ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯСЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
"АКАДЕМИК Б.О. ЖАРБОСЫНОВ АТЫНДАҒЫ УРОЛОГИЯ ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ" АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Б.У. ДЖАРБУСЫНОВА»
МINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
JOINT-STOCK COMPANY «SCIENTIFIC CENTRE OF UROLOGY NAMED AFTER ACADEMICIAN B.U. DZHARBUSSYNOV»

ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯСЫ

MEMЛЕКЕТТІК ҒЫЛЫМИ ТӘЖІРИБЕЛІК МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL OF MEDICINE

№1 (2) 2012

Алчинбаев М.К.
Канатбаева А.Б.
Кусымжанов С.М.
Есполова Г.Л.

Бас редактор / Главный редактор / Editor in chief
Бас редактордың орынбасары / Заместитель главного редактора / Deputy editor
Кусымжанов С.М.
Бас редактор / Бас редактор / Заместитель главного редактора / Deputy editor
Кауапты хатшы/ Ответственный секретарь/ Executive secretary

Alchinbaev M.K. Kanatbaeva A.B. Kussymzhanov S.M. Yespolova G.D.

РЕДАКТОРЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ / РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ / EDITORIAL BOARD:

Медеубеков У.Ш. Малих М.А. Макажанов М.А. Хусаинов Т.Э. Омаров Е.С. Батырбеков М.Т Мухамеждан И.Т. Medeubekov U.Sh.
Malih M.A.
Makazhanov M.A.
Khussainov T.E.
Omarov E.S.
Batyrbekov M.T.
Muhamezhdan I.T.

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС / РЕДАКЦИОННЫЙ COBET / EDITORIAL COUNCIL:

	- 2,4,1111,1111,111,111,111,111,111,111,11
Абилдаев Т.Ш.	(Алматы, Қазақстан)
Абылкасымов Е.А.	(Астана, Қазақстан)
Арзыкулов Ж.А.	(Алматы, Қазақстан)
Баттакова Ж.Е.	(Алматы, Қазақстан)
Бейсен Н.Е.	(Астана, Қазақстан)
Избасаров А.И.	(Алматы, Қазақстан)
Касимов Н.К.	(Павлодар, Қазақстан)
Куандыков Н.К.	(Өскемен, Қазақстан)
Кудайбергенов Т.К.	(Алматы, Қазақстан)
Курмангалиев О.М.	(Ақтөбе, Қазақстан)
Муминов Т.А.	(Алматы, Қазақстан)
Нургазиев К.Ш.	(Алматы, Қазақстан)
Султанова Б.Г.	(Алматы, Қазақстан)
Табынбаев Н.Б.	(Қызылорда, Қазақстан)
Тоқсанбаев А.Т.	(Алматы, Қазақстан)
Хайрли Г.З.	(Астана, Қазақстан)
Шалекенов Б.У.	(Алматы, Қазақстан)
Акилов Ф.А.	(Ташкент, Өзбекістан)
Алькараз А.	(Барселона, Испания)
Аполихин О.И.	(Мәскеу, Ресей)
Гайбуллаев А.А.	(Ташкент, Өзбекістан)
ДжавадЗаде С.	(Баку, Азербайджан)
Калинченко С.Ю.	(Мәскеу, Ресей)
Колесник Н.А.	(Киев, Украина)
Неймарк А.И.	(Барнауыл, Ресей)
Нусратуллоев И.Н.	(Душанбе, Тәжікстан)
Строцкий А.В.	(Минск, Беларусь)
Усупбаев А.Ч.	(Бішкек, Қырғызстан)
Шредер Ф.Г.	(Амстердам, Голландия)

Abildayev T.Sh. Kazakhstan) (Almaty. Abylkasymov E.A. (Astana, Kazakhstan) Arzykulov J.A. (Almaty, Kazakhstan) Battakova Zh.E. (Almaty, Kazakhstan) Beisen N.E. (Astana, Kazakhstan) Izbasarov A.I. (Almaty, Kazakhstan) Kassimov N.K. (Pavlodar, Kazakhstan) Kazakhstan) Kuandykov N.K. (Uskemen. Kudaibergenov T.K. (Almaty, Kazakhstan) Kurmangaliyev O.M. (Aktube, Kazakhstan) Muminov T.A. (Almaty, Kazakhstan) Nurgaziev K.Sh. (Almaty, Kazakhstan) Sultanov B.G. (Almaty, Kazakhstan) Tabynbayev N.B. (Kyzylorda, Kazakhstan) Toksanbayev A.T. (Almaty, Kazakhstan) Hayrli G.Z. (Astana, Kazakhstan) (Almaty, Shalekenov B.U. Kazakhstan) Akilov F.A. (Tashkent, Uzbekistan) Alkaraz A. (Barcelona, Spain) Apolihin O.I. Russia) (Moscow, Gaybullayev A.A. (Tashkent, Uzbekistan) Azerbaijan) JavadZadeh S. (Baku, (Moscow, Russia) Kalinchenko S.J. Kolesnik N.A. (Kiev, Ukraine) Neimark A.I. (Barnauyl, Russia) Nusratulloyev I.N. (Dushanbe, Tazhikstan) Strotsky A.V. (Minsk. Belarus) (Bishkek, Kyrgyzstan) Usupbayev A.C. Schröder F.H. (Amsterdam, Netherlands)

КҰРЫЛТАЙШЫСЫ / УЧРЕДИТЕЛЬ / FOUNDER:

"Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы" акционерлік қоғамы. Журнал Қазақстан Республикасының байланыс және ақпарат министрлігінде тіркелген. Есепке алу туралы куәлігі №12064-Ж 17.10.2011 жылы берілді. Мерзімділігі: 3 айда 1 рет. Тиражы: 500 дана. №1 (2) 2012 Жазылу индексі: 74480.

Акционерное общество "Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова". Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и информации Республики Казахстан. Свидетельство о постановке на учет от 17.10.2011 года №12064-Ж. Периодичность: 1 раз в 3 месяца. Тираж: 500 экз. №1 (2) 2012 Подписной индекс: 74480.

Joint-stock company «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov». The journal is registered at the Ministry of Communications and Information of the Republic of Kazakhstan. The certificate of registration from 17.10.2011, № 12064-F. Frequency:1 every 3 months. Circulation: 500 copies. Number 1 (2) 2012 Subscription index:74480.

РЕДАКЦИЯНЫҢ МЕКЕН-ЖАЙЫ ЖӘНЕ ЖУРНАЛДЫҢ РЕКВИЗИТТЕРІ / AДРЕС РЕДАКЦИИ И PEKBUЗИТЫ ЖУРНАЛА / EDITORIAL ADDRESS AND DETAILS MAGAZINE:

050060, Қазақстан, Алматы қаласы, Басенов көшесі, 2 тел: +7 (727) 337 84 92, 337 85 02 факс: +7 (727) 337 84 97 Е-mail: urology_kz@mail.ru CTH 600400054703 БСН 990 2400008165 ДСК КZ43920RK AC000609215 «КазИнвестБанкі» АҚ, КБЕ 17 БСК SWIFT KAZSKZKA

050060, Kazakhstan, Almaty,
Basenovstreet, 2
tel: +7 (727) 337 8492,33785 02
fax: +7 (727) 337 84 97
E-mail: urology_kz@mail.ru
TRN 600400054703
BIN 990 2400008165
IIC KZ43920RKAC000609215
JSC «KazInvestBank», KBE 17
BIC SWIFT KAZSKZKA

050060, Казахстан, город Алматы, улица Басенова, 2 тел: +7 (727) 337 84 92, 337 85 02 факс: +7 (727) 337 84 97 E-mail: urology_kz@mail.ru PHH 600400054703 БИН 990 2400008165 ИИК КZ43920RKAC000609215 AO «КазИнвестБанк», КБЕ 17 БИК SWIFT KAZSKZKA

ДИЗАЙН ЖӘНЕ БЕТТЕУІ / ДИЗАЙН И BEPCTKA / DESIGN AND LAYOUT:

ЖШС «PRESSMAN» типографиясында басып шығарылды. Алматы қ., Гагарин данғылы, 33, тел. +7 (727) 379 32 61 Отпечатано в ТОО Печатный дом «PRESSMAN» г. Алматы, проспект Гагарина, 33, тел.: +7 (727) 379 32 61 Printed in the Printing House Ltd. «PRESSMAN» Almaty с., Gagarin avenue 33, tel.: +7 (727) 379 32 61

ЖАРИЯЛАНАТЫН МӘЛІМЕТТЕРДЕГІ АҚПАРАТТАРДЫҢ НАҚТЫЛЫҒЫ АВТОРЛАРДЫҢ ЖАУАПКЕРШІЛІГІНДЕ / ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДОСТОВЕРНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ, ПУБЛИКУЕМЫХ В ЖУРНАЛЕ, HECYT ABTOPЫ / RESPONSIBILITY FOR THEACCURACY OF THE INFORMATION IN THE PUBLISHED MATERIALS, SHALL THE AUTHORS

Determination of maintenance of met-

als and inorganic toxins for children

and teenagers, resident in different

MA3M¥НЫ / COДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

І. ЖАЛПЫ УРОЛОГИЯ	І. ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ	I. QUESTIONS OF UROLOGY
СҰРАҚТАРЫ М.К. Алшынбаев, М.А. Малих, Е.С. Омаров, Д.И. Сеңгірбаев, А.И. Қаимбаев, С.А. Романова, А.Ж. Жаңабек	УРОЛОГИИ М.К. Алчинбаев, М.А. Малих, Е.С. Омаров, Д.И. Сенгирбаев, А.И. Каимбаев, С.А. Романова, А.Ж. Жанабек	M.K. Alchinbayev, M.A. Malikh, Y.S. Omarov, D.I. Sengirbayev, A.I. Kaimbayev, S.A. Romanova, A.Zh. Zhanabek
Маржантәрізді нефролитиазды емдеуде дәстүрлік ота мен дистанционды литотрипсияны үйлестіріп қолдану	Открытое оперативное лечение в сочетании с дистанционной лито-трипсией при коралловидном нефролитиазе	Open operative treatment in combination with distance lithotripsy of staghorn nephrolithiasis
Н.Б. Табынбаев, И.Ж. Валишаев,	Н.Б. Табынбаев, И.Ж. Валишаев,	N.B. Tabynbaev, I.Z. Valishaev,
Р.А. Фатхи, Д.В. Тян,	Р.А. Фатхи, Д.В. Тян,	R.A. Fathi, D.V. Tyan,
Е.К. Искаков, Е.Г. Ержанов	Е.К. Искаков, Е.Г. Ержанов	E.K. Iskakov, E.G. Erzhanov
Инновациялық кішкене инвазивті технологияларды аймақтардағы урология тәжірибесінде қолдану тиімділігі10	Применение инновационных малоинвазивных технологий в урологической практике регионов10	The application use of innovation minimally invasive urological practice technologies in the regions10
М.А. Малих, С.А. Романова,	М.А. Малих, С.А. Романова,	M.A. Malikh, S.A. Romanova,
Е.С. Омаров, А.И. Қаимбаев,	Е.С. Омаров, А.И. Каимбаев,	Y.S. Omarov, A.I. Kaimbayev,
А.Ж. Жаңабек	А.Ж. Жанабек	A.Zh. Zhanabek
Куық лейкоплакиясы бар науқа- стардың функциональді анализ жағдайының және емдеу әдістерінің баламалы тандауы13	Анализ функционального состояния мочевого пузыря у больных с лейкоплакией, выбор оптимального метода лечения	Analysis of the functional state of urinary bladder in patients with leukoplakia, selection of optimal method of treatment
М.Н. Сарқұлов,	М.Н. Саркулов,	M.N. Sarkulov,
О.М. Құрманғалиев	О.М. Курмангалиев	O.M. Kurmangaliev
Бордың қосылыстарымен ластанған су көздеріне жақын тұратын тұрғындарының бүйрек дисфункциясы17	Почечные дисфункции у населения, проживающеговблизи водоисточников, загрязненных соединениями бора	Nephritic dysfunctions at the population living near to water sources, polluted by boron compound
А.Ж. Суранчиев	А.Ж. Суранчиев	A.Zh . Suranchiyev
Ірі көлемді қуықасты безінің қатерсізг иперпалзиясының трансуретральді резекция әдісімен жасалған отадан кейінгі ерте кезеңде басқа ағзаларының созылмалы сырқаттары бар егде тартқан науқастарды айықтыру	Реабилитация больных в раннем послеоперационном периоде после трансуретральной резекций доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров, с учетом имеющейся сопутствующей патологии	Rehabilitation of patients in the early postoperative period after transurethral resection benign prostatic hyperplasia larger, taking into account existing comorbidity
II. НЕФРОЛОГИЯ	II. НЕФРОЛОГИЯ	II. NEPHROLOGY
Ж.Е. Қуаншалиева	Ж.Е. Куаншалиева	Zh.E. Kuanshalieva
Несеп-тас ауруы бар науқастарға	Оценка эффективности проведения	Estimation of efficiency of leadth-
нефропротективті ем жүргізу тиімділігін бағалау22	нефропротективной терапии у пациентов с уролитиазом22	rough of nephroprotektiv therapy in patients having urolithiasis22
Ш АНДРОЛОГИЯ	III. АНДРОЛОГИЯ	III. ANDROLOGY
М.К. Алшынбаев, Т.Э. Хусаинов,	М.К. Алчинбаев, Т.Э. Хусаинов,	M.K. Alchynbayev, T.E. Khussai-
Е.А. Сүлейменов, К.Т. Надыров	Е.А. Сулейменов, К.Т. Надыров	nov, Ye.A. Suleimenov, K.T. Nadyrov
Созылмалы бактериалды проста- титті құрамдастырылған емі26	Комбинированное лечение хронического бактериального простатита26	The combined treatment of chronic bacterial prostatitis26
IV. УРОЛОГИЯДАҒЫ	IV. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ	IV. METHODS OF DIAGNOSIS
диагностика әдістері	В УРОЛОГИИ	IN UROLOGY
М.К. Алшынбаев,	М.К. Алчинбаев,	M.K. Alchinbayev,
Ұ.Ш. Медеубеков,	У.Ш. Медеубеков,	U.Sh. Medeubekov,
С.М. Құсымжанов, С.Т. Алиева, Қ.Н. Кабдолдин, А.Т. Аубакирова	С.М. Кусымжанов, С.Т. Алиева, К.Н. Кабдолдин, А.Т. Аубакирова	S.M. Kussymzhanov, S.T. Alieva, K.N. Kabdoldin, A.T. Aubakirova

Определение содержания металлов

и неорганических токсикантов у

детей и подростков, проживающих

түрлі аймақта-

темірлермен

рында мекендейтін балалар мен

Қазақстанның

жасөспірімдердің

MA3M¥HЫ / COДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

бейорганикалық улы заттардың	в различных регионах Казахста-	regions of Kazakhstan
әсерін тексеру36	на36	36
М.А. Мақажанов, Л.А. Жантелиева,	М.А. Макажанов, Л.А. Жантелиева,	M.A. Makazhanov, L.A. Zhantelieva,
А.С. Омарова, Қ.М. Абділманов	А.С. Омарова, К.М. Абдильманов	A.S. Omarova, K.M. Abdilmanov
Қуық несепағар рефлюксімен	Оценка поражений паренхимы	The assessment of the lesion of
ауыратын балаларды ультрады-	почек у детей с пузырно-	kidney parenchyma in children
быстық тексеру арқылы бүйрек	мочеточниковым рефлюксом при	with vesicoureteral reflux using
ұлпасының зақымдалуын анық-	помощи ультразвука	ultrasound
<i>may39</i>	39	39
М.К. Алшынбаев,	М.К. Алчинбаев,	M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov,
Н.М. Қадырбеков, А.К. Бұйрашев,	Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев,	A.K. Buirashev, A.A. Muravyov,
А.А. Муравьев, Г.Е. Надирбаев	А.А. Муравьев, Г.Е. Надирбаев	G.E. Nadirbaev
Орналасуы әр-түрлі үрпі	Ультразвуковая уретрография в	Ultrasound urethrography in
тарылуының сипатын анықтауында	определении характера струк-	determining the nature of
ультра-дыбыстық уретрографияның	туры уретры различной локализа-	urethral stricture different loca-
орны42	уии42	tion42
Ұ.Ш. Медеубеков, Қ.Ж. Маскутов,	У.Ш. Медеубеков, К.Ж. Маскутов,	U.Sh. Medeubekov, K.Zh. Maskutov,
А.М. Садыков, Г.Е. Надирбаев,	А.М. Садыков, Г.Е. Надирбаев,	A.M. Sadykov, G.E. Nadirbayev,
Б.М. Макеев, Д.Е. Мами	Б.М. Макеев, Д.Е. Мами	B.M. Makeev, D.E. Mami
Қуықасты безінің қатерсіз гипер-	Использование озонированного раство-	The application of the ozonized solu-
плазиясына бар науқастарда	ра в комплексном лечении пациентов	tion in the complex treatment at patients
озондалған ерітіндімен кешенді	с доброкачественной гиперплазией	with benign prostatic hyperplasia
емдеу45	предстательной железы45	45
Е.Б. Мұсабек, Е.В. Попенко,	Е.Б. Мусабек, Е.В. Попенко,	E.B. Musabek, E.V. Popenko,
Г.А. Эминова, Т.М. Түленов	Г.А. Эминова, Т.М. Туленов	G.A. Eminova, T.M. Tulenov
Төменгі несеп жолдарының қызметін	Оценка современных методов	Estimation of modern methods of
зерттеуінің жаңа әдістерін баға	исследования функционального состоя-	research of the functional condi-
лау48	ния нижних мочевых путей48	tion of the bottom uric ways48
		tion of the contoni time mays
V. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ДӘРІ-	V. СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАР-	V. UP TO DATE MEDICINES
ДӘРМЕКТЕР	СТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	WOT TO DITTE MEDICINES
М.К. Алшынбаев, Е.А. Сулейменов,	М.К. Алчинбаев, Е.А. Сулейменов,	M.K. Alchinbayev, E.A. Suleymenov,
Т.Э. Хусаинов, І.Т. Мұхамеджан	т.Э. Хусаинов, И.Т. Мухамеджан	T.E. Khussainov, I.T. Mukhamedzhan
Гипогонадизмді емдеудегі қолданыл-	Оценка клинической эффективности	Clinical evaluation of the effective-
ған «Андрогель» препаратының кли-	препарата «Андрогель» при лече-	ness of preparation "Androgel" in the
никалық тиімділігін бағалауы53	нии гипогонадизма53	treatment of hypogonadism53
М.К. Алшынбаев, Ұ.Ш. Медеубеков,	М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков,	M.K. Alchinbayev, U.Sh. Medeubekov,
К.Т. Надыров, П.Т. Мұхамеджан,	К.Т. Надыров, И.Т. Мухамеджан,	K.T. Nadyrov, I.T. Mukhamedzhan,
К.Ж. Маскутов	К.Ж. Маскутов	K.Zh. Maskutov
Қуық асты безінің созылмалы	Актуальные вопросы лечения	Topical issues related to the
бактериалды қабынуын емдеу	хронического бактериального прос-	treatment chronic bacterial pros-
мәселесінің өзектілігі56	mamuma56	tatitis56
Ә.Т. Тоқсанбаев, Т.Э. Хусаинов,	А.Т. Токсанбаев, Т.Э. Хусаинов,	A.T. Toksanbaev, T.E. Khussainov,
д.И. Сеңгірбаев, А.Д. Нысанбаев	Д.И. Сенгирбаев, А.Д. Нисанбаев	D.I. Sengirbaev, A.D. Nisanbaev
Биореттеуші пептид Вита-	Применение биорегулирующего	The application of a bioregulated
простты жасөспірімдердің	пептида Витапрост в комбини-	peptide Vitaprost in the combined
созылмалы простатитін емдеудегі	рованной терапии хронического	therapy of a chronic prostatitis at
	простатита у подростков62	teenagers62
үйлестірілген емде қолдану62	простатита у пооростков02	icenagers02
VI. БАЛАЛАР УРОЛОГИЯСЫ	VI. ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ	VI. CHILDREN'S UROLOGY
Ф.А. Акилов,	Ф.А. Акилов,	F.A. Akilov,
Я.С. Наджимитдинов	Я.С. Наджимитдинов	Y.S. Nadjimitdinov
Балалардың маржантәрізді	Перкутанная нефролитотомия	The percutaneous nephrolithotomy
тастарын емдеудегі перкутанды	в лечении коралловидных камней	in the management of staghorn re-
нефролитотомия67	почек у детей67	nal calculi in children67
М.И. Әбдібеков	М.И. Абдибеков	M.I. Abdibekov
Бүйрекүсті безі қыртысының	Анализ результатов феминизи-	To evaluate the anatomical and cos-
туа пайда болған қызметтік	рующей генитопластики у детей с	metic results of feminizing genito-
бұзылысы бар балаларға жасалған	врожденной дисфункцией коры над	plasty in children with ambiguous

MA3M¥НЫ / COДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

феминизациялайтын генитопластика нәтижесін талдау70	почечников	genitalia due to congenital adrenal hyperplasia70
VII. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР	VII. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	VII. CLINICAL CASES
С.М. Құсымжанов, О.М. Құрманғалиев, Б.Г. Тоқтабаянов, Э.Н. Шумкова Несепагар ісігінде қолданылған мүшесақтау отасы	С.М. Кусымжанов, О.М. Курмангалиев, Б.Г. Токтабаянов, Э.Н. Шумкова Органосохраняющее вмешательство при опухоли мочеточника	S.M. Kusymzhanov, O.M. Kurmangaliyev, B.G. Toktabayanov, E.N. Shumkova Sparing surgery of tumors of the ureter
Н.Б. Табынбаев, А.Т. Нурумов, Қ.Е. Медетбаев, А.Ж. Темірбаев Уретраның толық қосарлануы - зәр шығару жүйесінің сирек кездесетін аномалиясы83	Н.Б. Табынбаев, А.Т. Нурумов, К.Е. Медетбаев, А.Ж. Темирбаев <i>Редкая форма аномалии развития нижних мочевых путей</i> — полное удвоение уретры	N.B. Tabynbaev, A.T. Nurumov, K.E. Medetbaev, A.Zh. Temirbaev A rare form of anomaly of development of the bottom uric ways - full dou-bling of the urethra83
VIII. ДӘРІСТЕР С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов Еркектердің метаболиялық син- дромының ФДЭ-5 ингибиторлар түрінің төзімділігінен арылу86	VIII. ЛЕКЦИИ С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов Преодоления резистентности к ингибиторам ФДЭ-5 типа у мужчин с метаболическим синдромом86	VIII. LECTURES S.J. Kalinchenko, L.O. Worslov Overcoming resistance PDE-5 inhibitors type in men with metabolic syndrome
IX. ШОЛУЛАР А.Т. Аубакирова, С.Т. Алиева, Л.М. Наими, С.М. Дуйсенбаева. Г.Д. Есполова Антиспермалық антиденелерді иммундық бедеуде анықтау әдістерін	IX. ОБЗОРЫ А.Т. Аубакирова, С.Т. Алиева, Л.М. Наими, С.М. Дуйсенбаева, Г.Д. Есполова Методы определения антиспермальных антител при иммунном бесплодии	IX. REVIEWS A.T. Aubakirova, S.T. Alieva, L.M. Naimi, S.M. Duisenbaeva, G.D. Yespolova Methods of determination of antisperm antibodies at immune sterility
X. ХАБАРЛАУЛАР Академик Б.О. Жарбосыновтың 80 жас мерейіне, «Теориялық және клиникалық медицинаның қазіргі мәселелеріне» арналған ТМД елдерінің жас ғалыммедиктерінің XII Халықаралық конференциясы	X. ОБЪЯВЛЕНИЯ XII Международная конференция молодых ученых-медиков стран СНГ «Современные проблемы теоретической и клинической медицины», посвященная 80-летию Академика Б.У. Джарбусынова	X. ANNOUNCEMENT XII International Conference of Young Scientists, physicians CIS "Modern problems of theoretical and clinical medicine", dedicated to the 80-th anniversary of academician B.U. Dzharbussynov

I. ЖАЛПЫ УРОЛОГИЯ СҰРАҚТАРЫ / ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ УРОЛОГИИ / QUESTIONS OF UROLOGY

УДК 616.613-003.7-089

ОТКРЫТОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИЕЙ ПРИ КОРАЛЛОВИДНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ

Авторы: М.К. Алчинбаев, М.А. Малих, Е.С. Омаров, Д.И. Сенгирбаев, А.И. Каимбаев, С.А. Романова,

А.Ж. Жанабек

Адрес: AO «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Проведен анализ эффективности открытого оперативного лечения в сочетании с дистанционной

литотрипсией у 40 больных коралловидным нефролитиазом в возрасте от 29 до 75 лет (средний возраст 47,3±12,45 лет) находившихся на лечении в клинике Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова в период с 2000 по 2010 гг. Всего выполнено 102 операции, из них 40 были в виде открытого оперативного лечения и 62 сеанса дистанционной литотрипсии по поводу резидуальных камней почек. В результате проведенного исследования было установлено, что пиелонефролитотомия в сочетании с дистанционной литотрипсией является эффективным методом лечения больных коралловидным нефролитиазом. Использование метода позволила осуществить щадящее удаление коралловидного конкремента, без оставления «клинически значимых» резидуальных фрагментов, у значительного числа больных. Проведение дистанционной литотрипсии резидуальных камней показано осуществлять на фоне дренирования почки нефростомой, которое позволяет значительно снизить

уровень вторичных незапланированных процедур.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, коралловидный нефролитиаз, хирургические комбинированные методы лечения.

Аталуы: Маржантәрізді нефролитиазды емдеуде дәстүрлік ота мен дистанционды литотрипсияны үйлестіріп

қолдану

Авторлар: М.К. Алшынбаев, М.А. Малих, Е.С. Омаров, Д.И. Сеңгірбаев, А.И. Қаимбаев, С.А. Романова,

А.Ж. Жаңабек

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: 2000 - 2010 жылдар аралығында Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы клиникасында

емделген 29 – 75 жас (орта жасы 47,3±12,45 жыл) аралығындағы маржан тасы бар 40 науқастың дәстүрлі ота мен дистанционды литотрипсияны үйлестіріп емдеудің тиімділігіне талдау жасалды. Барлық науқасқа 102 ота жасалды, оның 40 дәстүрлі операция, ал 62 жағдайда бүйректің резидуалды тастарына байланысты дистанционды литотрипсия жүргізілді. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде маржантәрізді тасты пиелонефролитотомия мен дистанционды литотрипсияны үйлестіріп емдеу тиімді әдіс екені анықталды. Бұл әдісті қолдануда маржантәрізді тасты алуда науқасқа ауыр жарақат салмай, резидуалды тастарды қалдырмауға қол жеткізді. Резидуалды тастарға дистанционды соққы толқынды литотрипсия бүйректе кәріз түтігі болған жағдайда жасалды, бұл екіншілік жоспарсыз жасалатын шаралардың

жиілігін айтарлықтай төмендетті.

Түйінді сөздер: несеп тасы ауруы, маржантәрізді нефролитиаз, үйлестірілген хирургиялық емдеу әдістері.

Title: Open operative treatment in combination with distance lithotripsy of staghorn nephrolithiasis

Authors: M.K. Alchinbayev, M.A. Malikh, Y.S. Omarov, D.I. Sengirbayev, A.I. Kaimbayev, S.A. Romanova,

A.Zh. Zhanabek

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Analyzed the effectiveness of open operative treatment in combination with distance lithotripsy in 40 patients

with dendritic nephrolithiasis at the age of 29 to 75 years (mean age 47.3 ± 12.45 years) treated at the clinic, JSC «Scientific centre of urology named after B.U. Dzharbussynov» in the period from 2000 to 2010. Total 102 patients performed surgery, 40 of them were in the form of open operative treatment and 62 sessions of distance lithotripsy in respect of residual kidney stones. By the result of leading research was established that pielonephrolithotomy in combination with lithotripsy is an effective method of treatment for patient with dendritic nephrolithiasis. The using of this method allows for gentle removal of staghorn nephrolithiasis without mark of "clinically significant" residually fragment, a significant number of patients. The realization of distance lithotripsy of residual stones is shown to perform on the background to the kidney nephrostomy drainage that

allows to significantly reduce the level of unplanned secondary procedures.

Key words: kidney stone disease, staghorn nephrolithiasis, surgical combined treatment.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является актуальной проблемой современной медицины, так как занимает одно из ведущих мест среди болезней почек во всех регионах земного шара, в том числе и в нашей стране [1–3]. Наиболее сложной как в патоге-

нетическом плане, так и в плане лечения самостоятельной нозологической формой МКБ является коралловидный нефролитиаз [4–11]. Технический прогресс в медицине, в частности, в урологии и связанное с этим бурное развитие лечебных технологий – дистан-

ционной литотрипсии (ДЛТ), перкутанной хирургии и др. явились своего рода революцией в лечении МКБ, в том числе и коралловидного нефролитиаза [12–15]. Одной из проблем в данном вопросе является не только строгий по показаниям выбор, прогнозирование, оценка эффективности результатов как традиционного оперативного лечения, ДЛТ, перкутанных технологий, но и их возможных комбинаций с оценкой ближайших и отдалённых результатов лечения [16, 17].

В настоящее время ДЛТ широко применяется при лечении больных мочекаменной болезнью. За последние годы создано несколько новых поколений дистанционных литотриптеров, отличающихся друг от друга в основном по способу генерации ударных волн (электрогидравлический, электромагнитный, пьезоэлектрический, лазерный и микровзрывной эффекты). Создание новых литотриптеров позволило расширить показания к применению метода в виде монотерапии при коралловидном нефролитиазе [15–17]. Многие зарубежные и отечественные авторы сообщают о том, что ДЛТ может являться альтернативным методом в лечении начальных форм коралловидного нефролитиаза, особенно высока её эффективность у детей [18-26]. Имеются сообщения, что в случае размеров и формы конкремента, соответствующего К,-К₂, полного разрушения с успешной элиминацией фрагментов удается достичь у 97,3% больных [27].

Внедрение новых технологий в урологии во многом изменили подход к выбору оперативного метода лечения больных коралловидным нефролитиазом. Первенство принадлежать, так называемым, малоинвазивным вмешательствам дистанционной литотрипсии и перкутанной нефролитотомии. Многолетний опыт лечения больных коралловидным нефролитиазом в нашей клинике позволяет утверждать, что в большинстве случаев необходимо прибегать к оперативному вмешательству, целью которого является наиболее щадящее, но максимально полное удаление конкремента.

Цель. Анализ эффективности результатов применения комбинированных (пиелолитотомия, пиелонефролитотомия + ДЛТ) методов лечения коралловидного нефролитиаза.

Материал и методы. Нами проведен анализ эффективности открытого оперативного лечения в сочетании с дистанционной литотрипсией у 40 больных, страдающих коралловидным нефролитиазом в возрасте от 29 до 75 лет (средний возраст составил 47,3±12,45 лет), находившихся на лечении в клинике Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова в период с 2000 по 2010 гг.

