСКИХ РУД	34
ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	36
ПЕРСПЕКТИВЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ И ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА.....	37
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	38
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА/СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ.....	39
БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	40
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ УРОЛОГИЯ	41
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ ДЕТРУЗОРНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ	43
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЧЕТОЧНИКЕ	44
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПЕНСАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЕГО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДГПЖ	45
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО И ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	46
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИРАБЕГРОНА И ТАМСУЛОЗИНА ОКАС У ПАЦИЕНТ С ДЛИТЕЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ЦИСТИТОМ В АНАМНЕЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	47
СТРУКТУРНАЯ РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДГПЖ.....	48
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	50

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	51
МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ВОЗРАСТ. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СТАРЕНИЯ ДЕТРУЗОРА	52
УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С НЕ НЕЙРОГЕННЫМИ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.....	53
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	54
ВАРИКОЦЕЛЕ	57
ВЛИЯНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ НА УРОВЕНЬ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ	59
THE IMPORTANCE OF SCROTAL DOPPLEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF VARICOCELE	60
WHICH FACTORS HAVE AN IMPACT ON FERTILITY OUTCOMES OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY?	60
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ СУБИНГВИНАЛЬНАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ДОППЛЕРОВСКИМ КОНТРОЛЕМ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.....	61
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЧРЕСПАХОВОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ.....	62
ОНКОУРОЛОГИЯ	65
ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	67
EN-VLOC РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ СИСТЕМОЙ – ПРОСТО И БЕЗОПАСНО?	68
САЛЬВАЖНАЯ ВЫСОКОДОЗНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	69
НЕРВОСБЕРЕГАЮЩАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	70
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	71
РЕЗУЛЬТАТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ШВОВ НА УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИИ	72
ОСОБЕННОСТИ ЗАДНЕЙ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	73
ВЛИЯНИЕ ГЕЛЕВЫХ СПЕЙСЕРОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИАКРИЛАМИДА НА РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОЗЫ И РЕКТАЛЬНУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ВЫСОКОМОЩНОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	75

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ АБЛАЦИИ УРОТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	76
ПРИМЕНЕНИЕ ОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ВИРУССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	77
КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.....	78
СОГЛАСОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ГРАДАЦИИ ОПУХОЛИ ПО ГЛИСОНУ.....	79
РОЛЬ ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫХ ФИБРОБЛАСТОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ НЕМЫШЕЧНОИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	81
ВЫСОКОМОЩНОСТНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	82
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИХ РАДИКАЛЬНЫХ ЦИСТЭКТОМИЙ. ОПЫТ 200 ОПЕРАЦИЙ.....	82
РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО СКРИНИНГОВОГО АНАЛИЗА ЦИФРОВОЙ К ПЕЛЬНОЙ ПЦР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ МУТАЦИЙ GPR126 ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	84
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА	85
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО СИНХРОННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	86
ВОЗМОЖНОСТИ И АКТУАЛЬНОСТЬ САТУРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	87
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	88
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИТИНОЛОВЫХ СТЕНТОВ ПРИ СТЕНОЗЕ ЦИСТОУРЕТРОАНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭТОМИИ	90
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМФИЗИТОМ ПОСЛЕ РАРП (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	91
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	93
РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОРХИТА	95
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УРЕАПЛАЗМ У МУЖЧИН С СИМПТОМАМИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	96
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ФИТОФРОН НА ПЕРСИСТЕНТНЫЕ СВОЙСТВА УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МОЧИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	98
ПЕПТИДЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – БАЗОВОЕ СРЕДСТВО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕВЫХ И МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	99

NEW APPROACH TO OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN SEPTIC, OBESE PATIENTS	100
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИБРОНФРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫЯВЛЕННЫМ ТИТРОМ МИКРООРГАНИЗМОВ В МОЧЕ	101
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СТАРЕНИЕ КАК ОСНОВА ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	102
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ	103
ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	104
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОСТАНОРМ® НА ПЕРСИСТЕНТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ	105
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СИМПРАЗОЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ...	107
СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ЦИТОКИНОВЫЕ РЕАКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	108
ФЕРМЕНТОТЕРАПИЯ ЛОНГИДАЗОЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ	109
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ	111
МОНИТОРИНГ НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	113
ПОКАЗАТЕЛИ НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ У КОМБАНТАНТОВ.....	114
ПРИМЕНЕНИЕ ТАДАЛАФИЛА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	115
КОРРЕКЦИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ	116
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	117
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИДЕТРУЗОРНОГО ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	117
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИЕМА ТАДАЛАФИЛА ПО СРАВНЕНИЮ С ПРИЕМОМ ПО СИТУАТИВНОЙ ПОТРЕБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ.....	118
СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ	119
ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС	121
ГОРМОН-ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ЯИЧЕК	123