По основным критериям заболевания больные распределены следующим образом. Так, по формам и размерам конкремента K_1 и K_2 не было, K_3 было у 17 (42,5%) и K_4 – 23 (54,5%). По степени ретенционных изменений ЧЛС Θ_1 был у 12 (30,0%), Θ_2 – у 21 (52,5), Θ_3 – у 7 (17,5%) больных.

Всего выполнено 102 операции, из них 40 были в виде открытого оперативного лечения и 62 сеанса дистанционной литотрипсии по поводу резидуальных камней почек.

Доступом по Федорову послойно тупым и острым путем из забрюшинного пространства выделяли заднюю поверхность лоханки. Производили заднюю пиелолитотомию, при внутрипочечной лоханке — субкортикально. После извлечения конкремента чашечно-лоханочную систему промывали, и ушивали разрез лоханки с предварительной установкой нефростомы. В забрюшинное пространство устанавливали страховой дренаж, и рану послойно ушивали.

Пиелонефролитотомию выполняли при сложной конфигурации конкрементов. Производили доступ по Федорову и после мобилизации почки выделяли почечную артерию. Разрезом через лоханку удаляли лоханочный фрагмент и доступные чашечковые. Над неудаленным фрагментом чашечки производили нефротомический разрез. При этом на почечную артерию накладывали мягкий зажим. После ушивания нефротомического разреза зажим с артерии снимали и накладывали повторно при выполнении следующей нефротомии. Перед ушиванием раны на лоханку накладывали отдельные узловые швы, с предварительной установкой нефростомического дренажа.

Метод дистанционной литотрипсии применяли в послеоперационном периоде после проведения первого этапа лечения в виде пиелолитотомии, пиелонефролитотомии или перкутанной нефролитотомии. Дистан-

ционную литотрипсию выполняли под внутривенным анестезиологическим пособием на аппаратах «Lithostar Plus» (Германия). В аппаратах «Lithostar Plus» используется электромагнитный принцип генерации ударных волн. При разрушении камней на аппаратах «Lithostar Plus» использовали полифункциональный урологический стол. Визуализацию камня осуществляли при помощи двух трубок установленных в прямом и косом направлении.

Результаты и обсуждение.

В целом у 40 пациентов потребовалось проведение 62 сеансов дистанционной литотрипсии. Количество сеансов дистанционной литотрипсии варьировало от 1 до 3, в среднем составляя 1,5±0,7 сеанса на человека. В промежутке между первым этапом лечения проводили антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, что позволяло снизить титры бактериурии и подготовить пациента к дистанционной литотрипсии.

У большинства больных 32 (80%) дистанционную литотрипсию проводили на фоне дренированной почки. Из них у 30 (75%) больных дренирование осуществляли нефростомой, установленной при проведении оперативного вмешательства. И лишь у 2 (5%) больных на момент проведения дистанционной литотрипсии, нефростомический свищ был заживлен, и дренирование почки осуществляли внутренним стентом.

Даже идеальное разрушение конкремента в мочевых путях могло привести к формированию «каменной дорожки», которая способствует нарушению уродинамики верхних мочевых путей, почечной колике, что в свою очередь может привести к обострению хронического пиелонефрита. Особенно опасно формирование «каменной дорожки» в ранние сроки после ДЛТ у больных с заведомо активной фазой хронического пиелонефрита и снижением функции почки. Поэтому своевременно и правильно определенная тактика ведения больных с обструктивными фрагментами мочеточников во многом определяла успех ДЛТ. Нередко, «каменная дорожка» длиною до 1,5 см способна к самостоятельному отхождению, тогда как небольшой фрагмент может вызвать тяжелую атаку пиелонефрита. Перед началом применения ДЛТ необходимо иметь в виду, что любой сеанс может осложниться острым пиелонефритом, и повлечь необходимость выполнения инструментального или оперативного вмешательства.

Несмотря на то, что в большинстве дистанционную литотрипсию случаев проводили на фоне дренированной почки, осложнением второго основным лечения было обострение хронического пиелонефрита, которое наблюдали у 7 (17,5%) пациентов. Проведение вторичных незапланированных процедур (после второго этапа лечения) в целом потребовалось у 5 (12,5%) человек. Следует отметить, что при дренировании нефростомой на втором этапе лечения отмечен наименьший уровень вторичных незапланированных процедур. Так, лишь у одной пациентки на фоне отошедшей нефростомы, отмечено обострение пиелонефрита, что привело к необходимости установки внутреннего стента. У других больных, у которых дренирование почки осуществляли нефростомой, для купирования воспалительного процесса достаточно было усилить дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию.

Вторичные незапланированные процедуры применяли у 3 (7,5%) больных, когда дистанционную литотрипсию резидуальных камней проводили на фоне отсутствия дренирования почки. У 2 (5,0%) из них установить мочеточниковый катетер по поводу начинающейся атаки пиелонефрита, с последующей заменой его на стент. У третьего пациента по поводу обострения пиелонефрита пришлось прибегнуть установке чрескожной пункционной нефростомы. У одного пациента дренирование почки осуществляли с помощью стента, обтурирование которого фрагментами конкремента, привело необходимости его замены.

У 2 (5%) пациентов на фоне атаки пиелонефрита отмечали обострение хронической почечной недостаточности, с повышением показателей азотистого обмена, которое было купировано консервативно.

Продолжительность лечения была изучена отдельно у больных, не имеющих послеоперационных осложнений и имеющих осложнения в сравнении (таблица 1).

Таблица 1 – Зависимость койко-дня и количества госпитализаций у больных, перенесших открытое оперативное вмешательство в сочетании с дистанционной литотрипсией от осложнений ближайшего послеоперационного периода.

Сравнительные показатели	Пациенты, не имеющие осложнений в послеоперационном периоде	Пациенты, имеющие осложнения в послеоперационном периоде	Среднее значение
Койко-день	18±2	23±3	20,5±2,5
Количество госпитализаций	1-3 (1,7±0,8)	2-5 (3,0±1,2)	2,2±1,1

Выволы:

Пиелонефролитотомия сочетании дистанционной литотрипсией эффективным методом лечения является коралловидным нефролитиазом. больных Использование метода позволяет осуществлять щадящее удаление коралловидного конкремента, без оставления

Список использованных источников:

- Александров В.П. Роль наследственной предрасположенности при возникновении уролитиаза // 4 конф. урологов Литовской ССР: тез. докл. Каунас, 1987. С. 9–10.
- 2. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Пленум Правления всерос. о-ва урологов. М., 2003. С. 5–25.
- Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь. – Алматы, 2004. – 292 с.
- 4. Яненко Э.К., Кирпатовский В.И., Казаченко А.В. Современные методы коррекции нарушений микроциркуляции почек при оперативном лечении мочекаменной болезни: пособие для врачей. М., 1999. С. 54.
- Meretyk Sh., Gofrit O.N., Gaihi O. et al. Complete staghorn calculi random prospective comparison between ESWLmonotherapy and combined with PCNU // J. Urol. – 1997. – Vol. 157. – P. 780–786.
- Олефир Ю.В. Оптимизация выбора метода лечения коралловидною нефролитиаза: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40. – М., 1998. – 123 с.
- 7. Дутов В.В. Современные способы лечения некоторых форм мочекаменной болезни: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.40. М., 2001. 193 с.
- 8. Трапезникова М.Ф. Дутов В.В. Комбинированное лечение коралловидного нефролитиаза // Материалы Пленума Правления рос. о-ва урологов. Сочи, 2003. С. 307–308
- Трапезникова М.Ф., Дутов В.В. Сравнительный анализ современных методов лечения коралловидного нефролитиаза // Материалы Пленума Правления рос. о-ва урологов. – Сочи, 2003. – С. 311–312.
- Лопаткин Н.А., Яненко Э.К., Борисик В.И. Современные аспекты диагностики и оперативного лечения, больных коралловидным нефролитиазом // Научные труды: сб. / НИИ Урологии. – М., 1989. – С. 15–18.
- **11.** Mattelaer P., Wolff J.M., Brauers A. et al. ESWL-years // Eur. Urol. 1996. Vol. 30, № 2. P. 43.
- **12.** Paik M.L., Wainstein M.A., Sprinak J.P. et al.. // J. Urol. 1998. Vol. 159, № 2. P. 374–378.
- 13. Tazi K., Janane A. Treatment of staghorn calculi. Report of 71 case // Ann.Urol. Paris, 2000. Vol. 34. P. 365–369.
- Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Казаченко А.В. Осложнения открытых оперативных вмешательств при лечении уролитиаза и их профилактика // Сб. науч. тр. М., 2001. С. 77–84.

«клинически значимых» резидуальных фрагментов (до 32,5%).

- 2. Проведение дистанционной литотрипсии резидуальных камней показано осуществлять на фоне дренирования почки нефростомой, которое позволяет значительно снизить уровень вторичных незапланированных процедур (до 2,5%).
- Дзеранов Н.К., Лопаткин Н.А., Яненко Э.К. и др. «Клинически незначимые» камни после ДЛТ // Материалы Пленума Правления рос. о-ва урологов. Сочи, 2003. С. 128–129.
- Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И. и др. Осложнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии: профилактика и лечение. – М., 2001. – 144 с.
- **17.** Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Яненко Э.К. и др. Новые технологии в лечении урологических заболеваний // Сб. науч. тр. М., 1999. С. 5–13.
- 18. Хурцев К.В. Современные методы лечения и прогноз функционального состояния почек больным коралловидным нефролитиазом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40. М., 1993. 98 с.
- 19. Joseph W., Segura J.W., Glenn M. et al. Nephrolithiasis clinical guidelines panel summary report on the management of staghorn calculi // J. Urol. 1994. Vol. 151. P. 1648–1651.
- Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни: автореф. ... докт. мед. наук. М., 1994. 46 с.
- Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Анализ развития осложнений дистанционной ударно-волновой литотрипсии, их профилактики и лечения // Пленум всерос. о-ва урологов: тез. докл. Пермь, 1994. С. 186–194.
- 22. Яненко Э.К., Борисик В.И., Сафаров Р.М. и др. Профилактика и лечение осложнений ДЛТ при коралловидном нефролитиазе // Пленум всерос. о-ва урологов: тез. докл. Пермь, 1994. С. 255–257.
- Bosch M.V., Simon J., Schulman C.C. Shock wave monotherapy of staghorn calculi // Eur. Urol. 1990. Vol. 17, № 1. P. 1–6.
- 24. Bruns T., Stein J., lauber R. Extracorporeal piezoelectric shock wave lithotripsy as mono multiple therapy of large renal calculi including staghorn stones in unanaesthetizet patients under semi ambulant conditions // Brit. J. Urol. 1995. Vol. 75, № 4. P. 435–440.
- **25.** Miller K., Bachor R., Sauter T. et al. ESWL monotherapy for large stones and staghorn calculi // Urol. Int. − 1990. − Vol. 45, № 2. − P. 95–98.
- 26. Pode D., Verstanding A., Shapiro A. Treatment of complete staghorn calculi by extracorporeal shock wave lithotripsy monotherapy with special reference to internal slenting // J. Urol. − 1988. Vol. 140, № 2. P. 260–265.
- 27. Yamaguchi A. Extracorporeal shock wave lithotripsy monotherapy for staghorn calculi // Eur. Urol. 1994. Vol. 25, № 2. P. 110–115.

УДК 616.613-003.7-08

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕГИОНОВ

Аталуы: Инновациялық кішкене инвазивті технологияларды аймақтардағы урология тәжірибесінде қолдану

тиімділігі

Авторлар: Н.Б. Табынбаев, И.Ж. Валишаев, Р.А. Фатхи, Д.В. Тян, Е.К. Искаков, Е.Г. Ержанов

Мекен-жайы: Облыстық медициналық орталық, Қызылорда қ.

Тұжырым: Ем нәтижелерін талқылау жалпы ұстанылатын стандарттар деңгейінде мамандандырылған көмек ретінде

медициналық орталықтың урологиялық бөлімшесінде бүгінгі күнде жаңа инновациялық технологиялар кеңінен қолданылатының көрсетті. Бұл технологиялардың қолданылуы облыс халқына медициналық көмек көрсетуде олардың маңызды медициналық және экономикалық тиімділігін арттырады. Сонымен, зәр тас ауруында экстракорпоральды соққы-толқынды литотрипсия (11 төсек-күн) және уретеролитоэкстракция (7 төсек-күн) қолданғанда төсек-күндері дәстүрлі ем әдісімен (14 төсек-күн) салыстырғанда төмендеді және созылмалы пиелонефриттің өршуі хирургиялық ем әдісінен кейін барлық асқынулардың 16,2 % құрады, ЭСТЛ - 6,3 %, УЭЛ 4,3 % жағдайда байқалды. Инновациялық кішкене инвазивті технологиялардың қолдану тиімділігін анықтау мақсатында қуық асты безі аденомасымен 289, зәр тас ауруымен 467, бүйрек кисталарымен 19 науқастардың емдеу нәтижелері бағаланды. Қуық асты безі аденомасының емінде ТУР қолдану орташа есеппен дәстүрлі ем тәсілдерін қолданғанда болатын 18,7 төсек-күнінен — 10,4 төсек-күндеріне дейін қысқартты. Асқынулар саны да әдеттегі хирургиялық тәсілден (10,2 %) біршама төмендеуге мумкіндік берді (3,1%). Бүйрек кисталарымен науқастарды әдеттегі тәсілмен емдегенде емі 10-11 төсек-күнге созылады, ал лапароскопиялық ем тәсілін қолданғанда 5-7 төсек-күніне дейін қысқарды. Асқынулар саны хирургиялық әдістен кейін 0,2%,

лапароскопиялық әдістен кейін - болған жоқ.

Түйінді сөздер: куық асты безі аденомасының ТУРы, уретеролитоэкстракция, экстракорпоральды соққы-толқынды

литотрипсия.

Title: The application use of innovation minimally invasive urological practice technologies in the regions

Authors: N.B. Tabynbaev, I.Z. Valishaev, R.A. Fathi, D.V. Tyan, E.K. Iskakov, E.G. Erzhanov

Address: Regional medical centre, Kyzylorda c.

Summary: Analysis of treatment results showed that in the urology department of the regional medical center is now

widely used new and innovative technologies that contribute to specialized care at the level of common standards. Their use has shown their significant medical and economic efficiency in the provision of specialized medical care to the population of the region. To determine the effectiveness of innovative minimally invasive technology analyzes the results of treatment of 289 patients with benign prostatic hyperplasia, 467 patients with urolithiasis, 19 patients with cystic kidney diseases in comparison with traditional surgical methods. In the application of transurethral resection in the treatment of benign prostatic hyperplasia, the average length of stay of patients in bed was 10,4 bed-days in the traditional method - 18,7 bed-days. The number of complications was significantly lower (3,1%) than with traditional surgical method (10,2%). When treating patients with urolithiasis by extracorporeal shock wave lithotripsy and uralithiasis were significantly smaller than the traditional method (14 bed-days), cases of acute pyelonephrits after surgical treatment, it was observed in 16,2 % of all complications after ESWL - 6,3 % after the UEL at 4,3% of cases. In the treatment of patients with cystic kidney disease - 5-7 bed-days, the usual method is 10-11 hospital days, number of complications observed after conventional surgical treatment of cystic kidney disease - 0,2% after laparoscopic method - 0.

Key words: TUR of BPH, ureterolitoextraction, remote shock wave lithotripsy.

Прогрессирующая Актуальность. последние годы в современной медицине малоинвазивная хирургия получила развитие в урологии. наибольшее малоинвазивных технологий, и в первую очередь, без использования эндоскопического оборудования, невозможно представить современную урологию. Благодаря быстрому и эффективному получению лечебного и диагностического результата, сопровождающегося выраженным экономическим эффектом за счет значительного сокращения сроков госпитализации и затрат на лечение больных, малоинвазивные методы лечения уже освоены и в довольно отдаленных от центра регионах нашей страны. Надо также отметить, что этому способствовала не только

инициатива главных урологов областей, и последовательная, методологически НО грамотно построенная регулирующая работа по приобретению малоинвазивных технологий, рационального их использования и подготовкой специалистов для работы высокотехнологичном медицинском оборудовании коллектива Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова главе с генеральным директором, доктором медицинских наук профессором М.К. Алчинбаевым.

Цель: оценка уровня внедрения малоинвазивнных технологий и эффективности их использования в региональных отделениях урологии на уровне областных больниц на примере

Кызылординской области.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты лечения больных с мочекаменной болезнью (МКБ), 289 больных - доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) 19 больных кистозными заболеваниями почек (КЗП) с использованием малоинвазивных технологий в сравнении с традиционными хирургическими методами. Анализу были подвержены истории болезни больных, получивших лечение в отделении Кызылординского урологии областного медицинского центра с 2009 по 2011 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. На протяжении многих лет основным методом лечения МКБ была открытая операция в различных ее вариантах. Однако за последние 30 лет в лечении МКБ

преимущественно используются различные малоинвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем [1]. Одним из таких малоинвазивных вмешательств стал метод экстракорпоральной ударноволновой литотрипсиии (ЭУВЛ) и контактной уретеролитотрипсии [2].

В отделении урологии при лечении больных с МКБ в 51,7% (241) случаев был использован традиционный хирургический метод (нефро-, пиело- и уретеротомия), в 28,6% (134) случаях - ЭУВЛ и в 19,7% (92) — уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция (УЛЭ) (таблица 1).

Как видим, в лечении данной патологии использованы малоинвазивные лечебные технологии и их доля из года в год имеет тенденцию к росту.

Таблица 1 - Применение различных методов лечения больных с МКБ за 2009-2011 годы

Методы лечения	2009	2010	2011
Нефро-, пиело- и уретеролитотомии	92 (63,5%)	73 (46,7%)	51 (30,7%)
ЭУВЛ	36 (24,8%)	43 (27,5%)	56 (33,7%)
Контактная литотрипсия, литоэкстракция	17 (11,7%)	40 (25,6%)	59 (35,5%)
Всего	145 (100%)	156 (100%)	166 (100%)

Средние сроки пребывания больных МКБ на койке при лечении методом ЭУВЛ составил 11 койко-дней и УЛЭ - 7 койкодней были значительно меньше, чем при традиционном методе (14 койко-дней), т.е. использование новых инновационных малоинвазивных лечебных технологий способствуют значительному сокращению койко-дней, проводимыми больными условиях стационара.

Частота осложнений была оносительно высокой после УЛЭ – 5 (5,2%), при пиелолитотомии - 7 (7,6%), ЭУВЛ - 9 (6,7%). Наиболее частыми в структуре всех осложнений после почти всех методов лечения МКБ были случаи обострения хронического пиелонефрита. Так, после хирургического метода лечения оно наблюдалось в 16,2% наблюдений всех осложнений, после ЭУВЛ - 6,3%, после УЛЭ - в 4,3% случаях. Следует отметить, что особенностью после ЭУВЛ было образование «каменной дорожки», наблюдавшееся в 9,2% случаях среди всех осложнений после данного метода лечения.

Актуальность проблемы лечения ДГПЖ

обусловлена высокой распространенностью, достигающей до 90% у лиц пожилого и старческого возраста. Если в конце прошлого столетия основным хирургическим методом лечения ДГПЖ в нашей стране являлась традиционная открытая чреспузырная аденомэктомия, то в настоящее время трансуретральная резекция (ТУР) является общепризнанным и доминирующим.

Согласно данным Европейской ассоциации урологов, на долю ТУР приходится от 82% до 95% всех операций, выполняемых у больных ДГПЖ [3].

При анализе результатов лечения больных ДГПЖ в нашем медицинском центре было установлено, что в структуре лечебных пособий традиционный метод (аденомэктомия) составил 42,7%, а ТУР - 57,3%. Относительно низкие показатели использования малоинвазивного трансуретрального метода по сравнению с показателями Европейского общества урологов объясняется большим количеством пациентов, имеющих относительные противопоказания к данному методу и недостаточным количест-

вом специалистов, владеющих данной методикой операции.

При применении ТУР в лечении ДГПЖ средние сроки пребывания больных на койке составили 10,4 койко-дней, что несколько ниже, чем при традиционном методе (18,7 койко-дня). Число осложнений при применении малоинвазивных технологий было заметно ниже (3,1%), чем при традиционном хирургическом методе (10,2%). В последнем случае наиболее частым осложнением было кровотечение (5,8% в структуре осложнений) из ложа удаленной гиперплазированной железы, а после ТУР – гематурия (1,2%) и недержание мочи (0,4%).

Ретроперитонеоскопическая кистэктомия - видеоэндоскопическое иссечение больших солитарных и многокамерных кист с использованием хирургического лапароскопа. Данный метод можно применить как радикальный способ избавления больных от кист почки в абсолютном большинстве случаев и при любой локализации [4].

При лечении больных с КЗП в 4 (18,7%) наблюдений применен обычный хирургический и в 15 (81,3%) случаях лапароскопический метод. Средняя длительность лечения составила 5-7 койкодней, при обычном методе составляет 10-11 койко-дней. Заметным было число осложнений, наблюдавшихся после обычного хирургического лечения КЗП - 0,2%, после лапароскопического метода в наших случаях не было отмечено.

Выводы.

Анализ результатов лечения показал, что в урологическом отделении областного медицинского центра в настоящее время широко используются новые инновационные технологии, позволяющие оказывать специализированную урологическую помощь на уровне общепринятых стандартов. На современном этапе развития малоинвазивных технологий удаления камней ни у кого нет

Список использованных источников:

- Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Дутов В.В. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология 2007.- № 6.- С. 3-13.
- 2. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь, Алматы, 2004, С. 5-24.

сомнения, что ЭУВЛ является основным высокоэффективным методом мочевой системы при соблюдении всех установок по показаниям и противопоказаниям. Наши наблюдения также подтвердили, что при несоблюдении условий для проведения ЭУВЛ эффективность резко снижается и возрастает роль таких трансуретральная вмешательств, как контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция.

ТУР с использованием биполярной петли является на сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения ДГПЖ. Отсутствие риска развития ТУР-синдрома за счет применения физиологического раствора для ирригации, повышает безопасность метода даже при значительных размерах доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Метод ретроперитонеального эндоскопического иссечения кист почек является операцией выбора благодаря своей малоинвазивности, обусловливающей меньшую травматичность, значительное сокращение послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных.

Таким образом, применение инновационных малоинвазивных технологий урологическом отделении Кызылординского медицинского показало их значимую медицинскую и экономическую эффективность при окозании специализированной урологической помощи населению региона. Надо отметить, что при применении малоинвазивных технологий возможны и еще более низкие показатели среднего пребывания больных в стационаре. Однако урологическому стационару необходимо придерживаться таких сроков, предусмотрены которые ПО протоколу утвержденных министерством лечения, здравоохранения.

- 3. Камалов А.А., Гущин Б.А., Дорофеев С.Д. Современные аспекты оперативного лечения ДГПЖ //Урология 2004.- №1. С. 30-34.
- Кусымжанов С.М., Алчинбаев М.К. Наш опыт лапароскопических и ретроперитонеальных операций в урологической клинике. Материалы съезда урологов Казахстана и II Евразийского андрологического Конгресса 2010. - С.139-140.

УЛК 616.6 2-002-289

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ, ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Авторы: М.А. Малих, С.А. Романова, Е.С. Омаров, А.И. Каимбаев, А.Ж. Жанабек Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Ведущими клиническими симптомами при лейкоплакии мочевого пузыря являются стойкая дизурия,

синдром хронической тазовой боли, психоневрологический синдром. Развитие лейкоплакии мочевого пузыря сопровождается нарушениями уродинамики, которые проявляются в уменьшении объема мочевого пузыря и снижении скорости потока мочи. Для ликвидации стойкой дизурии - необходимыми лечебными мероприятиями являются трансуретральная коагуляция слизистой оболочки мочевого

пузыря и комплексная терапия заболевания.

Ключевые слова: лейкоплакия мочевого пузыря, уродинамики, трансуретральная коагуляция.

Аталуы: Қуық лейкоплакиясы бар науқастардың функциональді анализ жағдайының және емдеу әдістерінің

баламалы тандауы

Авторлар: М.А. Малих, С.А. Романова, Е.С. Омаров, А.И. Қаимбаев, А.Ж. Жаңабек

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Қуық лейкоплакиясының басты клиникалық (симптомдары) белгілері тұрақты дизурия, созылмалы белдің

ішкі қуысының ауырсынуы, психоневрологиялық синдром болып табылады. Қуық лейкоплакиясының меңдеуі уродинамикалық бұзылумен қатар жүреді. Лейкоплакияның негізгі клиникалық белгісі тұрақты дизурияны жою үшін қуықтың кілегей қабағын трансуретральді жолмен күйдіру қажетті емдік шара

болып табылады.

Түйінді сөздер: қуық лейкоплакиясы, уродинамика, трансуретральді коагуляция.

Title: Analysis of the functional state of urinary bladder in patients with leukoplakia, selection of optimal method of

reatment

Authors: M.A. Malikh, S.A. Romanova, Y.S. Omarov, A.I. Kaimbayev, A.Zh. Zhanabek

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: The leading clinical symptoms by leukoplakia of urinary bladder are fixed dysuria, chronic pelvic pain syn-

drome, and psychoneurological syndrome. The leukoplakia development of the urinary bladder accompanied by derangement of urodynamics that appears in decreasing the volume of urinary bladder and reducing urodynamic. In order to eliminate fixed dysuria - necessary treatment interventions are transurethral coagulation of

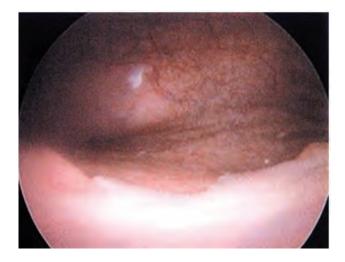
the bladder mucosa and combined therapy of the disease.

Key words: leukoplakia of the bladder, urodynamics, transurethral coagulation.

Актуальность.

Одним из многих заболеваний, приводящих к формированию дизурических расстройств, является лейкоплакия мочевого пузыря. Лейкоплакия - это патологический

процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия, отсутствием гликогенообразования и возникновением ороговения, которое в норме отсутствует (рисунок 1).



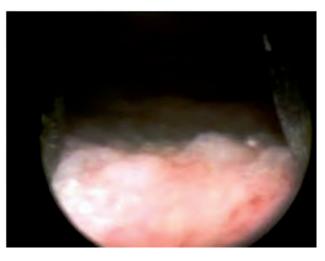


Рисунок 1 – Цистоскопия мочевого пузыря (плоскоклеточная метаплазия с участками кератинизации, лейкоплакия мочевого пузыря)

По данным разных авторов при цистоскопии у 63,6—100% пациенток со стойкой дизурией, хронической тазовой болью обнаруживается лейкоплакия с расположением в шейке мочевого пузыря и мочепузырном треугольнике. В тоже время лейкоплакия до настоящего времени является наиболее неизученным заболеванием слизистой оболочки мочевого пузыря. В свете последних исследований лейкоплакия представляет собой патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия [1].

Проблема стойкой дизурии у женщин остается одной из наиболее актуальных для современной теоретической и клинической медицины. Это связано, прежде всего, с большой распространенностью хронического цистита у женщин, который составляет до 30% от всех урологических заболеваний [2].

Ежегодно диагноз «цистит» ставят 15-20 тыс. из 1 млн. человек, причем в той или иной форме заболевание переносит каждая 4 - 5 женщина, а 10% больных страдают рецидивирующим циститом [3].

Хронический цистит охватывает в большинстве своем работоспособное население, может приводить к утрате трудоспособности и развитию неврозоподобного состояния, лишает женщин полноценного ночного сна и привычного образа жизни [4]. Однако несоответствие клинических проявлений показателям объективного обследования зачастую является причиной выбора малоэффективных

методов лечения.

Хронический цистит нередко приводит к развитию плоскоклеточной метаплазии эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря, которая выявляется в 60% случаев от всех форм хронических циститов, процесс метапластической трансформации эпителия распространяется также на уретру [5].

Цель: определить функциональные особенности мочевого пузыря у женщин со стойкой дизурией на фоне лейкоплакии, для выбора оптимального метода эндохирургического лечения.

Задачи: изучить состояние уродинамики нижних мочевых путей у женщин с лейкоплакией мочевого пузыря до и после лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 34 пациенток, у которых при цистоскопии была выявлена лейкоплакия мочевого пузыря. Диагноз заболевания устанавливали на основании данных цистоскопической картины и данных эндовезикального обследования. Возраст пациенток колебался в пределах от 21 до 55 лет (таблица 1, рисунок 2). Основными жалобами явились: затрудненное мочеиспускание (54%); чувство дискомфорта в надлобковой области (91%); боли и длительные спазмы после мочеиспускания (71%); учащенное мочеиспускание (94%); ургентное недержание мочи (54%); терминальная гематурия (16%). Длительность заболевания составила от 1 до 6 лет (таблица 2, рисунок 3).

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту

Группы	Пациенты	%
21-31	2	6
32-38	6	18
39-45	14	41
45-55	12	35



Рисунок 2 – Распределение пациентов по возрасту

Таблица 2 – Жалобы пациентов

Жалобы	Пациенты	%
Затрудненное мочеиспускание	18	54
Чувство дискомфорта	31	91
Боли после мочеиспускания	25	71
Учащенное мочеиспускание	32	94
Ургентное недержание мочи	18	54
Терминальная гематурия	4	16

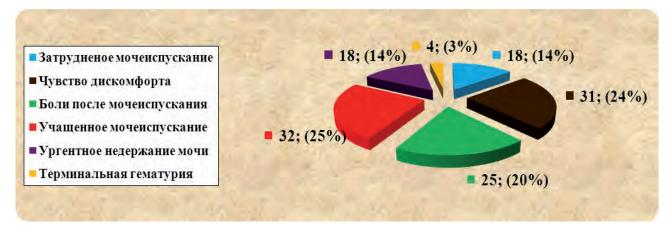


Рисунок 3 - Распределение пациентов по жалобам

Все пациентки были разделены нами на две группы. Первую группу составили 15 пациенток, которым производили трансуретральную коагуляцию (ТУК) измененных участков слизистой мочевого пузыря, вторую группу составили 19 пациенток, которым проводили антибактериальную, противовоспалительную терапию с курсами внутрипузырных инстилляций мочевого пузыря.

- 1 группа: n=15, трансуретральная коагуляция
- 2 группа: n=19, консервативное лечение

С целью изучения механизма развития стойкой дизурии всем пациенткам проводили исследование уродинамики. Изучение функционального состояния мочевого пузыря проводили методом определения состояния сократительной способности детрузора и сопротивления пузырно-уретрального сегмента на основании прямой графической регистрации изменений объемной скорости тока мочи во время мочеиспускания до и после лечения.

При урофлоуметрии пациенткам определяли следующие показатели: время мочеиспускания (TQ), максимальную объемную скорость потока мочи (Qmax). Для оценки состояния нервно-мышечной системы мочевого пузыря применяли цистотонометрию (ЦТМ), позволяющую определять активность де-

трузора, сфинктера шейки мочевого пузыря, сфинктера уретры до и после лечения.

Обсуждение. Выявлено, что при лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря уродинамические нарушения характеризуются уменьшением объема мочевого пузыря и снижением максимальной скорости потока мочи.

При анализе данных урофлоуметрии у 74% пациенток обеих групп констатированы удлинение времени мочеиспускания и снижение Qmax. Результаты проведенной тонометрии позволили выявить снижение силы сфинктера до $54,38\pm0,22$ (норма $62,58\pm0,28$) у 50% пациенток. Проведение ЦТМ детрузора мочевого пузыря и его сфинктерно-детрузорного аппарата позволило выявить интерференционную активность мышцы детрузора мочевого пузыря с паретическим характером нарушений тонуса мочевого пузыря, сфинктера его шейки и уретры у 59% пациенток. Больных наблюдали на протяжении 6 месяцев. Спустя месяц после лечения показатели урофлоуметрии у больных первой группы приблизились к норме. Время мочеиспускания значительно уменьшилось и приблизилось к норме, а Qmax нормализовалась. У больных второй группы констатированы удлинение времени мочеиспускания и снижение Qmax и только спустя 6 месяцев показатели урофлоуметрии приблизились к норме. На фоне проведенной терапии нормализовалась сила сфинктера мочевого пузыря, улучши-

лись показатели ЦТМ. Проводимая терапия способствовала повышению тонуса детрузора и его замыкательного аппарата (таблица 3).

Таблица 3 - Исходные данные уродинамического обследования обеих групп пациентов

Показатели УФМ и ЦТМ	Значения	Количество больных, %
Время мочеиспускания (с)	42±3,4	74
Qmax (мл/c)	12±2,5	76
Функциональное состояние сфинктера (см/Н2О)	54,38±0,28	50

Таблица 4 - Результаты исследования группы №1

Показатели	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Время мочеиспускания (сек)	21±2,25	22±2,5	20±2,45
Qmax (мл/сек)	33±2,66	34±2,7	32±2,8
Функциональное состояние сфинктера (см/Н2О)	61,52±0,25	62,38±0,24	62,44±0,25

Таблица 5 - Результаты исследования группы №2

Показатели	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Время мочеиспускания (сек)	36±2,6	28±2,5	22±2,2
Qmax (мл/сек)	18±2,44	24±2,6	12±2,1
Функциональное состояние сфинктера (см/Н2О)	55,42±0,21	60,40±0,75	58,64±0,48

Таблица 6 - Результаты исследования обеих групп (жалобы)

Жалобы	Пациенты	%
Исчезновение затрудненного мочеиспускания	29	81,5
Уменьшение чувства дискомфорта	30	87,5
Снижение частоты мочеиспускания	28	74,4
Уменьшение признаков ургентного недержания мочи	28	74,4
Исчезновение терминальной гематурии	31	91

По окончании срока наблюдения больных обеих групп 81,5% пациенток отметили исчезновение затрудненного мочеиспускания, 87,5% пациенток - чувства дискомфорта в надлобковой области, 74,4% пациенток - значительное уменьшение частоты мочеи-

спускания, 74,4% пациенток - исчезновение ургентного недержания мочи, 91% пациенток - терминальной гематурии (таблицы 4, 5, 6).

Без эффекта пролечено 2 больных, по 1 из каждой группы, что составило 6,6% для 1 группы и 5,2% для 2 (рисунок 4).



Рисунок 4 – Эффективность лечения больных в группах

При цистоскопии рецидивов лейкоплакии у первой группы больных в течение полугода не выявлено.

Заключение.

1. У женщин со стойкой дизурией на фоне истинной лейкоплакии мочевого пузыря

имелось ослабление сократительной способности детрузора с уменьшением его электрической активности, сфинктерно-запирательного аппарата и снижении силы сфинктера, что приводило к уменьшению эвакуаторной способности мочевого пузыря.

2. Консервативное лечение и трансуретральная коагуляция слизистой мочевого пузыря явились эффективными методами лечения, нормализовали функции мочевого пузыря, однако результаты уродинамических показателей приближенные к норме достиг-

нуты быстрее при применении трансуретральной коагуляции как способа лечения. У больных пролеченных консервативно, через полгода наблюдается тенденция к рецидивированию заболевания.

Список использованных источников:

- 1. Parsons C. Lowell. // Contemp. Urol.-2003.- Feb.- P. 22-31.
- 2. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Каприн А.Д., Давидьянц А.А. // Урол. и нефрол.-1997.-6.- С.7-14.
- 3. Астапов А.И. Трансуретральная электровапоризация лечении женщин страдающих хроническим циститом:
- дисс. канд. мед. наук: 14.00.40. М., 2000.- С.18.
- 4. Смирнов Д.С. «Особенности диагностики и лечения больных с лейкоплакией мочевого пузыря»: автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.40. СПб. 2007.- С.78.
- 5. Яковлев С.В. // Consilium medicum. 2001. Т.3-7. С. 300-306.

УДК 616-098.612-234-085

ПОЧЕЧНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ВБЛИЗИ ВОДОИСТОЧНИКОВ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ СОЕДИНЕНИЯМИ БОРА

Авторы: М.Н. Саркулов, О.М. Курмангалиев

Адрес: Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, г. Актобе Резюме: Проведена оценка почечной функции и патологических изменений в моче у населения региона.

юме: Проведена оценка почечной функции и патологических изменений в моче у населения региона, подвергающегося воздействию техногенных соединений бора. Результаты исследования концентрационной функции почек и анализа патологических изменений в моче указанного контингента лиц, произведенных с помощью скрининга на приборе «Урилюкс», свидетельствуют о неблагоприятном

влиянии техногенных загрязнителей окружающей среды на мочевую систему организма.

Ключевые слова: почечные дисфункции, скриниг, прибор «Урилюкс», соединения бора.

Аталуы: Бордың қосылыстарымен ластанған су көздеріне жақын тұратын тұрғындарының бүйрек

дисфункциясы

Авторлар: М.Н. Сарқұлов, О.М. Құрманғалиев

Мекен-жайы: М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қ.

Тұжырым: Бордың қосылыстарымен ластанған су көздеріне жақын тұратын тұрғындарының бүйректерінің

функционалдық қабілеті және дәретіндегі патологиялық өзгерістері бағаланған. Осы орайда аймақ тұрғындарының басқа мекендердің тұрғындарымен салыстырғанда статистикалық сенімді төмен екендігі анықталған. «Combur 10» тесті бүйректің функционалдық кемістігін алдын ала анықтайтын

сенімді методика екені дәлелденген.

Түйінді сөздер: бүйрек дисфункциясы, скрининг, прибор «Урилюкс», бор қосындылары.

Title: Nephritic dysfunctions at the population living near to water sources, polluted by boron compound

Authors: M.N. Sarkulov, O.M. Kurmangaliev

Key words:

Address: West Kazakhstan M. Ospanov state medical university, Aktobe c.

Summary: The estimation of a renal dysfunctions and pathological changes in urine at the inhabitants living near bo-

ron compounds contaminated water sources is given. Thus is established statistically significant decrease of a functional condition of kidneys in comparison with the inhabitants of the control occupied item. Is proved, that research wet «Combur 10» by the test is optimal by an objective technique for early revealing of functional insufficiency of kidneys at the population subject toxic to influence xenobiotic of an environment.

renal dysfunction, screening, device "Urilux", boron compounds.

Актуальность. В основу экологической политики любого государства закладываются задачи формирования эффективных механизмов обеспечения экологической безопасности, как по средствам разработки национальной концепции законодательства и стратегии с позиции устойчивого развития, так и присоединения к основным международным документам в этой области. Несмотря на достигнутый на данном этапе прогресс в улучшении экологической политики, этому достижению

противостоят существующие тенденции в промышленном и сельскохозяйственном про-изводстве. С увеличением объёма используемых природных ресурсов, в атмосферу выводится больше загрязняющих веществ.

В этом отношении не составляет исключение и Актюбинская область, серьёзную угрозу экологическому состоянию которой как по токсичности, так и по объёмам размещения, представляют накопленные шламы, связанные с производственной деятельностью

Алгинского химзавода [1-3]. В середине 20 века строительство борно-кислотного производства осуществлялось в пределах водоохранной зоны реки Илек без учёта экологических требований. Образующиеся стоки завода в течение многих лет сбрасывались без очистки непосредственно в пойму реки, вода которой использовалась для различных целей населения.

Указанные обстоятельства не могли не оказывать влияния на формирование экологически обусловленных заболеваний, к которым следует отнести и патологию почек.

Целью работы явилась оценка почечной функции и патологических изменений в моче у населения региона, подвергающегося воздействию техногенных соединений бора.

Материалы. Обследованы 60 человек, проживающих в течение длительного времени в г. Алга, вблизи реки Илек, где функционировал химкомбинат, специализировавшийся на производстве борных соединений.

Жители поселка Тамды (53 человека), находящегося в 10 км ниже по течению реки Илек служили контрольной группой. Возраст

жителей от 25 до 45 лет.

Функцию почек и наличие патологических изменений в моче изучались с помощью тест-полосок «Combur 10» с фотометрической регистрацией результатов на приборе «Урилюкс», позволяющем количественно оценить относительную плотность мочи (ОПМ), содержание лейкоцитов, эритроцитов, белка, глюкозы, бактерий в 1 мкл мочи.

Результаты и их обсуждение. Одним из интегральных показателей функции почек, как известно, является относительная плотность мочи (ОПМ), которая характеризует концентрационную способность нефронов, отражая состояние таких парциальных функций как канальцевая реабсорбция и секреция. В норме показатель относительной плотности утренней свежевыпущенной мочи должен быть выше 1018. Снижение ОПМ ниже указанной величины при обычном водном режиме свидетельствует о снижении почечной функции. Результаты определения ОПМ у жителей региона воздействия и контрольной группы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Относительная плотность мочи

F		Показатель относительной плотности мочи						
I руппы	П	1030	1025	1020	1015	1010	1005	
контроль	60	4	14	20	6	10	6	
основная	60	3	6	15	15	14	7	

Как видно из таблицы 1 ОПМ 1015 и ниже определялась у 22 жителей контрольной группы, тогда как у обследованных жителей г. Алга соответственно низкие показатели ОПМ были у 36 человек. При пересчете в процентном отношении указанный уровень ОПМ у жителей контрольного села встречался в 36.6% случаев, а моча обследованных ос-

новной группы была низкой относительной плотности в 60% случаев, что статистически достоверно.

В таблице 2 представлены данные о частоте патологических изменений в моче жителей исследуемого региона и контрольной группы: лейкоцитурии, эритроцитурии, бактериурии, протеинурии и глюкозурии.

Таблица 2 – Уровень патологических изменений в моче

F			Патологические изменения в моче				
Группы	n	Лейкоцитурия	Бактериурия	Эритроцитурия	Протеинурия	Глюкозурия	
контроль	60	10	4	10	9	2	
основная	60	15	6	15	10	4	

Как видно из таблицы лейкоцитурия и эритроцитурия выявляются несколько чаще у жителей, проживающих в пойме реки Илек, где непосредственно сбрасывались техногенные стоки, по сравнению с таковыми среди жителей контрольного населенного

пункта. Однако отсутствие корреляции с бактериурией, частота которой одинаково низка сравниваемых группах, указывает на невоспалительный генез появления форменных элементов крови в моче. Увеличение уровня лейкоцитурии и эритроцитурии повидимому,

обусловлено нарушением проницаемости почечного фильтра. В пользу последнего косвенно свидетельствует и наличие в моче жителей основных групп белка, причем в количествах превышающих один грамм на литр, что более характерно для «истинной» или гломерулярно-тубулярной протеинурии, когда имеет место как повышение фильтрации белка через почечный фильтр гломерул, так и нарушение его реабсорбции в канальцах.

Таким образом, проведенные нами исследования концентрационной функции почек и анализа патологических изменений в моче указанного контингента лиц свидетельствуют о неблагоприятном влиянии техногенных загрязнителей окружающей среды на мочевую систему организма и позволяют сформулировать следующие выводы:

Список использованных источников:

- Каримов Т.К., Молдашев Ж.А., Юрченко В.И., Ганн С.Ш., Искакова Г.К. Загрязнение бором сельскохозяйственных культур // Материалы респ. научн. конф. Украины. «Экол. Пробл.питания». - Киев, 1992, - С. 63.
- 2. Коллектив авторов под научной редакцией проф. Т.К. Каримова Эколого-гигиенические аспекты охраны

- 1. Скрининг мочи с количественной регистрацией патологических измений прибором «Урилюкс» является наиболее приемлемой объективной методикой для раннего выявления нарушений функции почек у населения, подверженного нефротоксическому воздействию техногенных загрязнителей окружающей среды.
- 2. У жителей, проживающих вблизи водоисточников, загрязненных техногенными соединениями бора, обнаружено статистически значимое снижение функционального состояния почек.
- 3. Изменения в моче в виде гипостенурии, протеинурии, микрогематурии, свидетельствуют о нарушении функции почечных канальцев.
 - окружающей среды и здоровья человека // Материалы научно-прак. конф.. Актюбинск,1994. С.21.
- 3. Сраубаева Е.Н., Косенко Г.Г., Нестеренко В.И., и др. Проблемы медицины труда и охраны здоровья населения промышленно развитых регионов Казахстана // Сборник «Вопросы физиологии, гигиены труда и профпатологии» Караганда, 2003. С. 169-175.

УДК 616.65-007.61

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, С УЧЕТОМ ИМЕЮЩЕЙСЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Автор: А.Ж. Суранчиев

Адрес: AO «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г.Алматы

Резюме: Применение α1-адреноблокаторов (доксазозин и тамсулозин) в раннем послеоперационном периоде

позволяет ускорить процесс реабилитации больных пожилого и старческого возраста после ТУР ДГПЖ

крупных размеров и соответственно повысить эффективность ее лечения.

Ключевые слова: ДГПЖ крупных размеров, ТУР предстательной железы, α1-адреноблокаторы (доксазозин и

тамсулозин).

Аталуы: Ірі көлемді қуықасты безінің қатерсіз гиперпалзиясының трансуретральді резекция әдісімен жасалған

отадан кейінгі ерте кезеңде басқа ағзаларының созылмалы сырқаттары бар егде тартқан науқастарды

айықтыру

Автор: А.Ж. Суранчиев

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Ірі көлемді ҚАБҚГ кезінде ТУР әдісін және а1-адреноблокаторларды (доксазозин және тамсулозин)

операциядан кейінгі ерте кезеңде қиыстырып қолдану, басқа ағзаларының созылмалы сырқаттары бар, егде тартқан науқастардың операциядан кейін сауығуын тездетуге және емдеудің клиникалық

нәтижелілігін арттыруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: Ірі көлемді қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы (ҚАБҚГ), қуық асты безінің ТУР әдісі, α1-

адреноблокатор (доксазозин и тамсулозин).

Title: Rehabilitation of patients in the early postoperative period after transurethral resection benign prostatic hyper-

plasia larger, taking into account existing comorbidity

Author: A.J. Suranchiyev

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c. Summary: Postoperative combined application of TUR method and α1-adrenergic blockers (doxazozin and tamsulozin) in

case of BPH allowed to significantly enhance postoperative rehabilitation and clinical efficiency of the treatment.

Key words: BPH is a large size, TUR of the prostate, $\alpha 1$ - adrenergic blockers (doxazozin and tamsulozin).

Актуальность. Обладая высокой клинической эффективностью, трансуретральная электрорезекция предстательной железы имеет определенные осложнения, уровень которых хорошо изучен и остается достаточно стабильным [1].

Достигая поставленной цели плане снижения количества осложнении трансуретральной резекция (ТУР) доброкачественной гиперплазии предстательной (ДГПЖ), железы как кровотечение во время и после операции (возникающее у 0,9-10% пациентов), а также синдром водной интоксикации организма «ТУР-синдром» (0,1-1%)пациентов), известные методики малоинвазивных вмешательств в настоящее время все же уступают ТУР эффективности, ПО в клиническом, так и в экономическом отношении [2, 3].

При лечении ДГПЖ крупных размеров после ТУР возникают вопросы, требующие решения, кроме усиления эффекта местного гемостаза, как ранняя реабилитация больных с учетом имеющейся сопутствующей патологии [2].

Известно, что операция ТУР, как общепринятый «золотой стандарт», наряду с аденомэктомией относится к радикальным лечебным вмешательствам при ДГПЖ [3]. Литературные данные ряда авторов и практика показывает, что существенное число пациентов после этой операции не испытывают желаемого симптоматического

улучшения. Как хирургический метод, ТУР в большей степени уменьшает обструктивные симптомы ДГПЖ (на 60-77%) по сравнению с ирритативными (на 28-49%). В то же время применение α_1 -адреноблокаторов в равной степени уменьшает (на 39-43%) симптоматику как фазы наполнения, так и опорожнения мочевого пузыря. Кроме того, эффективность этих препаратов по снижению суммарных баллов симптомов ДГПЖ (40-60%) приближается к таковому после ТУР (60-80%).

Указанные обстоятельства послужили обоснованием для сочетанного применения ТУР и α_1 -адреноблокаторов при ДГПЖ крупных размеров. При этом из группы α_1 -адреноблокаторов выбраны селективный препарат — зоксон и суперселективный — тамсулозин.

Цель исследования: анализ эффективности применения комбинированных методов лечения ДГПЖ крупных размеров в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии.

Материал и методы. Для реализации поставленной задачи были выбраны три группы больных с ДГПЖ крупных размеров (таблица). Больные 1 группы (20 пациентов) после ТУР не получали α_1 -адреноблокаторы (контроль). Во 2 группе 20 пациентов принимали зоксон (доксазозин) и в 3 группе 15 пациентов получали тамсулозин (омник).

Таблица — Основные показатели до и после лечения у больных ДГПЖ, прооперированных методом ТУР и получивших α_1 -адреноблокаторы

	ТУР (контроль)		ТУР + зоксон		ТУР +тамсулозин	
Показатели	до операции	через 30 дней после операции	до операции	через 30 дней после операции	до операции	через 30 дней после операции
IPSS, баллы	21,5±5,2	12,2±1,9	23,6±4,8	8,0±2,2	23,5±4,2	8,1±2,4
Q _{тах} , мл/сек	8,2±3,8	13,1±3,2	7,7±3,1	16,5±2,7	7,5±3,3	16,2±2,9
Количество остаточной мочи, мл	130,5±40,2	31,2±7,5	121,7±30,1	18,4±5,7	129,5±36,5	16,1±6,0

Зоксон (доксазозин) назначали с первого дня после удаления уретрального катетера (у больных, не имевших эпицистотому) в дозе 1,0 мг под контролем артериального давления, учитывая влияние препарата на его значение, с последующим подбором дозы в зависимо-

сти от клинической ситуации до достижения максимальной лечебной эффективности его действия. Окончательная суточная доза зоксона составила 2,0 мг у 15 (75%), 4,0 мг – у 5 (25%) больных. Тамсулозин (омник) назначали в полной терапевтической дозиров-

ке, равной 0,4 мг, однократно в сутки после завтрака, так как высокая аффинность к α_1 А-адренорецепторам позволяла значительно уменьшить терапевтическую дозу препарата. В связи с этим при назначении препарата не требовалось подбор и титрование дозы, в отличие от зоксона. С первого дня лечения назначали оптимальную терапевтическую дозу.

Данные таблицы 1 показывают, что суммарный балл симптоматики больных всех трех групп был примерно Несколько одинаковым. больше были показатели максимального объема скорости потока мочи у больных 1 группы (ТУР), чем у двух других групп (ТУР+зоксон и ТУР+тамсулозин). В связи с этим и были значения количества остаточной мочи у больных трех групп. Объемы ДГПЖ во всех трех группах больных были оценены как крупные, т.е. они были более 70 см³ по данным УЗИ.

Установлено, что показатели ближайших послеоперационных результатов ТУР ДГПЖ крупных размеров по таким данным, как сроки удаления уретрального катетера после операции (от 3 до 4,5 суток), длительность гематурии (от 2 до 5 суток) после операции вовсех сравниваемых группах оказались примерно идентичными.

Установлено заметное увеличение максимальной объемной скорости потока мочи во всех сравниваемых группах по истечении 30 дней после ТУР и от начала приема а,-адреноблокаторов. Между тем, у больных 1 группы, где они были подвергнуты только ТУР, увеличение Q_{max} (с 8,2 до 13,1 мл/сек) было хотя и заметным, но статистически недостоверным. Препараты – зоксон и тамсулозин после ТУР ДГПЖ размеров способствовали крупных статистически существенному увеличению максимальной объемной скорости потока мочи (с 7,7 до 16,5 мл/сек и с 7,5 до 16,2 мл/ сек соответственно) в условиях 45-дневного приема непосредственно после оперативного лечения.

Оперативное лечение ДГПЖ крупных

методом ТУР способствовало размеров 21,5 заметному снижению (с баллов) (статистически недостоверному) шкалы общей симптоматики заболевания. Сочетание метода ТУР с применением в послеоперационном периоде препаратов группы α,-адреноблокаторов способствовала статистически существенному (р<0,001) снижению суммарных баллов симптоматики ДГПЖ при оценке через 30 дней после ТУР и начала приема лекарственных препаратов (с 23,6 до 8,0 баллов при ТУР+зоксон и с 23,5 до 8,1 баллов при ТУР+тамсулозин).

Во всех трех группах наблюдений отмечали существенное уменьшение количества остаточной мочи. Хотя уровень достоверности в 1 группе был меньшим (с 130,5 до 31,2 мл, p < 0.05), чем в двух других группах (от 121,7 до 18,4 мл при ТУР+зоксон и от 129,5 до 16,1 мл при ТУР+тамсулозин) (p<0,001). Более того, при незначительной разнице количества остаточной мочи дооперационном периоде у больных трех сравниваемых групп, и ее объем через 30 дней после ТУР и начала лекарственной терапии был несколько отличительным. Так, зоксон и тамсулозин способствовали более заметному снижению остаточной мочи в мочевом пузыре, чем самостоятельное оперативное вмешательство методом ТУР.

Выводы.

При ДГПЖ крупных размеров у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии, комбинированное применение метода ТУР и препаратов группы α_1 -адреноблокаторов в раннем послеоперационном периоде, значительно уменьшает симптоматику ДГПЖ.

Применение α_1 -адреноблокаторов в раннем послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс реабилитации больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии после ТУР ДГПЖ больших размеров и соответственно повысить эффективность ее лечения.

Список использованных источников:

Под редакцией Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова.
 Избранные лекции по урологии.- М., 2008. – С. 406-408.

^{2.} Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по

трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М., 1997. – С. 144.

^{3.} Лопаткина Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1999. – С. 52-53.

II. НЕФРОЛОГИЯ / НЕФРОЛОГИЯ / NEPHROLOGY

УДК 617.22.137-0094.717

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛИТИАЗОМ

Автор: Ж.Е. Куаншалиева

Адрес: AO «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Одним из наиболее частых осложнений, встречающимся при уролитазе является развитие

гипертонии. Развитие гипертонии при МКБ приводит к появлению и дальнейшей прогрессии хронической болезни почек. Расчет скорости клубочковой фильтрации у пациентов с конкрементами в мочевыделительной системе является главным критерием функционального состояния почек. Применение ингибиторов АПФ является патогенетически обоснованным направлением в проведении нефропротективной терапии в лечении пациентов с наличием гипертонии при МКБ.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, гипертония, хроническая болезнь почек, нефропротективная терапия.

Аталуы: Несеп-тас ауруы бар науқастарға нефропротективті ем жүргізу тиімділігін бағалау

Автор: Ж.Е. Қуаншалиева

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Несеп-тас ауруында кездесетін ең жиі асқынулардың бірі гипертония болып табылады. Несеп-тас

ауруындағы гипертонияның дамуы бүйректердің созылмалы ауруының дамуына және одан әрі үдеуіне әкеледі. Несеп шығару жүйесінің тастары бар науқастарда бүйрек қызметінің ең басты көрсеткіші — шумақтық фильтрацияны есептеу. ААФ тежеуіштерін қолдану несеп-тас ауруындағы гипертониясы бар науқастардың жалпы еміндегі нефропротективті ем қолдану патогенетикалық дәлелденген бағыт екені

негізделді.

Түйінді сөздер: несеп-тас ауруы, гипертония, бүйректер созылмалы ауруы, нефропротективті ем.

Title: Estimation of efficiency of leadthrough of nephroprotektiv therapy in patients having urolithiasis

Author: Zh.E. Kuanshalieva

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: One of the most frequent complications, meeting at urolitaze is development of hypertension. Development of

hypertension at urolithiasis results in appearance and further progression of chronic disease of kidney. Patients with concrements in the urine system have a calculation of speed of glomerular filtration the main criterion of the functional state of kidney. Application of inhibitors of APF is the pathogenetical grounded direction in the

leadthrough of nephroprotektiv therapy in treatment of patients with a urolithiasis.

Key words: urolithiasis, hypertension, chronic disease of kidney, nephroprotektiv therapy.

Актуальность. Уролитиаз, несмотря на новейшие технологии и разработки в диагностике и лечении, и в третьем тысячелетии не отступает от человечества в качестве одного из самых сложных урологических заболеваний. Количество больных с мочекаменной болезнью (МКБ) неуклонно растет с каждым годом и составляет более трети всех урологических пациентов [1, 2].

В настоящее время заболеваемость уролитиазом в мире достигла 3-7% [3-5]. Особенностью и сложностью этой патологии является повсеместность распространения, полиэтиологичность заболевания, многогранность диагностических и лечебных мероприятий, достаточно раннее развитие многочисленных осложнений и поражение молодого и наиболее трудоспособного населения всего Земного шара [6, 7].

Причинами, приводящими к потере трудоспособности пациентов являются

появление и равитие осложнений уролитиаза.

К наиболее частым осложнениям МКБ относятся различные гнойно-воспалительные процессы верхних и нижних мочевых путей, гипертония, сморщивание почек и развитие почечной недостаточности [8]. Как показывает мировая статистика, каждый четвертый пациент, получающий заместительную терапию страдает нефролитиазом [9].

С точки зрения многих исследователей литогенеза, именно гипертония является одним из наиболее распространенных и постоянно прогрессирующим осложнением МКБ, ухудшающим общее состояние больного [10].

По данным рандомизированных исследований, гипертонию рассматривают в качестве главного фактора прогрессирования хронической болезни почек (ХБП), так как она является прогрессивным состоянием и причиной высокой заболеваемости и смертности среди населения [11]. Ввиду того,

22 НЕФРОЛОГИЯ

что почки играет важную роль в регуляции гомеостаза, при ХБП возникает полиорганная недостаточность.

Прогрессирование почечной дисфункции до терминальной стадии общепринято у больных с ХБП; проявляясь единожды, тенденция к прогрессированию сохраняется независимо от основного заболевания и причины ХБП [12, 13].

Таким образом, в настоящее время наиболее пристальное внимание медицинских исследователей обращено на такой фактор как гипертония. Проведенные в 2009 году крупные популяционные исследования указывают, что гипертония является мощным независимым фактором развития и прогрессирования ХБП до терминальной почечной недостаточности. сегодняшний день результатами рандомизированных исследований достоверно доказано, что основным звеном нефропротективной терапии должно являться достижение целевого уровня артериального давления (АД) [14].

Учитывая значимость вышеизложенной проблемы, в Научном центре урологии им. академика Б.У. Джарбусынова проведено исследование, посвященное изучению особенностям гипотензивной терапии у больных с МКБ.

Цель: оценка эффективности проведения нефропротективной терапии у пациентов с уролитиазом.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных мониторинга АД, результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований 112 пациентов.

Все больные проходили обследование и лечение в Научном центре урологии им. академика Б.У. Джарбусынова в период с 2009 по 2011 гг.

Распределение исследуемых по половому признаку показало, что мужчины составили - 64 (57,1%) человека, женщины — 48 (42,8%) человек. Средний возраст пациентов составил: у мужчин — 46,7 \pm 9,7 года, у женщин — 54,1 \pm 6,2.

Клиническое обследование всех больных проводилось по общепринятой методике.

Полученные данные оценивали комплексно с учетом всех диагностических методов.

Всем больным, участвующим в исследо-

вании, проводили обязательный комплекс клинико-лабораторных исследований, направленных на выяснение наличия активности воспалительного процесса (общий анализмочии крови), оценку функционального почки (проба Зимницкого, состояния проба Реберга, определение коэффициента насыщения мочи, подсчет СКФ), выявление метаболических нарушений (биохимический анализ крови, определение уровня мочевой кислоты в крови и мочи, цитрата мочи), а также определение химического состава мочи. Инструментальные исследования включали: УЗИ, обзорную экскреторную урографию и КТ мочеполовой системы.

Скорость клубочковой фильтрации или glomerular filtration rate (GFR), дает суммарную оценку фильтрационной способности почек. Снижение СКФ достоверный показатель хронического заболевания СКФ равна почек. сумме скоростей фильтрации каждом В функционирующих нефронов, следовательно, показатель СКФ можно использовать как косвенный определитель массы действующтх нефронов (МДН) [10]. Мониторинг СКФ позволяет отслеживать изменения степени и скорости прогрессирования заболевания почек. Уровень СКФ является мощным и объективным предиктором времени начала почечной недостаточности, равно как и прогноза развития осложнений хронического заболевания почек [11].

В клинической практике расчет СКФ с определением основной парциальной функции позволяет подобрать оптимальную дозу лекарственных средств, экскретируемых за счет клубочковой фильтрации для предотвращения потенциальной токсичности препаратов.

Определение СКФ является обязательным и напрямую связано с введением понятия хроническая болезнь почек $(XB\Pi)$, предложенного экспертной группой Национального Почечного Фонда (НПФ) США одобренного Международной Ассоциацией Нефрологов для использования в повседневной клинической практике врача. позволяет нефрологам Концепция ХБП всего мира по одним и тем же критериям оценивать тяжесть почечной патологии,

нефрология — 23

планировать меры первичной и вторичной профилактики, проводить сопоставимые эпидемиологические исследования [12].

На сегодняшний день существует большой выбор гипотензивных препаратов с доказательной эффективностью в процессах снижения и стабилизации АД. Однако они значительно различаются в оказываемом действии на темп прогрессирования ХБП [13].

Многоцентровые исследования, проводимые в международных клиниках уделяют особое внимание применению ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в лечении гипертонии. Ингибируя АПФ, эта группа препаратов

подавляет образование ангиотензина II, а также уменьшает деградацию брадикининов и простогландинов. Они эффективны в замедлении темпов прогрессирования ХБП, вызванной различными патологиями. Ингибиторы АПФ снижают смертность от кардиальной патологии у пациентов с 1-4 стадиями ХБП. Ренопротективный эффект объясняется ИХ способностью снижать тонус отводящей артериолы, что приводит к уменьшению внутриклубочкового давления. Подавление аутокринных и паракринных эффектов ангиотензина II с помощью ингибитора АПФ препятствует развитию фиброза клубочков и интерстиция [14].