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ С ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН.....	124
ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	125
ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МУЖЧИН, ЖИТЕЛЕЙ ТЕХНОГЕННО-ТРАНСФОРМИРОВАННОЙ ТЕРРИТОРИИ, ЗАНЯТЫХ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕЙ РУД ЦВЕТНЫХ МЕТАЛЛОВ	126
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА АЛЬФА 420 У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НОРМОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ	127

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 129

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТАВА КОНКРЕМЕНТОВ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	131
СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ «УМНЫЙ ЛАЗЕР» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	132
РЕТРОГРАДНАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ – СОВРЕМЕННЫЙ И ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ РОССИИ	133
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРОЛИТИАЗА: ОТ БЕЗОПАСНОСТИ К КАЧЕСТВУ	134
ЭКСТРЕННОЕ ДВУСТОРОННЕЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ: АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.....	135
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА.....	137
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОНКРЕМЕНТАМИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА.....	138
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	139
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИБРОНЕФРОСКОПИИ	140

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ И АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 143

ВИРУСНЫЙ МИКРОБИОМ ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РПЖ И ДГПЖ	145
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРАЗЛАГАЕМЫХ СТЕНТОВ В УРОЛОГИИ.....	146
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЕЧЕНИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ	147
ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОГОРАФИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБЪЕМА ПРОСТАТЫ.....	148
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДАПОКСЕТИН У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ ...	149
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ ...	150

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ЦИРКУМЦИЗИО ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЗЯКУЛЯЦИИ	151
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОРСАЛЬНОГО БЛОКА ПРИ ЦИРКУМЦИЗИО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У ВЗРОСЛЫХ.....	152
ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	153
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КРЫС ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ	154
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ	157
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ICG В БЛИЖНЕМ ИНФРАКРАСНОМ ИЗЛУЧЕНИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКЕ	159
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕСТИКУЛЯРНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ.....	160
ОСНОВНЫЕ СЕМЬ ПРАВИЛ УСПЕШНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	161
КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У МУЖЧИН	162
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА ПРИ СТРИКТУРЕ ЛАДЪЕВИДНОЙ ЯМКИ	164
ОПЫТ УСПЕШНОЙ РЕИННЕРВАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РПЭ.....	165
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОВТОРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА ЯИЧКА	166
РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	169
ВОЗМОЖНОСТИ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ	171
СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СТРИКТУРЫ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	172
ТУЛИЕВЫЙ ЛАЗЕР В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	173
ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	174
КОРРЕКЦИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ	175
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УРОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ	177
ОРГАНИЗАЦИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНЕ КАК ПЕРСПЕКТИВА РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИИ РОССИИ.....	179
КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕНИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	180
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	181

СНАЧАЛА СВЕЧИ

ЗАТЕМ ТАБЛЕТКИ

ВИТАПРОСТ®

ПРАВИЛЬНЫЙ КУРС



Краткая информация из инструкций 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. инструкции 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 принимают 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 суппозиториев Витапрост®, 3 года для таблеток Витапрост®. Условия отпуска: без рецепта. Рег. номер: для суппозиториев Витапрост® - ЛП-№(000363)-(PF-RU); для таблеток Витапрост® - ЛП-№(000638)-(PF-RU). За дополнительной информацией обращаться: АО «НИЖФАРМ», 603105 Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, тел.: +7 (831) 278-80-88, факс: +7 (831) 430-72-28, e-mail: med@stada.ru.

POS-20251211-2038

ВИТАПРОСТ® СУППОЗИТОРИИ РУ ЛП-№(000363)-(PF-RU) ОТ 15.09.21, ВИТАПРОСТ® ТАБЛЕТКИ РУ ЛП-№(000638)-(PF-RU) ОТ 24.03.22, АО «НИЖФАРМ», 603105, РФ, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ.САЛГАНСКАЯ, 7.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ



Лидерство —
наша страсть



Омник Окас



Бетмига®



Омник®



Везикар



Уро-Ваксом®



ООО «Астеллас Фарма Продакшн», 109147, Россия, Москва, ул. Маркистская, д. 16, +7(495)737 07 56

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На правах рекламы

MAT-RU-NON-2023-00016-NOV-2023-ONPOINT