Таблица 1 - Распределение пациентов по стадиям ХБП

C VEH	Количество пациентов (n=112)			
Стадии ХБП	абс	%		
1	41	36,6		
2	52	46,5		
3	15	13,5		
4	3	2,6		
5	1	0,8		

Результаты и обсуждение. В ходе проведения исследования все пациенты были распределены по стадиям ХБП (таблица 1). Как видно из таблицы 1, у наибольшего количества пациентов наблюдали 2 стадию ХБП.

В зависимости от проводимого лечения все исследуемые были разделены на две группы.

1 группа пациентов — 58 пациентов, в качестве гипотензивного препарата принимали ингибитор АПФ «Рамиприл» в дозе $10~{\rm MF}$ в сутки.

2 группа пациентов, составила 54 человека, которая получала симптоматическую терапию без ингибитора АПФ.

Эффективность проводимого лечения оценивали по уровню СКФ (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов по уровню скорости клубочковой фильтрации

	1 группа (n=58)		2 группа (n=54)		
	абс.	%	абс.	%	
В норме	19	32,2±9,4	11	21,2±5,2	
Гиперфильтрация	11	21,1±6,7	17	32,7±8,6	
Снижение СКФ	28	48,5±13,2	24	46,3±9,8	

По данным таблицы 2 видно, что в зависимости от уровня СКФ все пациенты были распределены на 3 группы. В обеих группах прослеживается похожая тенденция при распределении пациентов по разным группам, что демонстрирует репрезентативность исследуемых групп (таблица 3).

Контроль проводимой терапии проводи-

ли через 1 и 3 месяца (таблица 4).

Анализируя данные таблицы 4, можно сказать о том, что прием препарата в течение месяца не дает клинически значимый результат, однако через 3 месяца лечения в 1 группе наблюдается достоверно значимый эффект в виде повышения уровня СКФ по сравнению со 2 группой (таблица 5).

124 — НЕФРОЛОГИЯ

Таблица 3 – Средние показатели уровня скорост клубочковой фильтрации в разных группах

Показатель	1 группа	2 группа
Среднее значение СКФ	69,4±12,3	68,1±9,8

Таблица 4 – Динамика изменений скорости клубочковой фильтрации у исследуемых пациентов

Группы	До приема	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Основная	69,4±12,3	68,9±11,4	77,5±13,6*
Контрольная	68,1±9,8	67,2±11,6	58,2±12,3
* p<0,05 по сравнению с показателями до лечения.			

Таблица 5 – Динамика изменений артериального давления у исследуемых пациентов

Показатели		I гр	уппа	II группа		
		До лечения	Через	До лечения	Через	
			3 месяца		3 месяца	
A	САД	165,7±15,9	129,4±10,7*	166,1±12,1	163,9±14,8	
Артериальное давление, мм.рт. ст.	ДАД	95,3±11,3	82,3±9,3*	93,7±6,4	96,2±9,9	
* p<0,03 по сравнению с 2 группой						

Полученные данные по динамике колебаний АД в ходе лечения показывают высокую эффективность применения ингибиторов АПФ в качестве гипотензивного средства.

Выводы. Проведенное исследование показало, что пациенты с МКБ входят в группу риска развития и прогрессирования ХБП. Развивающаяся при уролитиазе гипертония является основным фактором

Список использованных источников:

- 1. Вощула В.И. Мочекаменная болезнь. Минск: ВЭВЭР, 2006. С. 258.
- 2. Саенко В.С. Метафилактика мочекаменной болезни: дис. . . . д-ра мед. наук: 14.00.40. М., 2007. С. 241.
- 3. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Уратный нефролитиаз. М., 1995. С. 176.
- Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А. Лечение мочекаменной болезни комплексная медицинская проблема // Consilium-medicum. 2003. С. 18–22 (Прил. Урология).
- 5. Аляев Ю.Г., Кузьмичева Г.М., Руденко В.И. и др. Клиническое значение комплексного исследования мочевых камней // Материалы Пленума правления Рос. о-ва урологов. – М., 2003. – С. 58–59.
- 6. Витворт Д.А., Лоуренс Д.Р. Руководство по урологии и нефрологии / пер. с англ. Ю.А. Грогоровича [и др.]. М.: Медицина, 2000. С. 486.
- 7. Литвицкий П. Ф. Патофизиология: учеб.: в 2 т. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.-365 с.

гиперфильтрации, а в последующем снижения СКФ. Своевременная терапия с применением «Рамиприла» достоверно стабилизирует АД и повышает уровень СКФ.

Назначение этой группы препаратов позволяет снизить скорость прогрессирования ХБП и отсрочить развитие таких грозных осложнений, как сморщивание почек и почечная недостаточность.

- 8. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С. и др. Мочекаменная болезнь. Алматы, 2004. 292 с.
- 9. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А. Современные методы лечения мочекаменной болезни. Алматы: Казахстан, 1997. 141 с.
- 10. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии: в 3 т. М.: Медицина, 1998. 327 с.
- Аляев Ю.Г., Григорьев В.И., Руденко В.И. и др. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения // Врачебное сословие. 2004. № 4. С. 4–9.
- 12. Смирнов А.В., Есаян А.М., Каюков И.Г. Хроническая болезнь почек: на пути к единству представлений // Нефрология 2002 T.6, №4 С. 11-17.
- 13. Glassock RJ, Winearls C. An epidemic of chronic kidney disease: fact or fiction? // Nephrol Dial Transplant, 2008: 23, P. 1117-1121.
- 14. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for CKD: Classification and Stratification // Am J Kidney Disease 2002, Vol.39 Supp 1-Supp 2. P. 66.

нефрология — 25

III АНДРОЛОГИЯ / АНДРОЛОГИЯ / ANDROLOGY

УДК 616.65-002-022

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

М.К. Алчинбаев, Т.Э. Хусаинов, Е.А. Сулейменов, К.Т. Надыров Авторы:

АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы Адрес:

Резюме: исследования явилось изучение эффективности комбинированного применения

препаратов Лавомакса и Витпрост Плюс в комплексном лечении хронического простатита (ХП) на фоне рецидивирующих инфекции передающейся половым путем (ИППП), сопровождаемого антибиотикорезистностью. Исследованы 20 больных в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст 35±5,3 лет) и 10 мужчин с рецидивирующим ХБП внесены в контрольную группу. Больным провены клинические исследования: сбор анамнеза, анкетирование по шкале XII (NIN CPSI), по шкале МИЭФ-5, клиническое и урологическое обследование. Результаты обследования и лечения данной группы больных указывают на возможность использования препарата Тилорон (Лавомакс) в качестве препарата иммуномодулирующей терапии и сопровождения в случаях наличия иммунологических нарушений, вызванных сочетанием рецидивирующих инфекций, передаваемых половым путем, антибиотикорезистных форм хронического бактериального простатита. Включение в комплексную терапию хронического бактериального простатита (ХБП) суппозиториев Витапрост Плюс является необходимым компонентом, ввиду их органотропного действия на простату, так как уменьшается степень отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализуется секреторная функция эпителиальных клеток и значительно устраняется обструктивная симптоматика. На сегодняшний день особенностью течения всех урогенитальных инфекций является их частая ассоциация друг с другом, малосимптомность клинических проявлений, многоочаговость поражения, что обуславливает трудность терапии и тяжесть развивающихся осложнений. Применение препарата Тилорон (Лавомакс) 125 мг и суппозиториев Витапрост Плюс доказало свою высокую клиническую эффективность в качестве основной линии терапии у больных с хроническим бактериальным простатитом.

Ключевые слова:

бактериальный простатит, инфекции передаваемые половым путем, антибиотикорезистентность,

Лавомакс, Витапрост Плюс, комплексное лечение.

Аталуы: Созылмалы бактериалды простатитті құрамдастырылған емі М.К. Алшынбаев, Т.Э. Хусаинов, Е.А. Сүлейменов, К.Т. Надыров Авторлар:

«Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Мекен-жайы: Тұжырым:

Зерттеудің мақсаты антибиотикке төзімділікпен бірге болатын, қайталанбалы жыныс жолдарымен берілетін жұқпа (ЖЖБЖ) аясында созылмалы простатитті (СП) кешенді емдеуге Лавомаксты және Витпрост Плюсті біріктірілген қолданудың тиімділігін зерттеу мақсаты болып табылды. 20-дан 50 жасқа дейінгі 20 науқас (орташа жасы 35±5,3 жыл) зерттелді және қайталанбалы созылмалы бактериальді простатит (СБП) бар 10 еркек бақылау тобына енгізілді. Науқастарға клиникалық зерттеулер жүргізілді: анамнезді жинау, СП (NIN CPSI) шкаласы бойынша, МИЭФ-5 шкаласы бойынша сауалнама жүргізу, клиникалық және урологиялық тексерулер. Науқастардың осы тобын зерттеу және емдеу нәтижелері Тилорон (Лавомакс) препаратын созылмалы бактериалды простатиттің антибиотикке төзімді түрлерінің жыныс жолдары арқылы берілетін қайталанбалы жұқпалардың үйлесіміне байланысты пайда болған иммунологиялық бұзылулардың бар болуы жағдайында иммунтүрлендіруші емдеу және сүйемелдеу препараты ретінде қолдану мүмкіндігін көрсетті. СПБ кешенді емдеуге Витапрост Плюс суппозиторийлерін қосу олардың простатаға органотроптық әсеріне байланысты қажетті компонент болып табылады, себебі ісіктің, қуық асты безінің лейкоцитарлы инфильтрациясының деңгейі төмендейді, беткейтін жасушаларының секрециялық функциясы қалыптанады және тарылу симптоматикасы едәуір жойылады. Бүгінгі күні барлық урогенитальды жұқпалардың даму сатыларының ерекшелігі олардың бір-бірімен жиі байланысуы, клиникалық көріністердің аз симптомдығы, зақымданудың көп ошағының болуы болып табылады, бұл емдеудің қиындығына және дамитын асқынулардың ауырлығына алып келеді. Тилорон (Лавомакс) 125 мг препаратын және Витапрост Плюс суппозиторийлерін қолдану созылмалы бактериалды простатит бар науқастарды емдеудің негізгі желісі ретінде өзінің жоғары клиникалық тиімділігін дәлелдеді.

Түйінді сөздер: бактериалды простатит, жыныс жолдары арқылы берілетін жұқпалар, антибиотикке төзімділік,

Лавомакс, Витапрост Плюс, кешенді емдеу.

Title: The combined treatment of chronic bacterial prostatitis

Authors: M.K. Alchynbayev, N.E. Khussainov, Ye.A. Suleimenov., K.T. Nadyrov

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Aim of the study was to assess the efficacy of combined use of Lavomax and Vitaprost Plus as part of the complex therapy of chronic prostatitis (CP) associated with relapsing sexually transmitted infections (STI) accompanied by antibiotic resistance. We have examined 20 patients aged from 20 to 50 years (mean age 35.0±5.3 years) and 10 men with relapsing chronic bacterial prostatitis (CBP), included in to control group. Patients underwent the following clinical investigations: history taking, surveillance by CP scale (NIN CPSI), by IIEF-5 scale, clinical and urological evaluation. Investigations and treatment of this patients group indicates the pos-

26 АНДРОЛОГИЯ sibility to use the medicinal product Tiloron (Lavomax) as immunomodulation treatment, and accompanying treatment in cases of immunological disorders due to combination of relapsing sexually transmitted infections and antibiotic resistant forms of chronic bacterial prostatitis. Inclusion the suppositories Vitaprost Plus into complex therapy of chronic bacterial prostatitis (CBP) is a necessary component due to their organotropic action on prostate with decreasing of edema degree, leucocytes infiltration of prostate, normalization of secretory function of epithelial cells, and significant resolving of obstruction symptoms. Currently, the peculiarity of urogenital infections course is presented by their frequent association to each other, lack of symptoms, multifocal disease, which determines the difficulties in therapy, and severity of developing complications. Use of medicinal product Tiloron (Lavomax) 125 mg and Vitaprost Plus suppositories has proved their high clinical efficacy as first line therapy in patients with chronic bacterial prostatitis.

Key words:

bacterial prostatitis, sexually transmitted infections, antibiotic resistance, Lavomax, Vitaprost Plus, complex treatment.

Актуальность. Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляя 8% амбулаторных визитов к урологу [1]. С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30-73% [2]. Влияние этого заболевания на качество жизни сопоставимо с инфарктом миокарда, стенокардией, болезнью Крона, что обуславливает также и значительные психологические и социальные проблемы у больных простатитом мужчин трудоспособного возраста [3]. При определении относительной частоты выявления разных форм хронического простатита большинством специалистов было показано, что на долю хронического бактериального простатита (ХБП) приходится 5-15 % случаев заболевания [4], в то время как на долю воспалительного синдрома хронической тазовой боли приходится 60-65% случаев, а около 30 % составляют больные с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли.

Сочетание рецидивирующих инфекций, передаваемых половым путем (РИППП) и антибиотикорезистентной формы ХБП является в настоящее время трудноразрешимой междисциплинарной медицинской проблемой. Несмотря на многовековую историю изучения хронического простатита (Herophilus впервые описал предстательную железу как орган около 350 лет до н.э., a Legneau в 1815 году опубликовал свои наблюдения за воспалительным процессом простаты) в вопросах диагностики и лечения как бактериального, так и не бактериального хронического простатита (ХП) у ученых нет единого мнения [4]. Среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы ХП занимает первое место. В Казахстане до 45% мужчин трудоспособного возраста (30 - 45 лет) страдают

хроническим простатитом (данные Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова).

Большинством специалистов хронический простатит рассматривается как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений, характеризующееся поражением, как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы [5-7]. Предстательная железа выполняет у мужчин экзокринную секреторную функцию и содержит ткани, способные к эндокринному ответу. Нормальный состав секрета простаты является основным условием сохранения фертильности, т. к. секрет простаты обеспечивает двигательную активность и жизнеспособность сперматозоидов вне мужского организма, снабжая их энергетическими ресурсами и защищая от неблагоприятных воздействий окружающей среды. Часто именно изменения в секрете простаты приводят к нарушению оплодотворения яйцеклетки, и развитие простатита нередко становится причиной нарушения репродуктивной функции.

В настоящее время наиболее удобной для клинического использования является классификация ХП, предложенная в 1995 году Национальным институтом здоровья США. В соответствии с ней ХБП с рецидивирующей инфекцией относят ко второй категории заболевания [10-15]. Это относительно редкая группа, распространенность при подтвержденной инфекции в которой не превышает 10-12% [16]. Многочисленные опубликованные данные не дают исчерпывающего ответа на вопрос о причинах возникновения и эффективности лечения хронического простатита [17]. Это подтверждается непредсказуемостью клинического ответа на антибиотикотерапию, успех которой не превышает 40%, отсутствием корреляции между элиминацией уропатогенного микроорга-

АНДРОЛОГИЯ — 27

низма из простаты и излечением больного. В пользу этого довода говорит отсутствие этиопатогенетической связи между острым и хроническим простатитом. В большинстве случаев ХП не является исходом перенесенного острого процесса [13, 17]. Что касается инфекций, передающихся половым путем (ИППП), то в настоящее время нет однозначного ответа, что многие их них, вызываемые микоплазмами, хламидиями и вирусами, могут являться причиной возникновения ХП [4].

На сегодняшний день особенностью течения всех урогенитальных инфекций является их частая ассоциация друг с другом, малосимптомность клинических проявлений, многоочаговость поражения, что обуславливает трудность терапии и тяжесть развивающихся осложнений. Смешанные инфекции при ИППП выявляются в 52% случаев, из них в 34% имеются сочетания трех и более возбудителей. Причем они выявляются зачастую не одновременно, а последовательно, одна за другой в процессе этиотропной терапии, особенно при торпидном характере течения заболевания. ИППП, вызываемые смешанной инфекцией протекают тяжелее, более длительно, не всегда проявляются в манифестной форме. Давая большое разнообразие клинических симптомов, они взаимодействуют между собой и организмом больного, нарушая защитные специфические и неспецифические иммунологические процессы, циклические взаимоотношения макроорганизма и возбудителя [1, 2, 4-6].

Наличие «активных» жалоб у больных с XБП при нормальных микроскопических по-казателях секрета простаты (лейкоциты до 15 в поле зрения) и высеваемой в бактериальном посеве патогенной, как правило, грамотрицательной флоры, запускают следующий шаг алгоритма диагностики с целью исключения возможного инфицирования или реинфицирования ИППП, что может являться поддерживающим фактором течения ХБП.

Сочетание рецидивирующих ИППП и ХБП ставит перед врачом сложные задачи. Во-первых: не пропустить латентную инфекцию, не манифестирующую в период обследования; во вторых: выявить на основании бактериального посева секрета простаты и специфического посева на хламидии и микоуреоплазму наиболее рациональные антибактериальные препараты; в третьих: установить характер иммунологических нарушений на основании иммунограммы и определить эффективный иммуномодулятор по показателям иммунного и интерферонового статуса.

При назначении терапии хронического простатита необходимо адекватно оценить роль выделяемых микроорганизмов. Это позволит практическому врачу подобрать эффективный спектр антибактериальных, иммунокоррегирующих и симптоматических препаратов. Определенные затруднения вызывает оценка этиологической значимости выделяемых штаммов, о которой судят на основании высокого популяционного уровня выделяемой культуры (обычно это 104 и более КОЕ/мл) и характеристики изолята, ассоциированной с его патогенностью. Оценить этиологическую роль штаммов, выделяемых с низким популяционным уровнем или на нижней границе нормы, невозможно без применения специальных методик. Эту задачу может решить исследование наличия у изолята генов «островов» патогенности, выявляемых с помощью полимеразной цепной реакции. Установлено, что геномные «острова» патогенности играют существенную роль в формировании патогенного потенциала условно-патогенных микроорганизмов, причем их наследование сопровождается приобретением непатогенными бактериями вирулентности [Schubert S., Rakin A., 1998]. Гены «островов» патогенности контролируют синтез различного типа адгезинов, инвазинов, гемолизинов, токсинов (гемолизина, цитотоксического некротизирующего фактора-1, шигаподобного энтеротоксина и др.), системы поглощения ионов железа (важного для размножения возбудителя в тканях) и найдены как в составе хромосомы, так и в составе мобильных генетических элементов (бактериофагов, плазмид, транспозонов) [Бондаренко В.М. 1999, Бондаренко В.М. 2001, Мавзютов А.Р., 2002).

Длительное применение антибактериальных средств при ХБП и ИППП, как правило, сопровождается гемо-, гепато-, нефро-, нейротоксическими эффектами, аллергическими реакциями, а при длительном и нерациональном применении антибиотиков приводит к развитию выраженного дисбактериоза кишечника и частичному снижению иммунитета [11, 12]. Эти возможные ослож-

28 — АНДРОЛОГИЯ

нения антибиотикотерапии не позволяют безоговорочно и в полной мере применять данные препараты в качестве монотерапии у всех пациентов, особенно в случае рецидивирующей или смешанной инфекции. В этих случаях целесообразно проводить рациональную антибиотикотерапию в сопровождении иммуномодулирующего препарата, препятствующего возникновению побочных эффектов антибактериальной терапии и обладающего терапевтическим синергизмом. К иммунологическому сопровождению лечения предъявляются весьма высокие требования: во-первых, сократить сроки лечения, во вторых, снизить возможное токсическое влияние антибиотиков на макроорганизм, в третьих, нивелировать скомпрометированные смешанной инфекцией нарушения иммунного ответа и, самое главное, избежать развития раннего рецидива заболевания.

В связи с вышеперечисленными факторами, назначение и применение рациональной терапии хронического бактериального простатита, является одной из важнейших задач современной урологии.

Материалы и методы. Научным центром урологии в 2011 году проведено клиническое исследование и анализ эффективности препарата Тилорон (Лавомакс®) и Витапрост® Плюс на фоне базовой терапии у больных с хроническим бактериальным простатитом.

Целью исследования являлось изучение эффективности комбинированного применения препаратов Тилорон (Лавомакс®) и Витапрост® Плюс в комплексном лечении хронического простатита (ХП) на фоне рецидивирующих инфекций передаваемых половым путем, сопровождаемых антибиотикорезистентностью.

Таблица 1 - Схема исследовательских действий

D0 (визит 1) D1 (визит 2) D10 (визит 3) D30 (визит 4) Методы исследования Информированное согласие Лист включения/исключения Демографические данные Клиника и анамнез заболевания Характер проводимой терапии Шкалы ХП, МИЭФ Клинические лабораторные показатели Специфические лабораторные показатели Мониторинговый контроль эффективности терапии + Урофлоуметрия УЗДГА мошонки, простаты, полового члена

В исследование были включены больные от 20 до 50 лет при наличии рецидивов ХБП и ИППП, возникших в течение 6 месяцев до начала лечения. Основными условиями исследования являлись: отказ от употребления алкогольной продукции на весь период исследования, соблюдение режима приема лекарственных средств и своевременное информирование врача-исследователя о любых побочных эффектах.

Вошедшим в основную группу больным проведены клинические исследования: сбор анамнеза, анкетирование по шкале оценки симптомов ХП (NIH CPSI), оценка сексуального здоровья мужчины — шкала МИЭФ-5, клиническое и урологическое обследование (таблица 1).

Методы исследования включали:

- 1. Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи;
- 2. Микроскопия с окраской по Грамму мазка из уретры, секрета простаты;
- 3. Культуральный метод посев на специальные среды культуры клеток, выделение и идентификация возбудителя из секрета простаты с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, либо посев спермы с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антибактериальным препаратам;
- 4. Ультразвуковое допплеровское исследование органов мошонки, полового члена, простаты;
- 5. Выявление возбудителя методом ПЦР;
- 6. Уродинамическое исследование (урофлоуметрия);
- 7. Иммунологический метод (ИФА) выявление специфических антител к возбудителю

в диагностически-значимом титре.

Для оценки больных мужчин с жалобами на нарушение эрекционной составляющей копулятивного цикла применяли шкалу МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции).

Схема терапии включала: Тилорон (Лавомакс®) ежедневно по 125 мг в течение 16 дней в сочетании с антибактериальной терапией и суппозиториев Витапрост® Плюс. В соответствии с инструкцией по применению первые двое суток Тилорон (Лавомакс®) пациенты принимали по 1 таблетке (что соответствует 125 мг тилорона) в сутки, затем по 1 таблетке (125 мг) через каждые 48 часов. Курсовая доза — 10 таблеток Тилорона (Лавомакс®) (1,25 г).

Комбинированный препарат Витапрост® Плюс обладающий антимикробными и противовоспалительными свойствами, в составе которого имеется Ломефлоксацин - бактерицидное средство широкого спектра действия из группы фторхинолонов, применялся ректально, по 1 суппозиторию 1 раз в день. Курс терапии составлял 30 дней. Витапрост® Плюс воздействует на бактериальный фермент ДНК-гиразу, обеспечивающую сверхспирализацию, образует комплекс с её тетрамером (субъединицы гиразы А2В2) и нарушает транскрипцию и репликацию ДНК, приводит к гибели микробной клетки. В контрольной группе антибактериальную терапию проводили в течение 20 дней. Клинический и лабораторный контроль пациентов осуществлялся на 1, 10 и 30 дни лечения.

Результаты исследования: Основную группу составили 20 больных в возрасте от 20

до 50 лет (средний возраст 35±5,3 лет). Один больной выбыл из исследования по причине нарушения условий исследования (употребление алкоголя). В контрольную группу исследования были включены 10 больных с рецидивирующим ХБП.

На основании выявленной сопутствующей патологии больные основной исследуемой группы были распределены на 3 подгруппы:

1 подгруппа – 3 больных с хроническим бактериальным простатитом без наличия ИППП, (средний возраст $44,5\pm3,2$ лет);

2 подгруппа — 9 больных с сочетанием хронического бактериального простатита и рецидивирующей инфекцией, передающейся половым путем (РИППП - микоуреоплазменной, хламидийной, гарднереллезной, смешанной инфекцией), средний возраст - 31,5±2,8 лет;

3 подгруппа — 7 больных с сочетанием урогенитальных вирусных инфекций с хроническим бактериальным простатитом (средний возраст 35.2 ± 2.7 лет).

Сопутствующая патология встречена у больных всех подгрупп. Наиболее часто определяли васкулогенную ЭД – у 8 больных (42% случаев).

По нашему мнению присоединение бактериальных или вирусных поражений урогенитального тракта у мужчин, страдающих ЭД, усугубляет клиническое течение заболевания вплоть до развития вторичных психогенных нарушений эрекции. Средние показатели МИЭФ в каждой подгруппе до и после лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели МИЭФ у больных основной группы до и после лечения

№ подгруппы	Сумма баллов до лечения	Сумма баллов после лечения	Результат	% изменений
1.	13,2±1,3	17,2±2,1	улучшение	+5,9±2,3
2.	18,2±2,3	20,6±2,7	улучшение	+4,6±3,4
3.	17,9±2,9	17,9±2,1	без изменений	без изменений

При анализе шкалы МИЭФ у большинства больных основной группы после лечения в основном увеличивалась сумма баллов за счет 5 вопроса: «При попытках совершить половой акт, как часто Вы были удовлетворены?». До лечения 11 (57%) больных опытной

группы отвечали — «изредка, реже, чем в половине случаев», после курса терапии 17 (89) больных ответили — «часто, гораздо чаще, чем в половине случаев».

При анализе шкалы оценки симптомов хронического простатита в исследуемой

30 — АНДРОЛОГИЯ

группе выявлено: исходные количественные значения, характеризующие болевой синдром составили 13,8 балла, нарушение мочеиспускания - 6,2 балла, оценка качества жизни - 8,2 балла, общая сумма равнялась 28,2 балла. После лечения на 30 день наблюдения средняя сумма баллов во всех подгруппах составила 18,7±5,3 балла.

Наибольшая выраженность симптомов хронического простатита представлена в возрастной группе старше 40 лет. На фоне лечения с включением Тилорона (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс, значительный процент улучшения произошел в третьей подгруппе (сочетания ХП и вирусных инфекций урогенитального тракта). В этих случаях коррекция иммунологических нарушений приводит к нормализации клинического ответа на лечение. Наибольшее внимание привлекает тот факт, что большинство больных (63,1%) опытной группы после лечения отметили уменьшение болей в области полового члена и после семяизвержения. Данное обстоятельство может свидетельствовать об улучшении психологической составляющей копулятивного цикла мужчины при выздоровлении, либо улучшении метаболизма гладкомышечных клеток кавернозных синусов и семявыносящих путей на фоне лечения Тилороном (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс.

При анализе результатов анкетирования в контрольной группе до лечения суммарный показатель NIH CPSI (шкалы оценки XП) составил 29,8±3,61, болевой синдром составил 16,2±3,5, нарушение акта мочеиспускания

5,8±2,1, качества жизни 8,5±1,5. При последующем анкетировании после проведенного антибактериального лечения на 30 сутки мониторного наблюдения общий суммарный балл составил 24,1±3,4, что составило 23% улучшения симптоматики течения хронического простатита. В основном это касалось уменьшения составляющей болевого синдрома – 3,2 балла, нарушения акта мочеиспускания – 2,7, качества жизни – 1,2 балла. Данные факты могут свидетельствовать о недостаточности применения только антибактериальной терапии при лечении ХБП.

При нарушениях эрекционной составляющей копулятивного цикла мужчины по данным клинического исследования и шкалы МИЭФ (<18 баллов) исследовали пенильный кровоток у 8 (42%) больных опытной группы. Из них у 5 выявлены признаки венокорпоральной ЭД, у 3-артериальной недостаточности полового члена. У трех больных с признаками венокорпоральной ЭД при дополнительном исследовании выявлено варикоцеле: в двух случаях двустороннее, в одном -левостороннее.

По данным урофлоуметрии после 4 недель комбинированной терапии Тилороном (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс наблюдали увеличение максимальной скорости потока мочи более чем на 53%, чем при применении базовой терапии ХП, данный показатель в основном обусловлен за счет терапевтической эффективности и устранения обструктивного компонента суппозиториями Витапрост® Плюс. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Динамика показателей урофлоуметрии исследуемых больных во время лечения препаратом Тилорон (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс через 4 недели

	I подгруппа (n = 3)		II подгруппа (n = 9)		III подгруппа (n = 7)	
Показатели	исходно	после лечения	исходно	после лечения	исходно	после лечения
Средняя скорость тока мочи мл/сек	9,8±1,3	16,4±1,2	11,6±1,6	14,8±1,8	12,8±1,3	16,4±1,2
Максимальная скорость тока мл/сек	12,8±1,4	22,1±1,6	17,5±2,6*	19,8±2,8*	18,8±1,4	25,1±1,6
Время мочеиспускания, сек	41,5±4,3	27,5±2,8	43,3±1,9	38,2±2,3	42,4±3,9	29,7±3,2
Время достижения максимальной скорости тока мочи, сек	18,2±0,8	12,3±0,4	27,8±0,3	19,8±0,2	26,2±0,8	15,3±0,4
Примечание - * - р<0,05 отличие	достоверно	в сравниваем	ых группах			

Ультразвуковое допплеровское исследование простаты всем больным проводили дважды – до и после лечения.

По данным УЗИ простаты в серошкальном В-режиме в подавляющем большинстве случаев вне зависимости от степени клини-

ческих проявлений заболевания выявлены гиперэхогенные участки фиброзной ткани, кальцинаты и мелкие конкременты в периуретральной и центральной зонах. При трансабдоминальном УЗИ простаты в опытной группе объем предстательной железы при мониторном наблюдении уменьшился у 11 мужчин. Среднее значение уменьшение объема простаты составило 2,36 см³ (22,15-19,81 см³). В контрольной группе уменьшение объема простаты составило 2,68 см³ (24,31-21,57 см³), что сравнимо по результатам исследования, несмотря на несоответствие по численности групп. В импульсно-волновом режиме в зонах выявленного интереса (перипростатических венах) определяли снижение скорости венозного кровотока до 2,0-3,2 см/с (в норме 4,5-8,0 см/с), индекс периферического сопротивления сосудов RI до 0,56-0,69. В режиме цветового энергетического допплеровского картирования выявляли асимметрию, обеднение сосудистого рисунка простаты. После лечения существенных изменений ультразву-

ковой картины и гемодинамики простаты не происходило. В трети случаев венозный кровоток простаты увеличился до 3-5 см/с, что расценивали как позитивный прогностический фактор эффективности лечения.

Нарушение венозной гемодинамики у подавляющего большинства больных явилось усугубляющим фактором патогенеза заболевания, что, по-видимому, объясняет недостаточную биодоступность для антибактериальных препаратов. Снижение венозного кровотока приводит к последующим системным изменениям гемокоагуляции и метаболизма ацинусов простаты, что требует восстановления не только линейных показателей венозного кровотока, но и уменьшения клеточной ишемии за счет системного улучшения гемопоэза и восстановлению метаболизма клеток простаты.

Бактериальные посевы секрета простаты или спермы выявили следующие причины развития хронического бактериального простатита (таблица 4).

Таблица 4 - Бактериальные возбудители XП у больных основной группы, их чувствительность к антибактериальным препаратам, а также результаты комплексного лечения в сочетании с Тилороном (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс.

Наименование бактериального возбудителя	Количество больных	Чувствительность к антибактериальным препаратам	Результат лечения
Коагулазонегативный стафилококк	8	Клиндамицин, амоксиклав	выздоровление
Энтерококк	5		выздоровление
Энтерококк + Кишечная палочка	1	ципрофлоксацин	рецидив —1
Кишечная палочка	2	ципрофлоксацин	выздоровление
Посев роста не дал	5		выздоровление
Bcero:	21		

^{*}несоответствие количества посевов количеству больных связано с выявлением нескольких возбудителей ХП у одного больного.

Наиболее резистентным к проводимой терапии оказался ХБП, вызванный сочетанием энтерококка и кишечной палочки.

Во второй подгруппе больных наиболее сложной проблемой была оптимизация антибактериальной терапии в комплексе с Тилороном (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс, в связи с различной чувствительностью микоуреоплазменной или хламидийно-гарднереллезной инфекций и флорой, вызывающий бактериальный простатит. Наиболее часто в этой ситуации применяли два антибактериальных препарата, как правило, группы хинолонов (ципрофлоксацин),

макролидов (вильпрофен) сроком до 10 дней каждый. Тилорон (Лавомакс®) назначали в зависимости от количества инфекционных агентов: при 2 и более, продолжительность его применения увеличивали до 20 дней. Следует отметить, что забор материала на исследование ПЦР проводили не только из уретры, но и с крайней плоти головки полового члена, секрета простаты, спермы, что способствовало более точной ПЦР-диагностике инфекции.

Наиболее частое применение антибиотиков хинолонового ряда во 2 подгруппе больных было оправдано чувствительностью патогенной бактериальной флоры и ИППП.

32 — АНДРОЛОГИЯ

Локализация инфекции в уретре и /или в сперме определена в трети случаев. Клинические проявления заболеваний у этих больных были «стертыми», и только выявление возбудителя в бактериальном посеве послужили причиной назначения лечения. Мы разделяем точку зрения, что микоуреоплазменная инфекция не является причиной ХП. Она относится к условно-патогенным комплексам урогенитального тракта, которые развиваются только в условиях частичного иммунодефицита и сниженной колонизационной резистентности половых путей.

Отдельно остановимся на третьей, повидимому, самой сложной подгруппе больных. Следует отметить, что выявление вирусных, особенно латентно протекающих заболеваний, может сложиться не только на этапе диагностики, но и в период уже выявленных инфекций. В нашем исследовании у 7 больных выявлены сочетания бактериальной и вирусной инфекции, подтвержденные ИФА. В 2 случаях определяли IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу простого герпеса 2 типа (ВПГ 2), в 3 случаях латентная вирусная инфекция ВПГ 2, в 2 случаях выявлены IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ).

У 2 пациентов при наличии вирусной ассоциации герпеса и цитомегаловируса, применяли в монотерапии препарат Тилорон (Лавомакс®). В остальных случаях пациентам данной подгруппы препараты прямого противовирусного действия не назначали, но был проведен курс антибактериальной терапии на фоне Тилорона (Лавомакс®) и суппозиториев Витапрост® Плюс. Повторное исследование ИФА на наличие антител к вирусу ВПГ 2 и ЦМВ после окончания курса терапии с применением Тилорона (Лавомакс®) было отрицательным у всех пациентов. У больных опытной группы во второй и третьей подгруппах выявлено снижение не только общего количества Т-лимфоцитов, но и субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров в периферической крови, снижено соотношение хелперноиндукторных соотношений Т-лимфоцитов, что определяло снижение функциональной активности клеточного звена иммунитета. В связи с тем, что основное количество ИППП вызывается вирусными и бактериальными агентами, располагающимися внутри клеток, активизация процессов апоптоза пораженных клеток может иметь важное значение, повышая эффективность лечения и предотвращая перенос вирусного материала.

Заключение. Наряду с определенными достижениями в изучении роли ИППП в патогенезе хронического бактериального простатита трансформации терапевтических и диагностических подходов ведения больных, остается много нерешенных вопросов и проблем, являющихся предметом дальнейших научных исследований.

По нашему мнению, невысокая эффективность терапии хронического бактериального простатита связана с отсутствием четких и доказанных представлений о патогенезе заболевания. Характер иммунологических расстройств при ХБП, выпадающий из диагностического поля зрения урологов, возможно в будущем окажется прогностическим фактором успеха лечения. Результаты исследования иммунологического статуса до лечения и после коррекции иммунологических нарушений при ХБП могут быть положены в основу главного фактора успешного лечения - оценки продолжительности безрецидивного течения заболевания. При этом следует стремиться к минимизации побочных эффектов путем применения комбинации лучших и современных лекарственных средств, обладающих направленным синергизмом действия.

Выявление у всех больных исследуемой группы нарушения иммунного ответа и невысокая частота рецидивов (10 %) в течение 6 месяцев наблюдения по сравнению с 30% рецидивов в контрольной группе за то же время, предполагает проведение обязательной иммунокоррекции наряду со специфическим лечением.

С помощью иммунного статуса определяемые количественные показатели клеточного иммунитета позволяли оценивать степень и форму иммунодефицита у больного, что способствует прогнозированию эффективности лечения и индивидуальному подходу к терапии. Результаты обследования и лечения данной группы больных указывают на возможность использования препарата Тилорон (Лавомакс®) в качестве препарата иммуномодулирующей терапии и сопровождения в случаях наличия иммунологических нарушений, вызванных сочетанием рецидивирующих инфекций, передаваемых половым путем

АНДРОЛОГИЯ — 33

и антибиотикорезистных форм хронического бактериального простатита. Включение в комплексную терапию ХБП суппозиториев Витапрост® Плюс, является необходимым компонентом, ввиду их органотропного действия на простату, так как уменьшается степень отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализуется секреторная функция эпителиальных клеток и значительно устраняется обструктивная симптоматика.

Таким образом, на основании полученных данных, сделаны следующие выводы:

- 1. При комплексном лечении препаратом Тилорон (Лавомакс®) и суппозиториями Витапрост® Плюс улучшается метаболизм гладкомышечных клеток кавернозных синусов, венозного кровотока простаты и семявыносящих путей (после лечения на 30 день наблюдения средняя сумма баллов по шкале МИЭФ во всех подгруппах составила 18,7±5,3 балла, а венозный кровоток простаты увеличился до 3-5 см/с).
- 2. При включении в комплексную терапию ХБП суппозиториев Витапрост ® Плюс наблюдается увеличение максимальной скорости потока мочи более чем на 53%, чем при применении базовой терапии ХП, что, в основном, обусловлено за счет высокой терапевтической эффективности препарата и устранения обструктивного компонента.
- 3. В результате комбинированного лечения препаратами Тилорон (Лавомакс®) и Витапрост® Плюс у больных с уреоплазменной и цитомегаловирусной инфекцией во

всех случаях выявлено клини- чское и лабораторное выздоровление.

- 4. В случае латентной вирусной инфекции (ВПГ и ЦМВ) в сочетании бактериальным простатитом препарат Тилорон (Лавомакс®) может применяться превентивно, до получения результатов бактериального посева, в виде монотерапии в качестве препарата, вызывающего индукцию продукции эндогенного интерферона, и в последующем сочетаться с антибактериальным лечением продолжительностью не менее 20 дней.
- 5. При комбинации в терапии хронического бактериального простатита препаратов Тилорон (Лавомакс®) и суппозиториев Витапрост® Плюс сроки лечения могут сократиться до 3 недель, вместо 5-6 недель, рекомендованных ВОЗ.
- 6. Применение препарата Тилорон (Лавомакс®) и суппозиториев Витапрост® Плюс в комплексной терапии ХБП в сочетании с ИППП позволяет добиться увеличения сроков ремиссии заболевания и отсутствию рецидивов у значительного количества больных.
- 7. Высокий уровень цитопротекторного эффекта Тилорона (Лавомакс®) повышает устойчивость нормальных клеток к воздействию химиопрепаратов, чем объясняется снижение побочного действия антибиотиков и отсутствие аллергических реакций.
- 8. Включение препарата Тилорон (Лавомакс®) и суппозиториев Витапрост® Плюс в схемы лечения ХБП способствует улучшению эрекционной и эякуляторной составляющей копулятивного цикла мужчины.
- Список использованных источников:
- 1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Москва, 1999. С. 327.
- 2. Гориловский Л.М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит. // Лечащий врач. 2003, №7. С. 4-8.
- Дорофеев С.П., Камалов А.А. Современные взгляды на проблему хронического простатита. // РМЖ. 2003.Т11. (№4). - С. 736-742.
- Жуков О.Б. Иммунологическое обследование в выборе диагностического алгоритма у больных с хроническим бактериальным простатитом. Сборник научных трудов 2-я Международная медицинская выставка «Мужское здоровье и долголетие» 2-й Российский научный форум.
 - Москва, 17-19 февраля 2004. - С.46.
- Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.,Медицина,1998., Т 2. - С. 393-440.
- 6. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. и др. Наше понимание хронического простатита. // Фарматека. –2002.–№ 10.– С. 69–75.
- 7. Лоран О.Б., Сегал А.С. Урология, 2001, №5. С. 105.

- Мазо Е.Б, Попов С.В. Хронический бактериальный простатит. Врачебное сословие. - №1-2, 2004. - С.18-28.
- 9. Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Гамидов С.И., Григорьев М.Э., Кривобородов Г.Г., Белковская М.Н. Фармакотерапия хронических простатитов. РМЖ 2001; Т.9, № 23. С. 61-68.
- Степенский А.Б., Попов С.В., Муфагед М.Л. Диагностика и лечение хронического простатита. Consilium medicum, 2003. - Т.5, № 7. - С. 396-401.
- Набер К., Бергман Б. и др. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2002; Т.4, № 4: - С. 347-363
- Nickel J. AUA. Annual Meeting. May, 2000. Faculty.– P.738
- 13. Johansen B. et al. European Urology, 1998, 34, 6, P. 457–66.
- 4. McNaughton-Collins M., Stafford R.S. et al: How common is prostatitis? A national survey of physician visits. J Urol 1998; 159: 1224-1228.

•34

- 15. Luzzi G. The prostatitis syndromes. Int STD and AIDS 1996; 7:471-478
- Krieger J.N., Egan K.J.: Comprehensive evaluation and treatment of 75 men referred to chronic prostatitis clinic. Urology 1991; 38: 11-19.
- 17. Kohnen P.W., Drach G.W.: Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia: A histologic and bacteriologic study. J Urol 1979; 121:755-760.
- Weidner W., Schiefer H.G., Krauss H. et al: Chronic prostatitis: A thorough search for etiologically involved microorganisms in 1461 patients. Infection 1991b; 19:119-125.
- 19. Bergman B.: On the relevance of gram-positive bacteria in prostatitis. Infection 1994; 22 (Supp l):22.
- 20. Domingue G.J.: Cryptic bacterial infection in chronic prostatitis: Diagnostic and therapeutic implications. Curr Opin

- Urol 1998; 8:45-49.
- 21. Krieger J.N., Riley D.E., Roberts M.C., Berger R.E.: Prokaryotic DNA sequences in patients with chronic idiopathic prostatitis. J Clin Microbiol 1996b; 34:3120-3128.
- Zermann D.H., Schmidt R.A. Neurophysiology of the pelvic floor: Its role in prostate and pelvic pain. Textbook of Prostatitis. Oxford, UK, ISIS Medical Media, 1999, P. 95-105.
- Workshop Committee of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (NIDDK) Chronic Prostatis Workshop. Bethesda. Md., 1995, P. 22.
- 24. Meares E. M, Stamey T. A. Invest. Urol 1968; 5; 492.
- Bjerclund Johansen T. E., Gruneberg R. N., Guibert J. et al. The Role of Antibiotics in the Treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement. Eur. Urol 1998; 34:457-466.

АНДРОЛОГИЯ — 35

IV. УРОЛОГИЯДАҒЫ ДИАГНОСТИКА ӘДІСТЕРІ / МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В УРОЛОГИИ / METHODS OF DIAGNOSIS IN UROLOGY

УДК 616.381-003.6-574

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МЕТАЛЛОВ И НЕОРГАНИЧЕСКИХ ТОКСИКАНТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

Авторы: М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков, С.М. Кусымжанов, С.Т. Алиева, К.Н. Кабдолдин, А.Т. Аубакирова

Адрес: AO «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: На основании обследований 85 детей и подростков выявлены особенности содержания металлов и

экотоксикантов в биосубстратах детей и подростков, проживающих в различных регионах Казахстана. Отмечен дисбаланс эссенциальных и токсичных металлов в организме - дефицит поступления цинка сопровождается повышением содержания свинца. Установлено, что для оценки воздействия цинка и свинца на детский и подростковый организм, определение содержания последних в пробах волос

предпочтительно по сравнению с пробами мочи.

Ключевые слова: волосы, свинец, цинк, дети, подростки.

Аталуы: Қазақстанның түрлі аймақтарында мекендейтін балалар мен жасөспірімдере темірлермен

бейорганикалық улы заттардың мөлшерін тексеру

Авторлар: М.К. Алшынбаев, Ұ.Ш. Медеубеков, С.М. Құсымжанов, С.Т. Алиева, Қ.Н. Кабдолдин, А.Т. Аубакирова

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ

Тұжырым: Қазақстанның түрлі аймақтарында мекендейтін 85 балалар мен жасөспірімдердің биосубстраттарында

темір және экологиялық улы заттардың мөлшерінің өзгерістері айқындалды. Цинктің дефициті қорғасынның көп мөлшерді түзілуіне байланысты - эссенциалдық және темірлердің улы заттарының ағзадағы тепе-тендігінің бұзылуы байқалды. Балалар мен жасөспірімдердің ағзасына цинк пен қорғасынның әсерін тексеру үшін, осы заттардың шаштың құрамында зерттелгені зәрдің құрамын

тексергеннен жақсы екені көрсетілді.

Түйінді сөздер: шаш, свинец, цинк, балалар, жасөспірімдер.

Title: Determination of maintenance of metals and inorganic roxins for children and teenagers, resident in different

regions of Kazakhstan

Authors: M.K. Alchinbayev, U.Sh. Medeubekov, S.M. Kussymzhanov, S.T. Alieva, K.N. Kabdoldin, A.T. Aubakirova

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: On the basis of inspections 85 children and teenagers are educed to the feature of maintenance of metals and

ecotocsins in biosubstation of children and teenagers, resident in the different regions of Kazakhstan. The disbalance of essensialis and toxic metals is marked in an organism - the deficit of receipt of zinc is accompanied

by the increase of maintenance of lead.

It is set that for the estimation of influence of zinc and lead on child's and juvenile organism determination of

maintenance of the last in tests hair is preferable as compared to the tests of urine.

Key words: hair, lead, zinc, children, adolescents.

Актуальность. Устойчивый рост заболеваний репродуктивной системы в детском и подростковом возрастах по причине ухудшения социально-экономических и экологических факторов окружающей среды диктует необходимость изучения и освещения данной проблемы. Избыточное поступление тяжелых металлов и дефицит жизненно необходимых микроэлементов способствует развитию серьезных нарушений полового развития детей [1].

Среди эссенциальных микроэлементов для репродуктивной системы следует выделить цинк. Дефицит цинка развивается быстро, так как его запасы в организме крайне малы и особенно у детей. На фоне недостатка цинка происходит задержка полового созревания у мальчиков и снижение фертильности

у мужчин [2]. Цинк избирательно накапливается в предстательной железе и является важным компонентом ее секрета. Концентрация цинка в спермоплазме в норме составляет 0,131-0,190 мг/кг, а содержание этого микроэлемента в сперматозоидах самое высокое в организме мужчин и достигает 0,190 мг/кг [3]. Цинк обеспечивает нормальное созревание и подвижность сперматозоидов, участвует в выработке половых и гонадотропных гормонов гипофиза [4, 5]. Регуляция активности ферментов эякулята и секрета предстательной железы является цинкзависимой. Цинк способствует процессам коагуляции и разжижения эякулята. Являясь природным ингибитором ароматазы, цинк препятствует процессу «ароматизации» тестостерона [6]. Тяжелые цинкдефицитные состояния сопровождаются атрофией яичек и предстательной железы, гипогонадизмом.

Функциональный антагонист цинка в организме – свинец. Среди наиболее опасных техногенных поллютантов приоритетное положение занимает свинец. Свинец способен конкурировать с цинком за место в протамине Р, (НР,), что приводит к снижению оплодотворяющей способности сперматозоидов [7]. Воздействие свинца ухудшает качество спермы: снижает количество подвижных и жизнеспособных сперматозоидов, повышает патологию головки сперматозоида [8], вызывает повреждение сперматогенного эпителия во время сперматогенеза, повышает частоту морфологических аббераций сперматозоидов [9, 10]. В целом механизмы воздействия токсикантов на репродуктивную систему сводятся к следующему: на молекулярном уровне ингибируют функции гормонов и ферментов; необратимо изменяют макромолекулы белков и нуклеиновых кислот; на клеточном уровне вызывают дефицит жизненно важных метаболитов; нарушают структуру и проницаемость клеточных мембран [11].

Такие неорганические соединения, как полихлорированные бифенилы (ПХБ) проявляют токсичность из-за своего структурного сходства с половыми стероидными гормонами, тем самым повреждая механизмы нейроэндокринного контроля тестикулярной функции [12, 13].

В связи с вышеизложенным, мониторинг эссенциальных и токсичных металлов, неорганических токсикантов, определение межэлементных взаимоотношений в условиях современных социально-экономических и экологических факторов окружающей среды отдельных регионов Казахстана представляется актуальным для определения влияния на физическое и половое развитие детей и под-

ростков, дальнейшего решения лечебно-профилактических задач.

Цель — выявить особенности содержания металлов и экотоксикантов в биосубстратах детей и подростков, проживающих в различных регионах Казахстана.

Материалы и методы. Обследовано 85 детей и подростков в возрасте от 3 до 17 лет включительно, в том числе 34 мальчика, проживающих в г. Талдыкорган, 16 – в г. Костанай, 20 – в г. Астана и 15 в г. Кызыл-Орда и г. Арал. Контингент обследованных лиц состоял из различных этнических групп. Отбор детей и подростков проводился методом случайной выборки.

Содержание цинка и свинца определяли в образцах волос и мочи методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии на оборудовании «Spectr AA – 220 FS» (Россия). Предварительную обработку проб волос проводили по методу А.В. Скального [3]. Содержание ПХБ определяли только в моче методом хроматомасс-спектрометрии на оборудовании «Вагіап» (Германия).

В качестве допустимых значений металлов в биосубстратах детей и подростков приняты данные других исследований: уровень 0,140 мг/кг считали критерием дефицита цинка в организме подростков-мальчиков, для свинца в волосах детей уровень более 0,08 мг/кг являлось нежелательным [3].

Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы Excel Microsoft Office. Достоверность различий полученных результатов оценивали по t-критерию Стьюдента для связанных и несвязанных выборок.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования проб волос и мочи на содержание цинка, свинца и ПХБ представлены в таблице.

Таблица – содержание цинка и свинца в пробах волос и мочи у детей и подростков, проживающих в различных регионах Казахстана

Регион По	Показатель	Содержание цинка			Содержание свинца		
	Показатель	в пробе	волос	в пробе мочи	в пробе	е волос	в пробе мочи
	абс.	n=8	n=26	n=34	n=8	n=26	n=34
г. Талдыкорган (n=34)	%	23,5	76,5	100	23,5	76,5	100
	мг/кг	0,080± 0,0022	0,140± 0,0053	0,211± 0,005	0,011± 0,0007	0,01± 0,0005	0,0055± 0,0005

г. Костанай (n=16)	абс.	n=5	n=11	n=16	n=3	n=13	n=16
	%	37,5	62,5	100	18,7	80,0	100
(11-10)	$M\Gamma/K\Gamma$	$0,083 \pm 0,0015$	$0,138 \pm 0,0057$	$0,192 \pm 0,005$	$0,0050 \pm 0,003$	$0,01 \pm 0,0005$	$0,0056 \pm 0,0006$
	абс.	n=4	n=16	N=20	n=4	n=16	n=20
г. Астана	%	20,0	80,0	100	20,0	80,0	100
(n=20)	мг/кг	0,092± 0,0020	0,149± 0,0037	0,217± 0,044	0,011± 0,0013	0,0105± 0,0005	0,0054±±0,0005
г. Кызылорда	абс.	n=7	n=8	n=15	n=9	n=6	n=15
И	%	46,7	53,3	100	60,0	40,0	100
г. Арал (n=15)	мг/кг	0,072±0,0023	0,130± 0,0030	0,0040±0,0032	$0,012 \pm 0,0005$	$0,0115\pm 0,0006$	$0,0060 \pm 0,0006$

Как видно, из исследованных регионов Казахстана только в г. Арал у детей и подростков обнаружили содержание цинка в волосах ниже допустимого критерия дефицита, что составило у 53,3% обследованных $0,130\pm0,003$ мг/кг. У остальных мальчиков (в 46,7% случаев), проживающих в данном регионе, выявляемая концентрация цинка в волосах была ниже $-0,072\pm0,0023$ мг/кг.

Содержание цинка в волосах большинства детей и подростков других регионов Казахстана отмечали в пределах допустимого критерия и составило 0,138±0,057 мг/ кг у 62,5% обследованных в г. Костанай и 0,140±0,053 мг/кг у 76,5% обследованных в г. Талдыкорган. Наиболее высокие показатели получены у 80% детей и подростков, проживающих в г. Астана -0.149 ± 0.037 мг/г. Следует отметить, что во всех трех, относительно благоприятных, регионах отмечали случаи с низким уровнем цинка в волосах: в г. Талдыкорган (23,5% случаев), содержание цинка составило 0,080±0,0022 мг/кг; в г. Астана и г. Костанай (20,0% и 37,3% случаев соответственно), при концентрации цинка в волосах 0.092 ± 0.002 мг/кг и 0.083 ± 0.0 мг/кг, соответственно. Как видно, в регионах Казахстана имеет место недостаточное поступление цинка в организм детей и подростков.

Уровень цинка в моче всех обследованных мальчиков был практически одинаковым, составил от 0,192±0,005 мг/кг до 0,217±0,044 мг/кг и не превышал предельно допустимых значений. Отсутствие корреляционной связи содержания цинка в волосах и моче у обследованных детей и подростков связано, прежде всего с тем, что цинк, как и все металлы в организме, выводится через желудочно-кишечный тракт, но не с мочой.

Наиболее настораживающие данные получены по содержанию свинца в волосах

детей и подростков, проживающих в г. Кызыл-Орда. В 60,0% случаев концентрация свинца составила 0,012±0,0005 мг/кг и оценена как нежелательная. У остальных обследованных, в 46,7% случаев содержание свинца в волосах было несколько ниже 0.0115 ± 0.0006 мг/кг, но тем не менее выше показателей, полученных при исследованиях в других регионах Казахстана. Уровень свинца в пробах волос детей и подростков во всех других обследованных регионах Казахстана не превышал предельно допустимое значение и составил 0,01±0,0005 мг/кг у 76,5% обследованных мальчиков, проживающих в г. Талдыкорган и у 81,3% обследованных в г. Костанай. Более высокий показатель был в группе детей и подростков г. Астана - 0,0105±0,0005 мг/кг в 80,0% случаев. Следует отметить, что у всех обследованных детей и подростков гг. Талдыкорган и Астана с выраженным дефицитом цинка в организме отмечали повышенное содержание свинца в пробах волос до 0,011±0,0007 мг/кг и 0.011 ± 0.0013 мг/кг, соответственно. Более выраженное повышение содержания свинца в пробах волос детей и подростков наблюдали в г. Астана до 0.011 ± 0.0013 мг/кг, что вероятно связано с высокой техногенной нагрузкой. Уровень свинца в моче у всех обследованных был практически одинаковым и составил $0.05\pm0.0005 \text{ MT/KT}$.

В пробах мочи детей и подростков обнаружены следы ПХБ: в г. Костанай у одного мальчика зарегистрирован хлортетрациклин и в г. Астана у двух детей – дихлоротрансциклогексан и хлорметиленциклопропан.

Выводы:

1. У детей и подростков, проживающих в регионе Приаралье, и в частности г. Кызыл-Орда, отмечается нежелательно высокой уровень свинца в организме на фоне выраженного дефицита поступления в их организм цинка.

2. У детей и подростков относительно благоприятных регионов Казахстана отмечается дисбаланс эссенциальных и токсичных металлов в организме: дефицит поступления цинка сопровождается повышением содержания свинца.

Список использованных источников:

- Боев В.М. Среда обитания и экологически обусловленный дисбаланс микроэлементов у населения урбанизированных и сельских территорий // Гигиена и санитария. - 2002.- №5. - C. 3-7.
- Щеплягина Л.А., Легонькова Т.И., Моисеева Т.Ю. Клиническое значение дефицита цинка для здоровья детей: новые возможности лечения и профилактики // Микроэлементы в медицине. - М.: Медицина, 2001, Т. 2, вып. 1. С. 52-54.
- Скальный А.В., Демидов В.А. Элементарный состав волос как отражение сезонных колебаний обеспеченности организма детей макро- и микроэлементами. // Микромедицине. - М.: Медицина, 2001, Т. элементы в 2.-C. 36-41.
- Паранько М., Белицкая Э.Н., Землякова Т.Д. и др. Роль тяжелых металлов в возникновении репродуктивных нарушений // Гигиена и санитария. – 2002. – № 1. – С. 28-30.
- Быков В.А. Сперматогенез у мужчин в конце XX века // Пробл. репродукции. – 2000. – Т. 6. –№ 1. – С. 6-13.
- Устинов Д.В., Айзикович И.В., Айзикович Б.И., Антонов А.Р. Взаимосвязь содержания микроэлементов и характеристик сперматогенеза у мужчин с нарушением фертильной функции //Материалы XIX международной конференции Российской Ассоциации Репродукции

Резюме:

Ключевые слова:

- 3. Для оценки воздействия металлов и неорганических экотоксикантов на детский и подростковый организм определение их содержания в пробах волос предпочтительно по сравнению с пробами мочи.
 - Человека, 10—12 сентября 2009 г., Иркутск.- C. 30.
- Quintanilla-Vega B., Hoover D.J., Bal W. et al. Lead interaction with human protamine (HP2) as a mechanism of male reproductive toxicity // Chem. Res. Toxicol. - 2000. - 13:7.-P. 594-600.
- Telisman S., Cvitkovic P., Jurasovic J. et al. Semen quality and reproductive endocrine function in relation to biomarkers of lead, cadmium, zinc and copper in men // Environ Health Perspect. - 2000. - 108:1. - P. 45-53.
- Bian Q., Xu L.C., Wang S.L. et al. Study on the relation between occupational fenvalerate exposure and spermatozoa DNA damage of pesticide factory workers // Occup. Environ Med. - 2004. - 61:12. - P. 999-1005.
- 10. Курило Л.Ф., Дубинская В.П., Остроумова Т.В. и др. Анализ патологии сперматогенеза различной этиологии по эякуляту // Пробл. репрод. – 1995. – 1:3. – С. 33-38.
- Phillips K.P., Tanphaichitr N. Human exposure to endocrine disrupters and semen quality // J. Toxicol. Environ Health B Crit. Rev. - 2008. - 11:3:4. - P. 188 - 220.
- Schlebusch H., Wagner U., Van Der Ven H. et al. Polychlorinated biphenyls: the occurrence of the main congeners in follicular and sperm fluids // J. Clin. Chem. Biochem.-1989.- V.27.- P. 663-667.
- 13. Громенко Д.С., Галимов Ш.Н., Амирова З.К. Гонадотоксический эффект полихлорированных бифенилов // Бюлл. Эксп. Биол. – 2008 – 146:1. – С. 70-74.

УДК 616-33-073.75-617

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКА

Авторы: М.А. Макажанов, Л.А. Жантелиева, А.С. Омарова, К.М. Абдильманов

Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г.Алматы

> Ультразвуковое исследование почки является одним из доступных информативных методов оценки таких тяжелых осложнений при пузырно-мочеточниковым рефлюксе (ПМР), как склероз почечной паренхимы. Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных ПМР является: 1) уменьшение размеров почки; 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным; 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Позитивным симптомом рефлюкса на ультразвуковом исследовании (УЗИ) является положительный градиент дилятации чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или микции), что колеблется при II степени от 37-67%, при III ст. заболевания до 93,8%. Применение ультразвукового метода у больных с ПМР расширяет представление

> не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре. хронический пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, склероз паренхимы почки,

ультразвуковое исследование, дети.

Аталуы: Куық несепағар рефлюксімен ауыратын балаларда ультрадыбыстық тексеру арқылы бүйрек ұлпасының

зақымдалуын бағалау

М.А. Мақажанов, Л.А. Жантелиева, А.С. Омарова, Қ.М. Абділманов Авторлар:

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі қуықтық-несепағарлық рефлюкстің (ҚНР) ауыр асқынуы болып табылатын, бүйрек паренхимасының склерозын анықтайтын ең қолайлы информативті әдіс. ҚНР бар наукастардағы бүйрек паренхимасының зақымдалуының негізгі диагностикалық ультрадыбыстық белгілері болып: 1) бүйрек көлемінің кішірейуі; 2) бүйрек паренхимасының зақымдалуы ошақтық немесе тотальды болуы мүмкін; 3) зақымдалған және сау сегменттердің біртексіз орналасуы саналады. Ультрадыбысты зерттеудегі (УДЗ) рефлюкстің позитивті белгісі болып, несептің ретроградтық ағуы кезінде (күшенгенде немесе микция кезінде) тостағанша-табақша жүйесінің оң градиенттік дилатациясы

> саналады. Ол ҚНР II дәрежесінде 37-67%, ал III дәрежесінде 93,8% кездеседі. ҚНР бар науқастарда ультрадыбыстық зерттеу әдісі тек қана бүйректің анатомиялық құрылысын емес, сонымен қатар оның морфологиялық құрылымын да көруге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: созылмалы пиелонефрит, қуық-несепағар рефлюксі, бүйрек паренхимасының склерозы, ультрадыбысты

зерттеу, балалар.

№1 (2) 2012 ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯСЫ

Title: Assessment of the lesion of kidney parenchyma in children with vesicoureteral reflux using ultrasound

Authors: M.A. Makazhanov, L.A. Zhantelieva, A.S. Omarova, K.M. Abdilmanov

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Ultrasound kidney is one of the available methods for assessing informative severe complications of vesi-

coureteral reflux (VUR) as sclerosis of renal parenchyma. The main diagnostic criteria of ultrasonic destruction of renal parenchyma in patients with VUR is: 1) reducing the size of the kidneys; 2) defeat of renal parenchyma can be either focal, and the total; 3) non-uniform alternating segments of the affected health. Positive symptoms of reflux, ultrasound is a positive gradient pyelocaliceal system (PCS) dilatation at the time of casting retrograde urine (for straining or miktsii), which varies with the II degree of VUR from 37-67%, while article III disease to 93,8%. Application of ultrasonic technique in patients with VUR expands the idea not only about the

anatomy of the kidney, but also its morphological structure.

Key words: chronic pyelonephritis, vesicoureteral reflux, sclerosis of parenchyma, ultrasonography, children.

Актуальность. Хронический пиелонефрит (ХП) является одним из тяжелых осложнепузырно-мочеточникового рефлюкса ний (ПМР), который представляет собой вяло текущее, обостряющееся периодически бактериальное воспаление паренхимы уротелия лоханки почки с последующим склерозом паренхимы почки [1].

В диагностике пиелонефрита широкое распространение получило ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Для XП характерно уменьшение размера почки, ее объема, нечеткость и неровность контура.

Толщина паренхимы почки при XП уменьшается, причем этот процесс может носить как очаговый, так и тотальный характер. Повышение эхоплотности при XП происходит за счет склероза почечной паренхимы [2-4].

Развитие современных ультразвуковых технологий сделало возможной раннюю диагностику многочисленных заболеваний почек, лечение которых способно предотвратить прогрессирование заболе-В настоящее время более возможности УЗИ раскрываются при диагностике поражений паренхимы почки, который в конечном итоге приводит к почечной недостаточности [5-9].

Цель. Оценка состояния паренхимы почек у детей с ПМР при помощи ультразвукового метода исследования.

Материалы и методы. УЗИ проводили в режиме реального времени механическим секторальным датчиком 3,5 МГц на аппарате "SONOLINE" Versa Pro "Seimans". Обследованию подвергнуто 315 больных детей с различной степенью ПМР.

Таблица 1 - Распределение больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом по степени поражения и возрасту

	Итого				C	тепень ПМ	IP			
Возраст		In:	= 81	II n	= 67	III n =	= 145	IV n	= 22	
	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%
0 - 3	74	23,5	21	25,9	18	26,9	32	22,07	3	13,6
4 – 7	107	33,9	11	13,6	15	22,4	67	46,2	14	63,6
8- 15	134	42,5	49	60,5	34	50,7	46	31,7	5	22,7
Всего	315	100,0	81	100,0	67	100,0	145	100,0	22	100,0

Для ультразвуковой оценки анатомострук-турного состояния почечной паренхимы у больных ПМР использовали параметры биометрии почки — это определение длины, ширины и толщины паренхимы, а также корреляционную связь между возрастом больного, степенью ПМР и давностью заболевания.

Помимо количественных характеристик при УЗИ дана качественная оценка состояния коллекторной системы почки в зависимости от степени рефлюкса и поражения почечной паренхимы у больных.

За основу ультразвукового критерия оценки

поражения почечной паренхимы у больных детей с ПМР принимали:

- уменьшение размеров почки, ее объема;
- нечеткость и неровность контура почки;
- деформацию чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки.

Поражение почечной паренхимы было, как очаговым, так и тотальным. Повышение эхоплотности при хроническом пиелонефрите отмечали за счет склеротического поражения паренхимы, расширения почечной деформации ЧЛС почки, выраженного неоднородности уплотнения И стенок ЧЛС, нечеткости дифференцировки синуса

от паренхимы, что явлилось следствием постоянного ретроградного заброса, зачастую инфицированной мочи.

УЗИ почек имело неоценимое значение для выявления наступивших изменений в почечной паренхиме вследствие ПМР. Хронический пиелонефрит, осложненный ПМР протекал более тяжело на фоне незаторможенных сокращений мочевого пузыря, что поддерживало его непрерывнорецидивирующее течение с развитием склеротических изменений в паренхиме почки.

В наших наблюдениях в 56% случаях причиной хронического пиелонефрита

у больных ПМР явилось нарушение уродинамики нижних мочевых путей (НМП). В этой связи функциональное состояние почечной паренхимы находился в прямой зависимости от состояния уродинамики НМП и вполне вероятным является тот факт, что внутрипузырная гипертензия оказывала непосредственное влияние на гемодинамику почки.

Распределение больных по степени ПМР и по показателям размеров почки представлено в таблице 3.

Качественная ультразвуковая характеристика хронического пиелонефрита, осложненного ПМР разделена на 3 степени (таблица 4).

Таблица 3 - Распределение больных с ПМР по показателю размеров почки

Размеры I (n = 71)		Степень ПМР				
		II $(n = 93)$	III (n = 129)	IV (n = 22)		
П	CM.	4,5 – 11,5	4,1 – 11,0	3,8 - 10,0	3,6-6,7	
Длина почки	абс. %	25 (35,21%)	29 (31,18%)	37 (28,68%)	7 (31,81%)	
III.	CM.	2,7-5,1	2,3-4,9	2,0-4,6	2,0-4,5	
Ширина почки	абс. %	21 (29,57%)	25 (26,88 %)	30 (23,25%)	6 (27,27%)	
Danwary marras	CM.	1,1-3,5	0.9 - 3.0	0.8 - 1.5	0,5-1,3	
Верхний полюс	абс. %	7 (9,89%)	18 (19,35%)	27 (20,93%)	4 (18,18%)	
H	CM.	1,4-2,7	1,5-2,3	1,3-2,1	1,0 – 1,5	
Нижний полюс	абс. %	8 (11,26%)	13 (13,98%)	23 (17,82%)	3 (13,63%)	
G v	CM.	1,0-2,6	1,0-2,4	0.8 - 1.7	0,5-1,5	
Средний полюс	абс. %	10 (14,08%)	8 (8,60%)	12 (9,3%)	2 (9,09%)	

Таблица 4 - Ультразвуковая характеристика почечной паренхимы у больных ПМР

1 3		1 2			
Ультразвковая	Степень поражения почки при ПМР				
характеристика почки	I	II	III		
Линейные размеры и объем почки	Контур почки ровный. Почка умеренно меньше в размерах	1	Контур почки не ровный, почка резко уменьшена в размерах		
Оценка почечной паренхимы	Паренхима почки неоднородна и больше поражена над верхним и нижним сегментами	Паренхима не однородна, имеются склеротические изменения, которые больше выражены над верхними и нижними группами чашечек, толщина паренхимы более сохранна над средней группой чашечек	неровномерно истончена имеются рубцовые		
Состояние ЧЛС	ЧЛС расширен, деформирован	Лоханка расширена, деформирована, стенка утолщена, чашечки расширены, деформированы, шейка чашечек также расширена, форниксы имеют не правильную форму, сглажены	деформирована. Чашечки и лоханка представляют		
Состояние мочеточника	Равномерное расширение мочеточника на всем протяжений	Мочеточник резко расширен больше в нижнем цистоиде	Мочеточник расширен, коленообразно извит		

Эхографическим критерием ПМР кроме расширения и деформации ЧЛС почки, явилось уплотнение и неоднородность стенок ЧЛС, нечеткость дифференцировки синуса от паренхимы почки, свободное сообщение

просветов мочевого пузыря и мочеточника.

Позитивным симптомом рефлюкса на УЗИ явился положительный градиент дилятации ЧЛС в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или микции),

что колеблется при II степени ПМР от 37-67%, при III ст. заболевания - до 93,8%.

Выводы. Таким образом, УЗИ почки является одним из доступных информативных методов оценки таких тяжелых осложнений ПМР у детей, как склероз почечной паренхимы.

Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных с ПМР является:

Список использованных источников:

- Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита // Урология. – 2000. - №2. – С. 15 – 17
- Петров Д.А., Игнашин Н.С. Ультразвуковые методы в диагностике и лечении пиелонефрита. // Урол. – 1998.
 № 5. – С. 48 – 50.
- Дударев А.Л., Миронюк Т.Ф. // Съезд рентгенологов и радиологов УССР, 8-й. Киев, 1989. – С. 401.
- 4. Пилипенко Н.В., Назаренко В.А. Ультразвуковая диагностика в урологии. М., 1993. С. 27.
- 5. Игнашин Н.С. Ультрасонография в диагностике и

1) уменьшение размеров почки; 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным; 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Применение ультразвукового метода исследования у больных с ПМР расширяет представление не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре.

- лечении урологических заболеваний. М., 1997. С. 15.
- Глазун Л.О. Ультразвуковые критерии тяжести острой почечной недостаточности: дисс. ... канд.мед.наук. – Хабаровск, 1993. – С. 87.
- 7. Соколенко И.Н. Ультразвуковая диагностика обструктивных про¬цессов верхних мочевых путей у детей: дисс. ... канд.мед.наук. М., 1993. С. 23.
- 8. Калугина, Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. М., 1993. С. 17.
- 9. Быковский В.А. Ультразвуковая семиотика острого пиелонефрита. Ультразвук. Диагн. 1998; 4. С. 69 74.

УДК 616.643-002-089.84

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ УРЕТРОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Авторы: М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев, Г.Е. Надирбаев Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Второй по частоте причиной обструктивных нарушений мочеиспускания у мужчин после заболеваний

простаты является стриктура уретры. Традиционная рентгенологическая диагностика, направленная на уточнение локализации, протяженности и проходимости стриктуры уретры, в настоящее время не является достаточной для определения лечебной тактики. Изучены возможности эхоуретрографии с применением современных ультразвуковых технологий при оценке характера стриктуры уретры.

Ключевые слова: ультразвуковая уретрография, стриктура уретры, эхоуретрография.

Аталуы: Орналасуы әр-түрлі үрпі тарылуының сипатын анықтауындағы ультрадыбыстық уретрография

Авторлар: М.К. Алшынбаев, Н.М. Қадырбеков, А.К. Бұйрашев, А.А. Муравьев, Г.Е. Надирбаев Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Ер адамдардың зәр шығаруының обструктивті бұзылыстары ішінен жиілігіне байланысты қуық

асты без ауруларынан кейін екінші орында үрпі тарылуы екені мәлім. Үрпі тарылуының орналасуын нақтылау, ұзындығын және өтімділігін анықтау үшін негізгі рентгенологиялық зерттеулер емдік тактиканы таңдауда қазіргі кезде жеткіліксіз. Үрпі тарылуының сипаттауында эхоуретрография әдісінің

жетістіктері қазіргі ультрадыбыстық технологияларды пайдаланып зерттелді.

Түйінді сөздер: ультрадыбысты уретрография, үрпінің тарылу, эхоуретрография.

Title: Ultrasound urethrography in determining the nature of urethral stricture different location
Authors: M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov, G.E. Nadirbaev
Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Urethral stricture takes the second place after prostata glands that are the reasons of obstructive urination abnor-

mality of men. Traditional X-ray diagnosing, aimed to precise localization, spread and urethral stricture patency is, currently, not enough for clinical practice determination. We studied the possibilities of echo urethrography with the usage of modern ultrasonic technologies while estimating the character of the urethral stricture.

Key words: ultrasound urethrography, urethral stricture, ehouretrografiya.

Актуальность. В последние годы, совершенствованию эндоскопической и лазерной техники, возможности трансуретральной хирургии лечении стриктур уретры существенно расширились [1]. Дооперационная оценка изменений уретры и периуретральных тканей является одним из основных факторов, определяющих

выбор метода лечения и прогноза исхода заболевания [2, 3]. Использование традиционных рентгенологических методов исследования, направленных на уточнение локализации, протяженности и "проходимости" стриктур, сегодня считается недостаточным для определения оперативной тактики [4-6]. Ультразвуковые технологии

открывают новые перспективы в диагностике стриктуры уретры.

Цель: определение возможностей ультразвукового метода исследования при стриктуре уретры для выбора оптимального метода его хирургического лечения.

Материал и методы. 52 больным с рецидивными и осложненными стриктурами передней (11) и задней (41) уретры разэтиологии в составе комплексного урологического обследования выполнили клинико-лабораторные и микробиологические исследования, урофлоуметрию, ретроградную и микционную уретрографию. У 5 больных с облитерацией уретры использовали встречную уретрографию. Всем больным проведено эхографическое исследование с использованием высокочастотных датчиков различной частоты на современных сканерах: "Logiq" (GE) и "Sonoline G60" (Siemens). Завершающим этапом диагностики являлась уретроскопия. В ходе уретроскопии визуально оценивали степень сужения и характер васкуляризации слизистой уретры. Кроме того, у 4 больных в ходе уретроскопии исследовали направление и глубину "ложных ходов". Материалы интраоперационной биопсии подвергали гистоморфологическому исследованию.

Урофлоуметрия являлась первым этапом диагностики инфравезикальной обструкции у больных с сохраненным мочеиспусканием. Рутинную ретроградную уретроцистографию выполняли всем больным. Для диагностики изменений задней уретры, рентгенологическое исследование дополняли микционной цистоуретрографией.

Следующим этапом лучевого обследования больных выполняли микционную динамическую эхоуретрографию в В-режиме. В зависимости от результатов рентгенологического исследования и локализации сужения в заднем или переднем отделах уретры, использовали трансректальный или поверхностный датчики соответственно.

Для исследования характеристик потока мочи по уретре применяли методы цветовой кодировки скорости и направления движения мочи в режимах цветного допплеровского (ЦДК) и энергетического картирования (ЭК). При невозможности выполнения микционного исследования использовали методику ретроградной динамической эхоуретрографии в В-режиме и ЭК.

Результаты. Данные лучевых методов были исследования сопоставлены сведениями, полученными при уретроскопии, операций материалами И результатами гистоморфологических исследований. ретроградной уретрографии во всех случаях стриктуры передней уретры удалось получить точную информацию о локализации, протяженности и степени выраженности патологического сужения (рисунок 1).

Однако, при локализации стриктуры проксимальнее мембранозного отдела уретры, данные, полученные при ретроградной уретрографии в большинстве случаев не отражали истинных изменений задней уретры. При стриктурах интрамурального, простатического и мембранозного отделов уретры и сохраненной способности к мочеиспусканию у больных, наибольшую диагностическую ценность имела микционная цистоуретрография (рисунок 2).

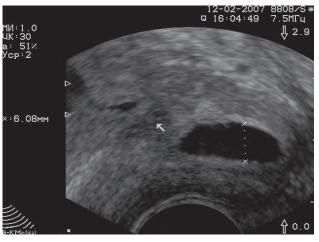


Рисунок 1 - Ретроградная эхоуретрография. Стриктура переднего отдела уретры



Рисунок 2. Микционная эхоцистоуретрография. Стриктура простатического отдела уретры

Во всех 52 случаях удалось получить точную информацию о локализации, протяженности и степени выраженности сужения уретры.

В зависимости от локализации в мочеиспускательном канале стриктуры уретры распределились следующим образом: в простатическом отделе уретры они обнаружены у 8 больных (15,4%), в мембранозном — у 28 (53,8%), в бульбозном — у 12 (23,0%), в висячем — у 4 (7,7%) больных.

Протяженность стриктуры уретры составила 0.5-1.0 см у 26 (50%) больных, 1.0-1.5 см - у 18 (34.6%) больных, а у 8 (15.4%) больных протяженность стриктуры составила от 2 см и более.

По степени выраженности: у 9 (17,3%) пациентов отмечали полную облитерацию уретры, у 25 (48,1%) пациентов диаметр суженного участка составил 2-3 мм, у 18 (34,6%) больных - 4-5 мм.

Также больным проводили УЗ-ангиографию спонгиозного тела уретры, при которой были выяснены истинная протяженность склеротических изменений периуретральных тканей, получена более полная информация о степени васкуляризации спонгиозного тела, протяженности и степени тяжести спонгиофиброза. Применение у больных различных методик эхоуретрографии во всех случаях позволило получить достоверные данные о локализации, протяженности и степени выраженности (диаметре) сужения.

Кроме того, при анализе изображений удалось получить достоверные сведения о глубине и выраженности периуретрального фиброза, подтвержденные результатами гистоморфологического исследования. При

эхоуретрографии у 4 больных были выявлены ранее не диагностированные по данным рентгенологической уретрографии "ложные ходы", точно определена их протяженность, что в последствии подтверждено при уретроскопии. Применение метода ЭК позволило выявить наличие крупных сосудов в области предполагаемой операции.

Выводы.

Общепризнанный диагностический стриктурой алгоритм y больного co уретры, как правило, включает в себя урофлоуметрию, рутинное трансабдоминальное трансректальное ультразвуковое исследование, ретроградную уретроцистографию, а также, в ряде случаев, диагностическую уретроскопию. Ретроградную уретроцистографию принято считать "золотым стандартом" среди лучевых методов диагностики стриктуры уретры. Ретроградная уретрография является универсальным методом исследования, позволяющим точно диагностировать нарушения проходимости, преимущественно, передней уретры. Это связано с тем обстоятельством, что при исследования контрастное проведении вещество встречает сопротивление мембранозном отделе со стороны поперечнополосатого сфинктера и в большинстве случаев об изменениях в задней уретре приходится судить по косвенным признакам (деформация просвета, "симптом фонтанчика" и др.).

Между тем, благодаря точности, наглядности, доступности и возможности повторения бесспорным лидером среди малоинвазивных методов медицинской визуализации является ультразвуковое исследование. Необходимое для исследования заполнение просвета уретры

жидкой средой в случае эхоуретрографии, происходит при произвольном мочеиспускании, либо обеспечивается ретроградной инстилляцией.

Наиболее доступным, неинвазивным и одновременно простым методом оценки состояния уретры на любом уровне является микционная динамическая эхоуретрография. Показаниями к ее использованию могут являться любые заболевания, сопровождаюшиеся так называемыми симптомами нимочевых путей. Трансректальная хинж микционная эхоуретрография позволяет определить не только величину просвета задней уретры и изменения периуретральных тканей, динамике оценить мобильность шейки мочевого пузыря при произвольном мочеиспускании, что наиболее важно у определенной группы больных с нейрогенными расстройствами. В диагностике стриктур губчатой части уретры

Список использованных источников:

- Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А., Макажанов О.Х. Малоинвазивные методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. – Алматы, – 1998. – С. 105.
- Зубарев А.В., Чепуров А.К., Зайцев Возможности лучевой диагностики в выборе тактики лечения сложных стриктур уретры // Медицинская

наиболее важным является определение протяженности спонгиофиброза.

Таким образом, в настоящее время выбор рациональной тактики лечения больных со стриктурами уретры зависит от качества и полноты предоперационной диагностики.

Современные способы медицинской визуализации уретры окружающих обладают качественно новыми возможностями, что требует совершенстсуществующего вования алгоритма обследования пациентов.

Использование ультразвуковых методов исследования в комплексной диагностике больных не является абсолютной альтернативой рентгенологическому обследованию, однако позволяет получать дополнительную высокоточную информацию о структурнофункциональных изменениях уретры мочеполовых органов в сложных диагностических случаях.

- визуализация. 2002. №2. С. 61-62.
- Неинвазивная Газимиев M.A. диагностика обструктивных заболеваний мочевых путей. Дисс. докт. мед. наук. - М., 2004.- С. 50-52.
- Крупинов Г.Е. Эндолюминальная эхография верхних мочевых путей и уретры. Дисс. мед. наук. - М., 2002.
- Crow P., Stone N., Kendall C.A. et al. Optical diagnostics in urology: // BJU Int. – 2003; 92 (4): 400–407.

УДК 616.65-007.61-093-098

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО РАСТВОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

У.Ш. Медеубеков, К.Ж. Маскутов, А.М. Садыков, Г.Е. Надирбаев, Б.М. Макеев, Д.Е. Мами Авторы:

Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: В исследовании проведена динамическая оценка действия 0,02% раствора фурацилина и озонированного физиологического раствора, по результатам бактериологических посевов мочи на

Proteus vulgaris, ассоциированного с эпицистостомой, в дополнение к антибактериальной терапии у 10 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Инстилляции мочевого пузыря по предложенной методике явилось эффективным к 10 суткам лечения. Методика позволяет не превышать терапевтические дозы антибактериальных препаратов у мужчин пожилого и старческого возраста. Не приводит к длительной лекарственной нагрузке и позволяет улучшить результаты действия

антибактериальных препаратов на Proteus vulgaris у пациентов ДГПЖ с эпицистостомой.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, инфекции мочевыводящих путей,

бактериологический посев мочи, озон.

Аталуы: Қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы бар науқастарды озондалған ерітіндімен кешенді емдеу Ұ.Ш. Медеубеков, Қ.Ж. Маскутов, А.М. Садыков, Г.Е. Надирбаев, Б.М. Макеев, Д.Е. Мами Авторлар:

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Бұл жұмыста қуықасты безінің гиперплазиясы бар 10 науқасқа антибактериалды емге қосымша ретінде Тұжырым: эпицистостомамен тіркескен Proteus vulgaris-ке бактериалды себу нәтижелері бойынша 0,02% фурацилин

мен озондалған физиологиялық ерітінділерінің әсеріне динамикалық баға беру жүргізілді. Ұсынылған әдіс бойынша қуық инстилляциясы емнің 10-шы күніне оң нәтиже көрсетті. Бұл әдіс қарт ер кісілерге ем мақсатымен антибактериалды дәрілік заттардың терапевтік мөлшерлерінен жоғарылатпауға мүмкіндік берді, онымен қоса эпицистостомасы бар қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясымен ауырған науқастарда Proteus vulgaris-ке әсер ететін антибактериалды дәрілік заттардың әсерлесу нәтижелерін

жақсартуға және ұзақ дәрілік күштемеге жол бермеуге көмектеседі.

Түйінді сөздер: қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы, зәр шығару жүйесінің инфекциялары, зәрдің бактериологиялық

зәрттеуі, озон.

№1 (2) 2012 ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯСЫ

Title: Application of the ozonized solution in the complex treatment at patients with benign prostatic hyperplasia Authors: U.Sh. Medeubekov, K.Zh. Maskutov, A.M. Sadykov, G.E. Nadirbayev, B.M. Makeev, D.E. Mami

Authors: U.Sh. Medeubekov, K.Zh. Maskutov, A.M. Sadykov, G.E. Nadirbayev, B.M. Makeev, D.E. Mami Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: In our study was conducted dynamic assessment of the actions of 0,02% solution furacin and ozonized physical

solution, according to the results of specimens taken urine, Proteus vulgaris have associated with epicistostoma, in addition to antimicrobial therapy in 10 patients with BPH. Bladder instillation by the proposed method is effective to 10 days of treatment. This method allows not exceed therapeutic doses of antibacterial drugs, men of elderly and senile age and does not lead to the long-drug-load and can improve the results of the action of

antibacterial preparations on the Proteus vulgaris, in patients with BPH with epicistostoma.

Key words: benign prostatic hyperplasia, urinary tract infections, urine culture, ozone.

Актуальность.

Одной из актуальных проблем в вопросе оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) с наличием эпицистостомы, являются инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), ассоциированных с дренажами. Эти инфекции имеют тенденцию к развитию тяжелых гнойно-септических осложнений, бактериемии, сепсиса.

Лечение ИМВП, ассоциированных с дренажами, подразумевает проведение эффективной антибактериальной терапии и преследует цель профилактики уросепсиса возникновения рецидивов. Лечение подобных инфекций длительное и подчас малоэффективное. Низкая эффективность лечения подобных инфекций, обусловлена образованием на поверхности дренажей микробной пленки, состоящей из совокупности микроорганизмов, находящихся в различных фазах роста, их внеклеточных продуктов, соматических клеток, органического неорганического материала [1, 3].

Биопленка может быть ассоциирована только поверхностью дренажных рубцово-измененными трубок, но и c некротизированными тканями, присутствующими в просвете мочевыводящих путей после предшествующих оперативных вмешательств. Бактерии, формирующие биопленку, значительно отличаются устойчивостью к антибактериальной терапии. Доза антибиотика, бактерицидная в отношении возбудителя в обычных условиях, зачастую не оказывает на биопленку никакого действия [2, 4, 5]. Вышеуказанное свидетельствует в пользу того, что именно биопленка, в конечном счете, является основной причиной трудностей, возникающих при лечении персистирующей хронической мочевыводящих путей.

Согласно публикациям российских авторов, доза антибактериального препарата, эффективная в отношении чистой культуры клеток, должна быть удвоена при выявлении свободно плавающих "планктонных" клеток и утроена, в случае наличия биопленок (О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь, 1999 г.), что является неприемлемым у мужчин пожилого и старческого возраста с предшествующей длительной инфравезикальной обструкцией.

Как известно Озон (O₃) - аллотропная форма кислорода, газ с резким характерным запахом. Озон значительно более сильный окислитель, чем кислород. В связи с этим озон окисляет многие вещества (в том числе бактерии) инертные к кислороду в обычных условиях. Характерными продуктами целого ряда химических реакций озона являются озониды, которые образуются при реакции озона с дисульфидными связями (C=C). В биологической среде реакция озона с двойными связями ненасыщенных жирных кислот (в основном с триглицеридами) является доминирующей [3].

Впервые озон, как антисептическое средство был опробован A. Wolff еще в 1915 году во время первой мировой войны (местное применение при гнойно-некротических ранах). Озонокислородная газовая смесь эффективна при обработке сильно инфицированных, плохо заживающих ран, пролежней, гангрене, ожогах, грибковых поражениях кожи. Низкие концентрации озона способствуют эпителизации и заживлению раневых поверхностей [4].

Цель. Улучшить результаты действия антибактериальных препаратов на Proteus vulgaris у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с эпицистостомой.

Задачи. Динамическая оценка действия 0,02% раствора фурацилина и озонированнго

физиологического раствора, по результатам бактериологических посевов мочи, на Proteus vulgaris, ассоциированного с эпицистостомой, в дополнение к антибактериальной терапии.

Материал и методы. Проведено аппаратное насыщение озоном раствора 0,9% NaCl в объеме 250 мл, установкой «ОЗОНАТОР ОТ-15/155», в течение 20 минут до достижения концентрации озона 0,5-0,7 мкг/мл. Озонированный раствор использовался в течение 30 минут после приготовления.

За период с февраля 2011 по июль 2011 гг. в отделении общей урологии Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова было обследовано 18 пациентов в возрасте от 62 до 80 лет с ДГПЖ, которым была наложена эпицистостома на амбулаторном этапе, у всех пациентов согласно результатам бактериологических посевов в моче присутствовал Proteus vulgaris с числом КОЕ >105.

Все пациенты были разделены на 2 группы:

Группа «А», где больным проводили антибактериальную терапию по чувстви-

тельности к препаратам + инстилляции мочевого пузыря р-ром 0,02% фурацилина в объеме 200 мл х 2 раза в день в течении 10 дней, с экспозицией 15 мин - 8 пациентов (у 5 пациентов — Proteus vulgaris 10^5 , у 3 - Proteus vulgaris 10^6) (таблица 1).

Группа «В», где больным проводили антибактериальную терапию по чувствительности к препаратам + инстилляции р-ром 0,02% фурацилина в объеме 200 мл х 2 р/д + инстилляции мочевого пузыря озонированным физиологическим р-ром в объеме 250 мл х 2 раза в день в течении 10 дней, с экспозицией 15 мин -10 пациентов (у 4 пациентов – Proteus vulgaris 10⁵, у 6 - Proteus vulgaris 10⁶) (таблица 2).

Средний возраст пациентов группы «А» составил 72 лет, группы «В» - 76 лет. Средний возраст пациентов обеих групп составил 74 лет.

Анализ результатов эффективности метода проводили на основании оценки динамики титров КОЕ в бактериологических посевах мочи, выполнявшихся до начала лечения, на 5 и 10 сутки лечения.

Таблица 1 - Группа «А», где больным проводили антибактериальную терапию + инстилляции мочевого пузыря раствором 0,02% фурацилина

Количество пациентов	Титры KOE Proteus vulgaris в начале исследования	Титры КОЕ Proteus vulgaris на 5 сутки	Титры КОЕ Proteus vulgaris нв 10 сутки
5	105	10^{4}	<103
3	10^{6}	105	10^{3}

Таблица 2 - Группа «В», где больным проводили антибактериальную терапию + инстилляции мочевого пузыря 0.02% раствором фурацилина + озонированным физиологическим раствором

Количество пациентов	Титры KOE Proteus vulgaris в начале исследования	Титры КОЕ Proteus vulgaris на 5 сутки	Титры КОЕ Proteus vulgaris нв 10 сутки
4	105	10^{3}	Нет роста
6	10^{6}	10^{3}	Нет роста

С целью подтверждения полученных результатов, нами дополнительно было проведено исследование in vitro.

Удаленные катетеры с наличием биопленок Proteus vulgaris 10⁶, в течении 5 дней экспозиционировали 15 мин x 2 раза в день. Катетер №1 — экспозиция в растворе 0.02% фурацилина - 200мл.

Катетер $N \ge 2$ — экспозиция в озонированном физиологическом растворе (таблица 3).

Вне экспозиции катетеры находились в физиологическом растворе при t-36,6°c, в темном месте.

Таблица 3 - Экспозиция дренажей с Proteus vulgaris 10⁶ в 0,02% растворе фурацилина и озонированном физиологическом растворе.

Дренажи	Титры KOE Proteus vulgaris в начале исследования	Титры КОЕ Proteus vulgaris на 5 сутки
№ 1	10^{6}	105
№ 2	10^{6}	10^{4}

Результаты. У больных 2 групп до лечения в бактериологических посевах отмечены в 1мл мочи титры КОЕ Proteus vulgaris от 10^5 и выше.

В «B» группе пациентов эффективность метода антибактериальной согласно чувствительности терапии сочетании с санацией мочевого пузыря 0,02% раствором фурацилина + озонированным физиологическим раствором была признана очень хорошей. Динамический мониторинг культурального исследования мочи группы «В» выявил положительную динамику, выразившуюся в прогрессивном снижении степени бактериурии от 5 суток лечения. К 10 суткам терапии наблюдали прогрессивную положительную динамику, в виде отсутствия роста бактерии в моче.

В группе «А», где проводили антибактериальную терапию в сочетании с инстилляциями мочевого пузыря 0,02%

Список использованных источников:

- Вагенлехнер Ф.Е., Набер К.Г. Лечение инфекций мочеполовой системы: настоящее и будущее Русский медицинский журнал. 2009. № 9. С. 38-40.
- Перепанова Т. Трудности лечения рецидивирующей инфекции мочевых путей. Возможности фитопрепаратов. Русский медицинский журнал. № 12. 2009. – С. 60.

раствором фурацилина, у больных отмечена удовлетворительная эффективность лечения. С 5 суток степень бактериурии от КОЕ 10^4 , к 10 суткам оставалась на уровне КОЕ от 10^3 в 1 мл мочи и менее.

В дополнительном исследовании in vitro, также отметили положительную динамику в снижении титров КОЕ к 5 суткам: катетер \mathbb{N} 1 - KOE 10^5 , катетер \mathbb{N} 2 - KOE 10^4 .

Выволы. Применение метода инстилляции мочевого пузыря 0.02% раствором фурацилина и озонированным физиологическим раствором, как дополнение к антибактериальной терапии биопленок Proteus vulgaris у мужчин с ДГПЖ, является эффективным к 10 суткам лечения. Метод позволяет не превышать терапевтические дозы антибактериальных препаратов у мужчин пожилого и старческого возраста и не приводит к длительной лекарственной нагрузке.

- 3. Caroll K.C., Hale D.C., Von Boerum D.H. et al. Laboratory evaluation of urinary tract infections in an ambulatory clinic / Am. J. Clin. Pathol. 1994. 101. P. 100-103.
- 4. Falagas M.E., Gorbach S.L. Practice guidelines: urianry tract infections / Pract. 1995. 4 (4). P. 241-256.
- 5. Naber K.G. Parenteral/oral switch in complicated urinary tract infection / Clin. Drug Invest. 1995. 9 (1). P. 14-19.

УДК 616.65.616-62-008

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Авторы: Е.Б. Мусабек, Е.В. Попенко, Г.А. Эминова, Т.М. Туленов

Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Устранение обструкции после оперативных вмешательств при ДГПЖ, часто не дает уменьшения

ирритативной симптоматики. Использование современных методов исследования функционального состояния нижних мочевых путей дает возможность получить полную картину уретровезикального

сегмента и дальнейшего лечения.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия простаты, инфравезикальная обструкция, ультразвуковая

допплерография.

Аталуы: Төменгі несеп жолдарының қызметін зерттеудің жаңа әдістерін бағалау

Авторлар: Е.Б. Мұсабек, Е.В. Попенко, Г.А. Эминова, Т.М. Түленов

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Қуық асты безінің гиперплазиясы бойынша жасалған оталардан кейінгі пайда болған инфравезикалды

бөгетті жою, ирритативті белгілерді толық жоймайды. Төменгі несеп жолдарының қызметін анықтау үшін, қазіргі зерттеу әдістері, уретровезикалды сегменттің және әрі қарай ем жүргізу жолдарын

сипаттауға толық мәлімет алуға мүмкіншілік береді.

Түйінді сөздер: қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы, инфрафезикальді обструкция, ультрадыбысты

допплерография.

Title: Estimation of modern methods of research of the functional condition of the bottom uric ways

Authors: E.B. Musabek, E.V. Popenko, G.A. Eminova, T.M. Tulenov

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Elimination of obstruction after surgical interventions, if BPH is very often does not give reduce irritative

symptoms. The use of modern methods of research of functional condition of the lower urinary tract gives the

possibility to get a full picture of urethravesical segment and further treatment.

Key words: benign prostate hyperplasia, infravesical obstruction, ultrasound doppler.

Актуальность. Известно, что локализация, величина и характер роста аденомы простаты весьма вариабельны, причем последний фактор очень важен, так как аденома может расти как в сторону заднего отдела уретры и мочевого пузыря, так и в сторону прямой кишки [1]. В последнем случае, даже при достижении больших размеров, аденома простаты может не вызывать больших уродинамических нарушений.

У 30% больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в послеоперационном периоде сохраняются явления дизурии [2].

Большинство авторов отмечают серьезные трудности объективной оценки истинных ДГПЖ, размеров при ректальном, инструментальном так И исследованиях, включая рентгенологическое обследование, а также несоответствие этих размеров и интенсивности обструкции задней уретры и степень расстройств уродинамики [3].

Весьма существенное значение имеет также факт сохранения клинической симптоматики, характерной ДЛЯ ДГПЖ, отдаленном В периоде после устранения механической обструкции, свидетельствующее о том, что обструкция не во всех случаях играет главную роль. К числу органических инфравезикальной причин обструкции относятся заболевания сопровождающиеся уменьшением функциональной емкости мочевого пузыря, в частности, гипертрофия (трабекулярность) детрузора, фиброз мочевого пузыря после воспаления [4].

Таким образом, существенное число пациентов, переносящих трансуретральную резекцию предстательной железы (ТУР) или склероз шейки мочевого пузыря (СШМП), не испытывают желаемого симптоматического

улучшения В результате выполненного оперативного вмешательства, что является особенно справедливым отношении раннего послеоперационного периода у данных больных. Устранение обструктивной симптоматики заболевания не предполагает немедленного уменьшения выраженности ирритативной группы симптомов, которые пациенты, страдающие или СШМП, связывают с наибольшим дискомфортом [5].

Существует сравнительно небольшое количество работ, посвященных исследованию кровообращения уретровезикального сегмента. Изменения в сосудах характеризуются особенностями линейной скорости и спектральными изменениями объемного кровотока [6]. Авторы считают, что допплерография является полезным дополнением к ультразвуковому исследование (УЗИ) в В-режиме и комбинированное использованию этой техники целесообразно в клинической практике.

Материалы и методы. С января 2006 года в Научном центре урологии им. академика Б.У. Джарбусынова применяется ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов шейки мочевого пузыря, ректальным датчиком у больных с ДГПЖ, склерозом мочевого пузыря, после ТУР ДГПЖ и аденомэктомии (таблица 1).

Нормальный сосудистый рисунок УЗДГ шейки мочевого пузыря при характеризовался симметричностью, отсутствием очаговых или диффузных изменений, сохранением нормального хода и диаметра равномерностью отдельных сосудов, васкуляризации всех зон. У больных с ДГПЖ изменение сосудистого рисунка при УЗДГ напрямую зависел от степени их сдавления гиперплазированной тканью, т.е. от формы роста и размеров узла аденомы.

Таблица 1 – Структура исследованых больных

Нозология	Количество больных
ДГПЖ малых размеров	15
ДГПЖ больших размеров	10
Склероз шейки мочевого пузыря	10
Состояние после ТУР ДГПЖ	22
Состояние после аденомэктомии	10
Всего	67

Нарушение ангиоархитектоники уретровезикального сегмента при его различных патологических состояниях характеризовались следующими признаками (рисунки 1-6):

- усилением сосудистого рисунка, увеличением количества и калибра видимых сосудов периуретральной, околохирургической капсул;
- повышением скоростных показателей кровотока с умеренным повышением регионального сосудистого сопротивления в уретральных артериях вне зависимости от размеров узла и формы роста аденомы;
- усилением сосудистого рисунка, деформацией как уретральных, так и капсулярных артерий и их оттеснением узлами гиперплазии;
- повышением скоростных показателей в ше-

ечных сосудах и индексов перифирического сопротивления;

- расширением в диаметре венозных сосудов и снижением скоростных показателей;
- оскуднением сосудистого рисунка;
- хаотичным ветвлением сосудов;
- снижением скоростных показателей;
- гиповаскуляризацией различной степени со снижением скоростных показателей;

Становится очевидным, что возможности УЗДГ сосудов уретровезикального сегмента при различных его патологических состояниях с использованием цветной и пульсовой допплерографии изучены недостаточно, а результаты противоречивы.

Целесообразна дальнейшая разработка критериев применения данного исследования

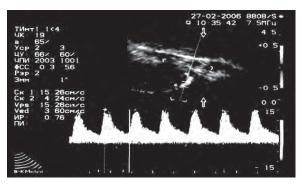


Рисунок 1 — УЗДГ ДГПЖ небольших размеров (не более $30-40 \text{ см}^3$)



Рисунок 3 - УЗДГ ДГПЖ размером более 60 см^3

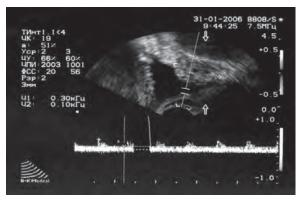


Рисунок 5 - УЗДГ сосудов шейки мочевого пузыря после ТУР ДГПЖ

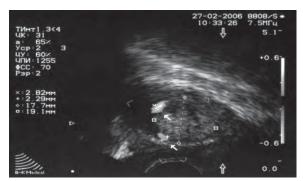


Рисунок 2 — УЗДГ ДГПЖ небольших размеров (не более $30-40 \text{ см}^3$)

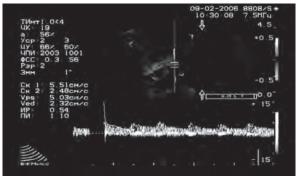


Рисунок 4 – УЗДГ сосудов уретровезикального сегмента при склерозе шейки мочевого пузыря

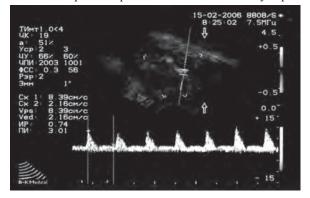


Рисунок 6 - УЗДГ сосудов шейки мочевого пузыря состояние после аденомэктомии

у пациентов с интравезикальной обструкцией (ИВО).

15 больным с протяженной стриктурой уретры, 13 больным с СШМП и 14 больным с ДГПЖ проведены уродинамические исследования. На первом этапе всем больным как метод скрининг-теста проводили урофлоуметрию и в последующем дополнительно проводили такие исследования, как профиль внутриуретрального давления (ВУД) и «давление-поток».

Так у 10 больных со стриктурой уретры и признаками нарушения проходимости уретры результаты урофлоуметрии были идентичны с данными исследова-

ний профиля ВУД и «давление-поток», которые так же подтвердили наличие ИВО. У 5 пациентов с протяженной стриктурой уретры после пластики уретры по Русакову с жалобами на периодическое мочеиспускание вялой, тонкой струей, при проведении урофлоуметрии не выявили признаков ИВО, тогда как при проведении дополнительных исследований, таких как профиль ВУД и «давление-поток» у одного больного выявили гипертонус детрузора и сфинктера мочеиспускательного канала, обусловленного регидностью уретры, которые и вызывали дизурические явления (рисунок 7).

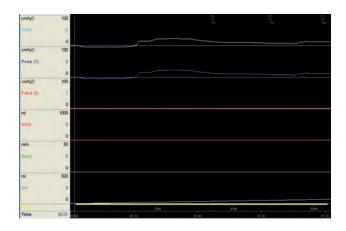
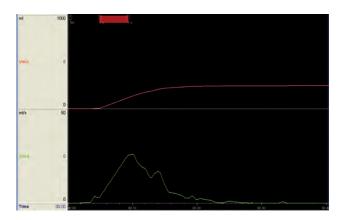


Рисунок 7 – Урофлоуметрия после пластики уретры

Результаты урофлоуметрии у 1 пациента со стриктурой уретры после лазерной уретротомии также не выявили признаков ИВО, но анализ результатов исследования профиля ВУД и «давление-поток» показал, что у больного имеется увеличенная уретральная активность за счет повышения активности парауретральной мускулатуры, вызванная

лабильностью пациента, но при этом эластичность уретры была сохранна (рисунок 8).

Анализ результатов больных с СШМП при проведении урофлоуметрии выявил признаки выраженной ИВО, что так же подтвердилось на графиках профиля ВУД и исследовании «давление-поток». (рисунок 9).



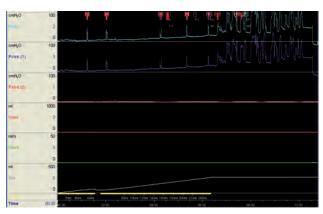
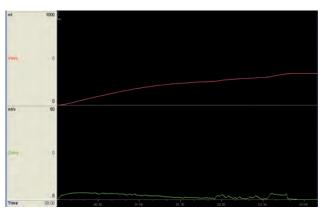


Рисунок 8 – Урофлоуметрия после лазерной уретротомии



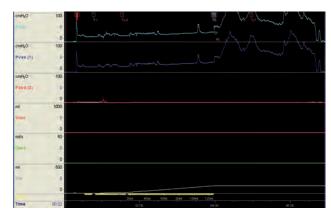


Рисунок 9 – Урофлоуметрия после лазерной уретротомии

У всех больных были отмечены следующие уродинамические показатели: снижение средней и максимальной скорости потока мочи (2-8 мл/сек), удлинение времени мочеиспускания (158-230 сек), время до максимальной скорости потока мочи было удлинено (15-45 сек). Показатели профиль ВУД и «давление-поток» на графических изображениях и кривых ИВО информировали о повышении внутрипузырного давления и давления по ходу уретры, что связано с ИВО и ригидностью стенки уретры и уретровезикального сегмента за счет склероза шейки мочевого пузыря.

Список использованных источников:

- Амдий Р.Э., Невирович Е.С. Оценка результатов уродинамических исследований при диагностике инфравезикальной обструкции. - Нефрология. - 2003. -Т. 7, №4. - С. 85-89.
- Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э. Значение уродинамических исследований при неудовлетворительных результатах оперативного лечения больных доброкачественной гиперплазии предстательной железы. - Нефрология. -2004. -Т. 8. № 4. - С. 83-89.
- Амдий Р.Э. Сократимость мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. -Нефрология. -2006. -Т. 10, № 4. - С. 87-94.
- Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э. Значение комбинированного уродинамического обследования больных с неудовлетворительными результатами оперативного лечения аденомы предстательной железы. Урология. -2006. -№ 4. С. 11-13.
- Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э. Диагностика инфравезикальной обструкции у больных аденомой предстательной железы. Урология. - 2006. - № 2. - С. 41-45
- Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Амдий Р.Э.Клиническая эффективность комплексного лечения больных с неста-

Выводы: Наряду с традиционными методами диагностики ИВО (уретроцистография, урофлоуметрия, уретроскопия) применение таких современных методов диагностики, как УЗДГ сосудов шейки мочевого пузыря и уретры, профиль ВУД и «давлениепоток» дают возможность получить наиболее полную картину функционального состояния уретровезикального сегмента и детрузорносфинктерной диссинергии. Эти данные позволяют прогнозировать возможные осложнения после оперативного лечения ИВО и на ранних этапах разрабатывать меры профилактики и реабилитации данной категории больных.

- бильностью детрузора. Урология. 2001.- №5. С. 26-29.
- 7. Громов А.И. Ультразвуковое исследование в комплексной лучевой диагностике заболеваний предстательной железы // Дисс. ... д-ра мед. наук, М.: 1997. С. 61-62.
- Игнашин Н.С. Инвазивные ультразвуковые вмешательства в диагностике и лечении урологических заболеваний // Дисс. ... д-ра мед. наук, М.: 1989. – С. 68-69.
- 9. Зубков А.Ю. Инвазивные УЗ-вмешательства при новообразованиях мочевого пузыря и предстательной железы // 1997. N 3. C. 204-206.
- Насникова И.Ю. Значение допплерографии в оценке нарушений уродинамики // Дисс. ... канд. мед. наук, М.: 1987. – С. 11-15.
- 11. Степанов В.Н., Перельман В.М., Серегин А.В. Внутрипузырный ультразвуковой контроль радикальности ТУР при раке мочевого пузыря // II съезд Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. - М.: 1995. - С. 109.
- 12. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Уренков С.Б. Эндоскопическая реканализация под трансректальным ультразвуковым контролем как способ лечения облитерации задней уретры // IX Всероссийский съезд урологов. М.: 1997. С. 170.

V. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР / COBPEMEHHЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ / UP TO DATE MEDICINES

УДК 616.6-07-08:006.4(574)

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АНДРОГЕЛЬ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА

Авторы: М.К. Алчинбаев, Е.А. Сулейменов, Т.Э. Хусаинов, И.Т. Мухамеджан

Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г.Алматы

Резюме: В статье приведена оценка клинической эффективности применения препарата «Андрогель» у 52

пациентов возрастной группы 45-62 лет с клиническими и лабораторными проявлениями возрастного

андрогенного дефицита (ВАД) при лечении гипогонадизма.

Ключевые слова: андрология, андрогель, гипогонадизм, тестостерон, эстрадиол.

Аталуы: Гипогонадизмді емдеудегі қолданылған «Андрогель» препаратының клиникалық тиімділігін бағалау

Авторлар: М.К. Алшынбаев, Е.А. Сулейменов, Т.Э. Хусаинов, І.Т. Мұхамеджан

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Гипоганадизмді емдеудегі «Андрогель» препаратының тиімділігіні бағалауын 45-62 жас аралығындағы

52 науқастың жас ерекшелік андрогенді дефициттері (ЖАД) клиникалық және лабораториялық

көрсеткіштерінде көрсітілген.

Түйінді сөздер: андрология, андрогель, гипогонадизм, тестостерон, эстрадиол.

Title: Clinical evaluation of the effectiveness of preparation "Androgel" in the treatment of hypogonadism

Authors: M.K. Alchinbayev, E.A. Suleymenov, T.E. Khussainov, I.T. Mukhamedzhan

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: The article describes the evaluation of clinical efficacy of the drug "Androgel" 52 patients aged 45-62 years with

clinical and laboratory manifestations of age-androgen deficiency (AAD) in the treatment of hypogonadism.

Key words: andrology, androgel, hypogonadism, testosterone, estradiol.

В последнее десятилетие уделяется особое внимание проблеме гормональных изменений у мужчин старше 50 лет. Очевидно, что эндокринные изменения у стареющих мужчин отнюдь не ограничиваются половыми гормонами, прогрессирующий с возрастом андрогенный дефицит является их центральным звеном [1].

Тестостерон и его главные метаболиты – дигидротестостерон и эстрадиол – регулируют многие функции мужского организма, оказывая влияние на костную и мышечную ткани, кожу, волосы, головной мозг и, естественно, на половые органы и половую функцию. При этом следует учитывать, что дефицит тестостерона и обусловленные его недостаточностью метаболические нарушения могут возникнуть у мужчин любого возраста. Дефицит тестостерона принято называть гипогонадизмом. Термин «гипогонадизм» в буквальном смысле означает «малые гонады», но в классическом понимании – это синдром снижения секреции тестостерона яичками с развитием клинической картины гормональной недостаточности врожденного или приобретенного характера тестикулярного (первичный гипогонадизм) или гипоталамо-гипофизарного (вторичный гипогонадизм) происхождения.

На сегодняшний день остается актуальным вопрос лечения гипогонадизма, а именно вопрос выбора препарата, лечение гипогонадизма препаратами тестостерона назначают мужчинам при наличии клинических признаков его дефицита вместе с лабораторно подтвержденным диагнозом. Рекомендуется использовать препараты, которые будут поддерживать концентрацию тестостерона, дигидротестостерона и эстрадиола в плазме крови в пределах нормальных физиологических значений [2].

При этом главная цель лечения – достижение в плазме крови содержания тестостерона, максимально приближенного к физиологическому уровню при нормальной функции гонад [8].

Для эффективного лечения андрогенами требуются лекарственные формы, обеспечивающие постоянное высвобождение тестостерона, способствуя поддержанию его постоянного физиологического уровня в плазме крови больного. Поскольку природный гормон имеет очень короткий период полувыведения (10–20 минут), его применение не позволяет поддерживать стабильный клинически значимый уровень тестостерона. Поэтому на практике используют препараты

53

химически модифицированного тестостерона для перорального (сублингвального) приема, внутримышечного и трансдермального использования [3].

Для перорального или сублингвального приема применяют 17 альфа-алкильные производные тестостерона. По сравнению с природным тестостероном они медленнее метаболизируются в печени, но при этом обладают более слабыми андрогенными свойствами, способны оказывать гепатотоксическое действие, могут повышать уровень липопротеидов низкой плотности, одновременно снижая концентрацию липопротеидов высокой плотности. Кроме того, все эти таблетированные препараты необходимо принимать 3—4 раза в день, что не всегда удобно для пациента и не позволяет прогнозировать сывороточные уровни тестостерона [4].

Буккальные таблетки тестостерона позволяют осуществлять доставку гормона непосредственно в верхнюю полую вену, в обход печени и желудочно-кишечного тракта. Однако этот метод сейчас используется очень редко, поскольку многие больные отмечают невозможность фиксации таблетки на слизистой оболочке до ее полного рассасывания [5].

Внутримышечное введение тестостерона при лечении гипогонадизма практикуется довольно часто. После введения каждого из этих препаратов уровень тестостерона в плазме крови быстро повышается до верхней границы нормы, или даже немного больше, уже в первые несколько дней, но к концу интервала между введениями он снижается до нижней границы нормы, а иногда выходит за ее пределы. Такие перепады уровня тестостерона часто приводят к колебаниям либидо, появлению акне, гинекомастии, изменениям настроения [6].

Исходя из вышесказанного и согласно рекомендациям большинства международных обществ (ISSAM, EUA), при заместительной терапии возрастного андрогендефицита препаратами выбора являются не депо-препараты, а неинвазивные формы короткого действия — трансдермальные гели, которые представлены препаратом «Андрогель» [7].

«Андрогель» – это принципиально новая система трансдермальной доставки тестостерона. Важно, что в отличие от широко

применяемых парентеральных форм тестостерона на фоне приема препарата «Андрогель» не отмечается супрафизиологических пиковых концентраций тестостерона в крови в течение всего периода лечения. Препарат обладает удобной фармакокинетикой и обеспечивает стабильную сывороточную концентрацию тестостерона у мужчин в пределах физиологической нормы. Тестостерон в виде геля всасывается с поверхности кожи и поступает в кровоток; при этом важно, что постоянная безпиковая концентрация в плазме наблюдается в течение 24 ч.

Нами было обследовано 52 пациентов возрастной группы 45-62 лет с клиническими и лабораторными проявлениями ВАД с контрольной группой 10 человек.

У всех пациентов отсутствовала тяжелая соматическая патология. Ни один пациент не состоял на учете в психоневрологическом, наркологическом, кожно-венерологическом диспансере, все пациенты были психически адекватны. Всем пациентам назначали 5 г препарата «Андрогель» (в пересчете 50 мг тестостерона в сутки).

Оценку эффективности препарата «Андрогель» проводили по историям болезней всех 52 пациентов. Существенный эффект наблюдали у 32 (61,5%) человек, умеренный - у 12 (23%) человек, незначительный - у 4 (7,7%) пациентов, и не было отмечено положительной динамики у 4 (7,7%) пациентов. Таким образом, эффективность препарата «Андрогель» наблюдали у 48 пациентов, что составило 92%. Однако, следует отметить что повышение уровня общего тестостерона в крови наблюдали у всех больных.

Для оценки степени эффективности препарата были отобраны все 52 историй болезней. В первую очередь оценивали изменение уровня тестостерона после применения препарата.

Больных относили к группе «успешный исход» или «неудача лечения» на 30 сутки терапии, используя такие критерии, как соответствие усредненной сывороточной концентрации тестостерона и минимальной сывороточной концентрации гормона нормальному диапазону (12-35 нмоль/мл).

Результаты:

1. Успешный исход был отмечен у 42 (81%) пациентов, неудача лечения отмече-

на - у 10 (19%), причем у 4 из них уровень тестостерона был выше нормального диапазона. При контроле уровня тестостерона на 37 сутки наблюдения (7 сутки после отмены), нормальные величины сохранились- у 12 (23%) пациентов.

- 2. При анализе шкалы «Международный индекс эректильной функции» до начала исследования суммарный индекс составил в среднем 53,2 балла (мин 41, макс 58). В конце исследования индекс сотавил в среднем 59,5 (мин 48, макс 65). Таким образом, средний суммарный балл эректильной функции вырос почти на 6 пунктов, что само по себе является существенным, учитывая формулировку вопросов в шкале.
- 3. Главное преимущество «Андрогеля» не только возможность более точного индивидуального подбора дозы тестостерона, но и быстрое возвращение к его исходному уровню после отмены (до 3 суток) для прекращения лечения при возникновении противопоказаний индивидуальная, неинвазивная и управляемая терапия.

В заключение необходимо отметить, что лечение любым из препаратов экзогенного тестостерона требует контроля и предобследования. Необходимо варительного учитывать возможное влияние андрогенов на уровень гликемии при сахарном диабете (повышение чувствительности к инсулину может потребовать уменьшения дозы инсулина у пациентов с сахарным диабетом), а также помнить, что при тяжелой степени сердечной, почечной и печеночной недостаточности тестостерон может способствовать увеличению отеков. В редких случаях, при использовании андрогенов, возникает длительная эрекция полового члена вплоть до приапизма. И как уже упоминали, препараты короткого действия для лечения пациентов с возрастным андрогенным дефицитом должны быть более предпочтительны по сравнению с длительно действующими депо-препаратами.

Список использованных источников:

- Zitzmann M., Nieschlag E. Der Altershypogonadismus des Mannes - Diagnose und Therapie. Internist 2003; 44 (10):1313-21.
- Rhoden E.L., Morgentaler A. Risks of testosterone-replacement therapy and recommendations for monitoring. N Engl J Med 2004; 350 (5): 482-92.
- 3. Simon D, Preziosi P, Barrett-Connor E. et al. The influ-

Так или иначе, последние годы ознаменовались повышенным вниманием специалистов к заместительной терапии при мужском гипогонадизме, назначаемой для поддержания андрогензависимых функций. Гипогонадизм возрастного характера у мужчин стал предметом всестороннего изучения и интенсивных дискуссий во всем мире. Опубликованы рекомендации по обследованию, лечению и наблюдению таких больных, подготовленные Международным обществом андрологов, Международным обществом по изучению здоровья пожилых мужчин и Европейской ассоциацией урологов. Во всех указанных рекомендациях говорится о необходимости лечения больных, в т.ч. пожилых мужчин, с андрогенной недостаточностью, но отмечается, что такое лечение должно проводиться только в случаях гарантированной возможности тщательного наблюдения за состоянием пациентов, за показателем гематокрита, состоянием простаты по данным определения простатспецифического антигена, ультразвукового исследования и с учетом сопутствующих соматических заболеваний.

Многообразие клинических симптомов и заболеваний, теснейшим образом связанных с ним, должны настораживать не только уролога и эндокринолога. Тесная взаимосвязь заболеваний мужчин зрелого, пожилого и старческого возраста, очевидно, должна служить показанием к обязательному исследованию уровня сывороточного тестостерона, а выявление его абсолютного (уровень - ниже 12 ммоль/л) или относительного дефицита - к применению терапии препаратами тестостерона. Систематическое исследование сывороточного тестостерона у мужчин старше 40 лет (подобно исследованию простатспецифического антигена для ранней диагностики рака простаты), по-видимому, может оказать существенную помощь в оценке риска развития широкого круга и соматических заболеваний. Именно в объединении усилий врачей многих специальностей мы видим сегодня значительную перспективу реального улучшения здоровья мужчин в нашей стране.

- ence of aging on plasma sex hormones in men: the Telecom Study. Am J Epidemiol 1992; 135 (7):783-91.
- 4. Tenover J.S. Effects of testosterone supplementation in the aging male. J. Clin Endocrinol Metab 1992; 75 (4):1092-98.
- 5. Kaiser F.E., Morley J.E. Gonadotropins, testosterone, and the aging male. Neurobiol Aging 1994; 15 (4):559-63.

- Bresink J., Ellisen J. Expert report on the clinical documentation of Nebido. Clinical expert report No. A18149, 22 Oct. 2003, data on file. P. 33.
- Morales A., Lunenfeld B. International Society for the Study of the Aging Male. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official recommendations of ISSAM. International Society for the Study of the Aging Male. Aging Male 2002; 5 (2):74-86.
- 8. Nieschlag E., Behre H.M. Pharmacology and clinical uses of testosterone. In: «Testosterone». Action, Deficiency, Substitution. 2 nd ed. Berlin-Heidelberg. Springer-Verlag, 1998; 293-328.
- Wang C., Swerdloff R.S. Androgen replacement therapy. Ann Med 1997; 29 (5):365-70.
- 10. Winters S.J. Current status of testosterone replacement therapy in men. Arch Fam Med 1999; 8 (3):257-63.
- Androgel Package Insert, Unimed Pharmaceuticals, Inc., a company of Solvay Pharmaceuticals, Inc. P. 45.

- 12. Wang C., Swerdloff R.S., Iranmanesh A. et al. Testosterone Gel Study Group. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85 (8):2839-53.
- Swerdloff R.S., Wang C., Cunningham G. et al. Longterm pharmacokinetics of transdermal testosterone gel in hypogonadal men. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85(12):4500-10.
- 14. Wang C., Cunningham G., Dobs A. et al. Long-term testosterone gel (AndroGel®) treatment maintains beneficial effects on sexual function and mood, lean and fat mass, and bone mineral density in hypogonadal men. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89 (5):2085-98.
- 15. Maggi M. Which patients with Sexual Dysfunction are Suitable for testosterone replacement therapy? The 5th World Congress on the Aging Male, Suzburg, Austria, February 9-12, 2006. Solvay Interactive session, Friday, February 10th. P. 13.

УДК 616.65-002-022.7-078

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Авторы: М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков, К.Т. Надыров, И.Т. Мухамеджан, К.Ж. Маскутов АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

На сегодняшний день, несмотря на наличие современных методов диагностики и присутствия на рынке антибактериальных препаратов последних поколений, заболеваемость хроническим бактериальным простатитом не имеет тенденции к снижению, и имеет высокое социальное значение, поскольку охватывает мужчин всех возрастных категорий и оказывает влияние на трудоспособность и репродуктивную функцию. Эффективное лечение хронического бактериального простатита должно включать: антибактериальную терапию, санацию уретры, средства, улучшающие микроциркуляцию и дренаж ацинусов, препараты, повышающие неспецифическую реактивность организма, иммуномодуляторы, ферментные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, симптоматические средства. Одной из эффективных групп антибактериальных препаратов, активных в отношении бактерий, обусловливающих развитие хронического бактериального простатита являются фторхинолоны, способные в достаточной концентрации проникать через гематопростатический барьер, создавая высокие концентрации в ткани и секрете предстательной железы.

Ключевые слова: бактериальный простатит, фторхинолоны, антибактериальная терапия.

Аталуы: Қуық асты безінің созылмалы бактериалды қабынуын емдеу мәселесінің өзектілігі Авторлар: М.К. Алшынбаев, Ұ.Ш. Медеубеков, К.Т. Надыров, І.Т. Мұхамеджан, Қ.Ж. Маскутов Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ. Тұжырым: Кәзіргі күнде біздің нарығымызда антибактериалды дәрілік заттардың жаңа түрлег

Кәзіргі күнде біздің нарығымызда антибактериалды дәрілік заттардың жаңа түрлерінің көп болуына және диагностика әдістерінің жаңа түрлерінің бар болуына қарамастан, созылмалы бактериалды простатиттің ауыршаңдығының төмендеуі байқалмайды және жоғары әлеуметтік маңыздылығына ие, себебі ер кісілердің барлық жас топтарын қамтиды және жұмыс қабілеті мен репродуктивті қызметіне әсер етелі.

Созылмалы бактериалды простатиттің тиімді еміне жатады: антибактериалды ем, үрпі санациясы, микроциркуляция мен қуық асты безінің ацинустарың кәріздеуін жақсартатын дәрілік заттар, иммуномодуляторлар, ферменттік заттар, стероидты емес қабынуға қарсы дәрілік заттар, физиоем, симптоматикалық заттар. Созылмалы бактериалды простатиттің себебі болатын бактериаларға белсенді әсер ететін тиімділігі жоғары антибактериалды дәрілік заттардың бірден-бір тобына фторхинолондар жатады, олар қуық асты бездің тінінде және сөлінде жоғары концентрация шақырады.

Түйінді сөздер: бактериальді простатит, фторхинолондар, антибактериальді ем.

Title: Topical issues related to the treatment chronic bacterial prostatitis

Authors: M.K. Alchinbayev, U.Sh. Medeubekov, K.T. Nadyrov, I.T. Mukhamedzhan, K.Zh. Maskutov Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c. Summary: Today, with the availability of modern methods of diagnostics and presence in the market of an

Today, with the availability of modern methods of diagnostics and presence in the market of antibacterial drugs of the latest generation, the incidence of chronic bacterial prostatitis has no tendency to decrease, and has a high social importance because it captures men of all age groups and has an impact on productivity and reproductive function. Effective treatment of chronic bacterial prostatitis should include: antibacterial therapy, rehabilitation of the urethra, funds, improve microcirculation and drainage acynuses of prostates, drugs that increase nonspecific reactance of an organism, immunomodulators, enzymatic agents, non-steroidal anti-inflammatory drugs, physical therapy, symptomatic funds. One of the most effective groups of antibacterial preparations, active against bacteria, causing the development of chronic bacterial prostatitis are ftorhinalones, capable, in sufficient concentration to penetrate through the gematoprostatic barrier, creating a high concentration in the tissue and

the secret of the prostate gland.

Key words: bacterial prostatitis, fluoroquinolones, antibacterial therapy.

•56

Резюме:

На сегодняшний день, несмотря на наличие современных методов диагностики и присутствие на рынке антибактериальных препаратов последних поколений, заболеваемость хроническим бактериальным простатитом не имеет тенденции к снижению, и имеет высокое социальное значение, поскольку охватывает мужчин всех возрастных категорий, оказывая влияние на трудоспособность и репродуктивную функцию.

Хронический простатит (ХП) самое частое урологическое заболевание у мужчин до 50 лет и третье по частоте у лиц старше 50 лет. По данным различных авторов, хроническим простатитом страдают от 20 до 35% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет [1 - 4]. В

возрасте старше 50 лет простатит занимает третье место по частоте возникновения после доброкачественной гиперплазии (аденомы) и рака предстательной железы [5].

Согласно результатам реализации программы «Мужское здоровье и семейное долголетие», проводимой Научным центром урологии им. академика Б.У. Джарбусынова, заболеваемость хроническим простатитом в Республике Казахстан в 2011 г. составляет 42% из обследованных мужчин, а заболеваемость хроническим бактериальным простатитом (ХБП) - 18%.

В настоящее время общепринятой является классификация простатита Национального института здоровья США от 1995 г. (таблица 1).

Таблица 1 - Классификация синдрома простатита Национального института здоровья США (1995)

Категория	Название	Описание
I	Острый бактериальный простатит	Острый воспалительный процесс в предстательной железе
II	Хронический бактериальный простатит	Рецидивный воспалительный процесс в предстательной железе
III	Синдром хронической тазовой боли (СХТБ)	Отсутствие явного воспалительного процесса
IIIA	Воспалительный синдром хронической тазовой боли	Воспалительная природа заболевания. Определяются продукты воспаления (лейкоциты) в эякуляте /секрете предстательной железы/моче, полученной после массажа простаты
IIIB	Невоспалительный синдром хронической тазовой боли	Невоспалительный характер патологического процесса. Отсутствие продуктов воспаления (лейкоцитов) в эякуляте /секрете предстательной железы/моче, полученной после массажа простаты
IV	Бессимптомное воспаление предстательной железы	Бессимптомный инфекционный простатит. В отсутствие клинических симптомов заболевания диагноз устанавливается на основании микроскопического исследования биопсийных образцов предстательной железы или секрета простаты, полученного во время диагностического процесса, предпринимаемого по поводу иных заболеваний

В лабораторную и инструментальную диагностику хронического бактериального простатита в обязательном порядке включаются:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- секрет простаты (4 стаканная проба);
- урофлоуметрия (определение средней и максимальной скорости потока мочи);
- УЗИ (определение объема предстательной железы, объема остаточной мочи);
- бак.посев мочи (4 стаканная проба);
- ИФА (обследование на половые инфекции).

Обычно для бактериологической диагностики используется классический

метод предложенный Meares и Stamey, заключающийся в последовательном исследовании первой и средней порций мочи, простатического секрета и мочи, полученных после массажа простаты [8]. Достоверный признак хронического бактериального простатита — микробное число (КОЕ), превышающее 10³ /мл.

В 90% случаев инфекция проникает в предстательную железу через уретру, а простатит является осложнением воспаления мочеиспускательного канала. Следует подчеркнуть, что при проникновении возбудителей может возникнуть как острый или хронический простатит, так и бессимптомное носительство микроорганизмов без каких—либо

признаков воспалительного процесса. Это зависит не столько от путей инфицирования, сколько от биологических свойств возбудителей и индивидуальных особенностей защитных реакций организма. Даже внедрение заведомо патогенных микроорганизмов не всегда влечет за собой развитие воспаления.

Существует огромный перечень препаратов, применяемых при простатите, однако эффективность лечения заболевания часто остается неудовлетворительной [15].

Среди причин неэффективности традиционных схем лечения можно выделить следующие: изменение спектра возбудителей ХП; выбор антибактериального или противомикробного препарата, плохо проникающего в предстательную железу, или препарата с низкой антибактериальной активностью; короткий курс лечения (менее 4 нед.); полирезистентная флора [15].

В структуре возбудителей ХП превалируют представители рода Enterocobacter, а также Enterococcus faecalis до 80-85%. на Pseudomonas aeruginosa, виды Serratia, Klebsiella и Enterobacter aerogenes, а также Acinetobacter spp приходятся 15-20% случаев. Все чаще при обследовании обнаруживаются уреаплазмы, микоплазмы, хламидии, трихомонады, гарднереллы, анаэробы, грибы рода Candida [4, 6, 7].

При планировании антибактериальной терапии (АБТ) простатита должны учитываться ряд факторов и обстоятельств: характер высеянной микрофлоры; чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам; спектр действия, побочные эффекты и фармакокинетика антибактериальных препаратов; предшествующая антибактериальная терапия; сроки начала и длительность

антибактериальной терапии; дозы и комбинация антибактериальных препаратов; путь введения антибактериального препарата; необходимость сочетания антибактериальной терапии с другими методами лечения [9 - 11].

Дополнительное лечение должно включать: санацию уретры, средства, улучшающие микроциркуляцию и дренаж ацинусов предстательной железы, препараты, повышающие неспецифическую реактивность организма, иммуномодуляторы, ферментные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, симптоматические средства. Вполне обоснованным является использование у больных хроническим простатитом нестероидных противовоспалительных препаратов с ректальным путем введения, а также использование а -адреноблокаторов у больных простатитом с выраженным нарушением мочеиспускания при отсутствии активного воспалительного процесса.

К факторам, оказывающим влияние на выбор антибактериального препарата для лечения ХБП, относятся: чувствительность идентифицированного микроорганизма к антибиотику, его способность в достаточной концентрации проникать через гематопростатический барьер и накапливаться в ткани железы, секрете предстательной железы (ПЖ).

Оптимальный антибактериальный препарат для лечения ХБП должен быть жирорастворимым, слабощелочным, с коэффициентом диссоциации, способствующим максимальной концентрации препарата в ПЖ.

Сравнительная характеристика антибактериальных препаратов, применяемых при лечении XП представлено в таблице 2.

Согласно литературным данным до 40% больных XII отвечают на лечение антибак-

Таблица 2 - Сравнение антибактериальных препаратов, применяемых при лечении XП [по Bjerclund Johansen T.E. et. al., 1998]

Антибактериальные препараты (группы)	Преимущества	Недостатки	Рекомендации для применения
Фторхинолоны	- отличное проникновение в ткань	- перекрестная аллергия;	Рекомендованы
	простаты;		к применению
		фототоксичность;	при хроническом
	 хорошая биодоступность; 	Danamio no	бактериальном
		 влияние на 	простатите
	 эквивалентность пероральной и 	центральную нервную	
	парентеральной фармакокинетики;	систему.	
	- хорошая активность в отношении		
	типичных и атипичных патогенов.		

Триметоприм	хорошее проникновение в ткань простаты;не требуется подбор дозировки;хорошая антимикробная активность.	 неактивен в отношении синегнойной палочки, энтеробактерий. 	Препараты второй линии
Макролиды	 умеренная активность против грамположительных бактерий; активность против атипичных патогенов; хорошее проникновение в ткань простаты; малотоксичны. 	 недостаточная активность против грамотрицательных бактерий. 	Используются для специфических возбудителей
Тетрациклины	 хорошая активность в отношении атипичных патогенов. 	 неактивен в отношении синегнойной палочки; недостаточная активность против стафилококков, кишечной палочки. 	Используются для специфических возбудителей

териальными препаратами как при наличии бактериальной инфекции в анализах, так и без таковой [12, 13]. Многие авторы считают оправданным проведение пробного курса антибактериальной терапии больным ХП, а в случаях, когда простатит поддается лечению, терапию продолжают в течение еще 4-6 недель или даже дольше [3]. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин, длительность антибактериальной терапии ХБП фторхинолонами или триметопримом должна составлять 2 недели (после установления предварительного диагноза). После повторного обследования больного антибактериальную терапию рекомендуют продолжать суммарно до 4-6 недель только при положительном результате микробиологического исследования секрета простаты, взятого до начала лечения или в случае, если у больного улучшилось состояние после приема антибактериальных препаратов [4].

Наиболее оптимальной группой антибактериальных препаратов для лечения ХБП, являются фторхинолоны (Bjerclund Johansen T.E. et al., 1998).

Проведенное в США двойное слепое клиническое исследование эффективности перорального приема 1 раз/сут 500 мг левофлоксацина или ципрофлоксацина 500 мг 2 раза/сут в течение 28 дней у 377 больных хроническим простатитом показало, что клиническая эффективность левофлоксацина/ци-

профлоксацина составила 75/73%, а бактериологическая эффективность -75/77%.

Таким образом, продемонстрирована эквивалентность обоих режимов дозирования препаратов. Вместе с тем, преимущества левофлоксацина заключаются в его однократном суточном приеме и более широкой активности в отношении грамположительной микрофлоры [16].

Дальнейшие исследования фармакокинетики ципрофлоксацина и левофлоксацина продемонстрировали преимущество левофлоксацина (более высокую концентрацию в простатическом секрете), что позволяет препарату стать хорошей альтернативой в лечении хронического бактериального простатита [17 - 19]. Согласно данным А. Trinchiere (2001), антибактериальная терапия у больных ХП категорий I–IIIA должна проводиться в течение 14–42 дней. Применение левофлоксацина в дозе 250 мг/сут при нехламидийном ХП позволило авторам добиться бактериологического излечения у 85,4% пациентов [20].

По данным исследования в клинике урологии РГМУ, из 105 больных с клинической картиной ХП хронический бактериальный простатит был диагностирован у 40 пациентов [9]. При бактериологическом исследовании 62,8% выделенных штаммов составили грамположительные микроорганизмы, среди которых доминировали Enterococcus faecalis и Staphylococcus haemolyticus. Среди 16 (37,2%) штаммов грамотрицательных бактерий наиболее часто выделяемой флорой была

Escherichia coli. К левофлоксацину оказались чувствительными 88,9%, а к ципрофлоксацину – 74% штаммов коагулазо-негативных стафилококков. Анализ чувствительности грамотрицательных микроорганизмов казал, что к левофлоксацину оказались чувствительными 93,8%, а к ципрофлоксацину - 62,5% штаммов. Наличие у больных как грамположительной, так и грамотрицательной флоры, а также в ряде случаев - внутриклеточной инфекции дало авторам основание применить в лечении пациентов фторхинолон широкого спектра действия – левофлоксацин. Лечение левофлоксацином в дозе 500 мг/сут в течение 2 нед привело к эрадикации возбудителей у 80-85% пациентов в разных группах [21].

Лечение левофлоксацином или ципрофлоксацином в течение 4 нед пациентов, страдающих хроническим бактериальным простатитом, при наличии в секрете простаты Escherichia coli и Enterococcus faecalis, a также коагулазо-негативного Staphylococcus sp. и Streptococcus sp., показало равную эффективность фторхинолонов в обеих группах. Бактериологическая эрадикация возбудителей составила 74% в 1 группе и 78,3% – во 2 группе, а клиническая эффективность – 76,6 и 70,4% соответственно. Положительная динамика симптомов заболевания сохранилась через 6 мес у 70,5% пациентов 1 группы и у 72,8% пациентов 2 группы, что, по мнению авторов, свидетельствует об отсутствии зависимости ближайших и отдаленных результатов терапии фторхинолонами от вида возбудителя, выделенного при обследовании у больных бактериальным простатитом [22].

Сравнение эффективности нового фторхинолона прулифлоксацина и левофлоксацина в лечении 97 больных ХП не выявило существенных различий в клинической и бактериологической эффективности этих препаратов в ходе рандомизированного двойного слепого исследования. Лечение проводилось в течение 4 нед суточная доза препаратов составляла 600 и 500 мг соответственно. Микробиологическая эрадикация достигнута 72,7% в группе больных, получавших прулифлоксацин, и 71,1% – в группе больных, получавших левофлоксацин [15].

По мнению S. Guercio с соавт. (2004), назначение 500 мг левофлоксацина в сутки в

течение 20 дней больным ХП с повышенным уровнем простатспецифического антигена приводит к его снижению и уменьшает число негативных и ненужных биопсий предстательной железы [23]. Schaeffer с соавт. (2005) показали, что у 337 мужчин с ХП, получавших ципрофлоксацин или левофлоксацин в течение 28 дней, в случае отсутствия снижения простатспецифического антигена (PSA) после лечения наблюдался также невысокий уровень бактериологического излечения (эрадикация была незначительной <60%) [24]. Похожие результаты были получены H. Botto (2003), который сообщил о бактериологическом излечении у 75% и 73% пациентов, получавших соответственно левофлоксацин и ципрофлоксацин [25].

Эффективность и безопасность левофлоксацина в лечении больных хроническим бактериальным простатитом была подтверждена последним исследованием, проведенным в 8 странах Европы. В проспективное, открытое мультицентровое исследование были включены 117 пациентов с симптомами ХП. Грамотрицательная микрофлора была выделена у 57 пациентов (Escherichia coli в 37 случаях), грамположительная микрофлора – у 60 пациентов (в основном Enterococcus faecalis, n=18, и Staphylococcus epidermidis, n=14). Больным проведен курс лечения левофлоксацином в однократной суточной дозе 500 мг в течение 28 дней. Клиническая эффективность составила 92% (95% доверительный интервал – ДИ – 84,8–96,5%), 77,4% (95% ДИ 68,2– 84,9%), 66,0% (95% ДИ 56,2-75,0%) и 61,9% (95% ДИ 51,9-71,2%) на 5-12 день лечения, через 1, 3 и 6 мес после лечения. Микробиологическая эрадикация возбудителя наблюдалась в 83,7% случаев (95% ДИ 74,8-90,4%) через 1 мес и в 91,2% случаев (95% ДИ 80,7-97,1%) спустя 6 мес после лечения. Только 4 (3,4%) пациента прекратили прием препарата из-за развития нежелательных явлений [26].

В другом исследовании проведено сравнение эффективности левофлоксацина, доксазозина и их комбинации в лечении больных ХП (категория IIIA). Лечение в течение 6 нед проведено 81 больному (средний возраст 40,1 лет): левофлоксацин (n=26), доксазозин (n=26), комбинация этих препаратов (n=29). Суммарный балл по шкале симптомов NIH/CPSI до лечения составил 22,6, 22,4, и

24,1 соответственно. Через 6 нед суммарный балл был 11,2 (коэффициент ответа 50,3%), 17,7 (коэффициент ответа 21,1%), и 13,1 (коэффициент ответа 45,6%) соответственно. В группе пациентов, принимавших левофлоксацин, через 6 нед лечения уровень ответа был достоверно выше, чем в группе пациентов, принимавших доксазозин (р<0,001). Авторы исследования пришли к выводу о том, что у больных ХП/синдром хронической тазовой боли 6 недельный курс лечения левофлоксацином более эффективен, чем терапия доксазозином или комбинированное лечение [27].

Фторхинолоны имеют большой объем распределения, создают высокие концентрации в органах и тканях, проникают внутрь клеток. С появлением фторхинолонов III поколения, расширились возможности для антибактериальной терапии простатитов, обусловленных грамположительными, анаэробными и атипичными внутриклеточными микроорганизмами.

Левофлоксацин обладает широким спектром антибактериального действия. Препарат входит в группу фторхинолонов III поколения, отличительной особенностью которых, наряду с высокой активностью в отношении многих грамотрицательных бактерий, является повышенная активность в отношении грамположительных микробов, атипичных микроорганизмов и анаэробов. Важным свойством препарата является его высокая активность в отношении внутриклеточных патогенов.

Левофлоксацин блокирует ДНК-гиразу (топоизомеразу – II) и топоизомеразу – IV, нарушает суперспирализацию и сшивку разрывов ДНК бактерий, ингибирует синтез ДНК бактерий, вызывает глубокие морфологические изменения в цитоплазме, клеточной стенке и мембранах. Согласно литературным данным левофлоксацин имеет выраженный постантибиотический эффект – продолжение антибактериального действия после удаления препарата из среды, длительность которого зависит от вида микроорганизма и величины ранее действовавшей концентрации [14].

Список использованных источников:

- 1. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Раснер П.И. Оптимизация алгоритма диагностики и лечения хронического бактериального простатита. Русский медицинский журнал. №17.2008. С. 18-21.
- 2. Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Аполихин О.И. и др. Хро-

Левофлоксацин характеризуется высокой степенью биодоступности и устойчивостью к трансформации в организме. В тканях мочеполовой системы концентрация левофлоксацина при использовании в терапевтических дозах соответствует или превышает концентрацию в сыворотке крови [3, 5].

Выводится левофлоксацин преимущественно с мочой (70%), в которой создаются высокие концентрации, достаточные для подавления чувствительной к нему микрофлоры в течение долгого времени. Длительная циркуляция препарата в организме в терапевтических концентрациях позволяет применять его 1 раз/сут. Как правило, левофлоксацин хорошо переносится пациентами. Наиболее часто встречающимися побочными эффектами являются тошнота (1,3%), диарея (1,1%), головокружение (0,4%) и бессонница (0,3%). Крайне редко встречается фототоксичность, реакции гиперчувствительности, удлинение интервала QT на ЭКГ, тендинит.

Все вышеуказанные эффекты являются дозазависимыми и купируются после снижения дозы или отмены препарата. Противопоказаниями к приему препарата служат гиперчувствительность, возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, эпилепсия, дефицит глюкозо—6—фосфатдегидрогеназы [14].

Устойчивость к левофлоксацину, связанная со спонтанными мутациями in vitro, встречается сравнительно редко. Несмотря на наличие перекрестной устойчивости между левофлоксацином и другими фторхинолонами, некоторые микроорганизмы, устойчивые к хинолонам могут проявлять чувствительность к левофлоксацину. Удобство применения левофлоксацина – один раз в сутки – является еще одним преимуществом этого нового антимикробного препарата.

Нами проведено клиническое исследование с использованием левофлоксацина (Леволет), при хроническом бактериальном простатите. Результаты применения левофлоксацина (Леволет) при хроническом бактериальном простатите будут отражены в последующих публикациях.

- нический простатит. Монография на CD–ROM. НИИ урологии МЗ РФ. М., 2004. С. 53.
- 3. Степенский А.Б., Попов С.В., Муфагед М.Л. Диагностика и лечение хронического простатита. Consilium medicum, 2003.- Т.5, № 7. С. 396–401.
- 4. Набер К., Бергман Б. и др. Рекомендации Европейской

- ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2002. Т.4, № 4: С. 347–363.
- Кучерский В.М., Калмыков А.А., Дубков Е.И. Современные проблемы в лечении хронического простатита Русский медицинский журнал, №25, 2008.— С. 38-40.
- Bergman B. On the relevance of gram–positive bacteria in prostatitis. Infection 1994; 22 (Supp I):22.
- Bundrick W., Heron S.P., Ray P. et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a randomized double-blind multicenter study // Urology 2003; 62(3):537–41.
- Meares E.M., Stamey T.A. Bacteriological localization patterns in bacterial prostatitis and uretritis // Invest Urol.– 1968. – Vol. 5. – P. 492 – 518.
- Wagenlehner F.M., Naber K.G. Prostatitis: the role of antibiotic treatment. World J Urol. 2003 Jun; 21(2):105–8.
- Nickel J.C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. International Journal of Antimicrobial Agents 31S (2008) S112–S116.
- Taylor B.C. et al. Excessive Antibiotic Utilization in Men with Prostatitis. Am J Med. 2008 May; 121(5): 444–449.
- 12. Nickel J.C. Urologic Clinics of North America. 1999, vol. 26, N4. P. 39.
- 13. Guercio S., Terrone C., Tarabuzzi R. et al. PSA decrease after levofloxacin therapy in patients with histological prostatitis. Arch Ital Urol Androl 2004; 76(4): 154–8.
- Яковлев В.П., Яковлев С.В. и др. Рациональная антимикробная фармакотерапия. – М.: Литтерра, 2003. - С. 5.
- Аляев Ю.Г., Шпоть Е.В., Султанова Е.А. Хронический простатит: оптимизация подходов к лечению. Русский медицинсикй журнал. № 32, 2011. – С. 17-20.
- Bjerclund Johansen T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et al. The Role of Antibiotics in the Treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement // Eur. Urol 1998; 34: 457–466.
- 17. Naber K.G. Levofloxacin in the treatment of urinary tract

- infection and prostatitis // J. Chemotherapy. 2004; 16 Suppl 2:18–21.
- Naber K.G. Management of bacterial prostatitis: what's new? // BJU Int 2008 Mar; 101 Suppl 3:7–10.
- Trinchiere A. Role of levofloxacin in the treatment of urinary tract infections // Arch Ital Urol Androl 2001; 73(2):105–13.
- Nickel J.C., Xiang J. Clinical significance of nontraditional bacterial uropathogens in the management of chronic prostatitis // J Urol 2008 Apr; 179(4):1391–5.
- 21. Мазо Е.Б., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Долгина Е.Н., Попов С.В., Вирясов А.В. Эффективность применения Суперлимфа в комплексном лечении хронического бактериального простатита и воспалительного синдрома хронической тазовой боли. Материалы 3-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье». М., 2006. С. 72–73.
- Nickel J.C., Xiang J. Clinical significance of nontraditional bacterial uropathogens in the management of chronic prostatitis // J Urol 2008 Apr; 179 (4):1391–5.
- Guercio S., Terrone C., Tarabuzzi R. et al. PSA Arch Ital Urol Androl 2004; 76(4): 154–8. Nickel J.C., Weidner W. Infect Urol 2000.
- Schaeffer A.J., Wu S.C., Tennenberg A.M., Kahn J.B. Treatment of chronic bacterial prostatitis with levofloxacin and ciprofloxacin lowers serum prostate specific antigen. J Urol 2005; 174:161–4.
- Botto H. Place de la levofloxacine dans la prise en charge des infections prostatiques. Med Mal Infect 2003; 33(Suppl.B):62-3.
- Naber K.G., Roscher K., Botto H., Schaefer V. Oral levofloxacin 500mg once daily in the treatment of chronic bacterial prostatitis // International Journal of Antimicrobial Agents 2008 Jun 19.
- Jeong C.W., Lim D.J., Son H., Lee S.E., Jeong H. Treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: levofloxacin, doxazosin and their combination // Urol Int. 2008; 80(2):157–61.

УДК 615.454.2: 616.65-002-007.37

ПРИМЕНЕНИЕ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕГО ПЕПТИДА ВИТАПРОСТ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У ПОДРОСТКОВ

Авторы: А.Т. Токсанбаев, Т.Э. Хусаинов, Д.И. Сенгирбаев, А.Д. Нисанбаев

Адрес: Кафедра урологии с курсом нефрологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: На основе применения биорегулирующего пептида Витапрост в комплексной терапии 30 подростков

с хроническим простатитом, выявлены улучшения микроциркуляции в предстательной железе и

снижение симптомов дизурии.

Ключевые слова: подростки, Витапрост, хронический простатит.

Аталуы: Биореттеуші пептид Витапростты жасөспірімдердің созылмалы простатитін емдеудегі үйлестірілген

емде қолдану

Авторлар: Ә.Т. Тоқсанбаев, Т.Э. Хусаинов, Д.И. Сеңгірбаев, А.Д. Нысанбаев

Мекен-жайы: С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ урология кафедрасы мен нефрология курсы, Алматы қ.,

«Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Биореттеуші пептид витапростты 30 жасөспірімнің созылмалы простатитін емдеуде үйлестірілген

емде қолдану нәтижесінде қуықасты безінің қан айналымы жақсарып, дизуриялық симптомдарының

төмендегені анықталды.

Түйінді сөздер: жасөспірім, Витапрост, созылмалы простатит.

Title: The application of a bioregulated peptide Vitaprost in the combined therapy of a chronic prostatitis at teenagers

Authors: A.T. Toksanbaev, T.E. Khussainov, D.I. Sengirbaev, A.D. Nisanbaev

Address: Chair of urology with a course of nephrology of KazNMU named after S.D. Asfendiyarova, Almaty c.,

Summary: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Based application vitaprost bioregulatory peptides in the treatment of 30 adolescents with chronic prostatitis have been identified to improve microcirculation in the prostate gland and reducing symptoms of dysuria

have been identified to improve microcirculation in the prostate gland and reducing symptoms of dysuria.

Key words: adolescent, Vitaprost, chronic prostatitis.

Общая заболеваемость подростков с 1992 г. по 2000 г. увеличилась на 66%, что в 3,5 раза больше, чем заболеваемость взрослых. Обращает на себя внимание значительный рост эндокринных нарушений (в 3,8 раза), болезней мочеполовой системы (в 2,9 раза), крови и кроветворных органов (в 4,1 раза), костно - мышечной системы (в 3,5 раза), инфекционных и паразитарных (в 2,0 раза), значимость которых для подросткового возраста особенно велика в связи с их влиянием на становление репродуктивной функции [1].

Среди молодежи все чаще встречаются инфекции, передающиеся половым путем. Так, с 1990 по 1999 гг. распространенность хламидиоза у подростков выросла в 15,6 раза, вируса простого герпеса - в 2,2 раза [2].

В то же время данные литературы свидетельствуют о том, что происходящие изменения в предстательной железе у подростков изучены еще не достаточно в силу полиэтиологичности и междисциплинарностного характера патологии [3].

Раскрывая актуальность темы проведенного нами исследования важно отметить, что до настоящего времени для контрольного ультразвукового исследования применяется только трансабдоминальное сканирование в серошкальном режиме.

Целью исследования явилось - изучение эффективности применения биорегулирующего пептида Витапрост в лечении хронического простатита у подростков.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 30 больных хроническим простатитом. У 39,4% из них был выявлен хронический бактериальный простатит, а у 60,6% - хронический абактериальный простатит. Контрольную группу составили 10 здоровых пациентов в возрасте от 16 до 21 лет, не страдавших хроническим простатитом ни в момент обследования, ни в анамнезе. В первую группу были 14,9% больных хроническим включены бактериальным простатитом, которые после первичного обследования и установления диагноза получали в течение 3-4 недель в виде монотерапии антибиотики фторхинолонового Вторую группу составили 24,5% ряда. больных хроническим бактериальным простатитом, которые одновременно

антибиотиками фторхинолонового ряда в течение 4 недель получали биорегулирующий пептид (Витапрост). 21,6%, больным хроабактериальным ническим простатитом, составившим третью группу, в течение 4 недель в виде монотерапии был назначен биорегулирующий пептид (Витапрост). В четвертую группу, состоящую из 8,5% больных хроническим абактериальным простатитом с выраженным болевым синдромом, были пациенты. которые включены монотерапии в течение 3 недель получали нестероидный противовоспалительный препарат Диклофенак натрия (Вольтарен).

У 39,4% наблюдаемых больных при первичном обследовании был выявлен хронический бактериальный простатит (категория II), а у 60,6% - хронический абактериальный простатит (категория III), том числе у 85,3% - хроабактериальный ничес-кий простатит количества лейкоцитов c повышением секрете предстательной железы или в эякуляте (категория IIIa), а у 14,7% – хронический абактериальный простатит без повышения количества лейкоцитов в секрете предстательной железы или в эякуляте (категория III б).

Выраженность симптомов хронического простатита у наблюдаемых больных была оценена с помощью, предложенной в 1999 году шкалы NIH-CPSI (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index) – индекса симптомов хронического простатита, предложенного Национальным институтом здоровья (США), но с учетом дополнений, сделанных в 2001 году О.Б. Лораном и А.С. Сегалом. Эта шкала учитывает: 1) боль и дискофорт, 2) расстройства акта мочеиспускания, 3) влияние заболевания на качество жизни, 4) общий показатель симптомов.

У больных хроническим абактериальным простатитом симптомы заболевания были выражены более значительно, чем у больных хроническим бактериальным простатитом. Так, общий показатель симптоматики у больных ХБП составил 29,9 баллов, а у больных ХБП составил 29,9 баллов, а у больных ХАП – 36,0 баллов, то есть на 6,1 баллов больше, показатель дизурии – 8,7 баллов и 13,9 баллов, то есть на 5,2 балла больше, показатель болевого синдрома – 11,3 балла и 11,6 балла (на 0,3 балла больше), а

качество жизни -9,9 балла и 10,5 балла (на 0,6 балла больше).

Все субъективные симптомы заболевания чаще были выявлены у больных хроническим абактериальным простатитом, чем у больных хроническим бактериальным простатитом. Так, дизурия была выявлена у 65,1% больных ХБП, но у 88,3% больных ХАП, болевой синдром — у 66,0% и 81,0% соответственно, психосоматические расстройства — у 67,9% и 98,1% соответственно.

Однимиз показателей, характеризующих степень активности воспалительного процесса в предстательной железе, является количество лейкоцитов в секрете предстательной железы. Оказалось, что у 14,7% больных хроническим абактериальным простатитом количество лейкоцитов не превышало 5 в поле зрения, у 63,2% составило от 6 до 20 лейкоцитов в поле зрения, и только у 22,1% пациентов от 21 до 50 в поле зрения. У 20,7% больных хроническим бактериальным простатитом количество лейкоцитов в эякуляте или в секрете предстательной железы было равным 6-20 в поле зрения, у 9,4% - 21-50 в поле зрения, у 21,7% больных колебалось от 51 до 100 в поле зрения, а у 48,1% больных было более 100 в поле зрения.

У всех больных хроническим бактериальным простатитом В эякуляте или секрете предстательной железы были различные выделены микроорганизмы. Наиболее часто у больных выделяли Escherichia coli в монокультуре (у 44,3% пациентов) или в ассоциации с другими микроорганизмами (у 12,3% пациентов).

Для объективной оценки расстройств акта мочеиспускания у наблюдаемых нами больных хроническим простатитом, кроме Международной шкалы NIH-CPSI, мы использовали рекомендованную ВОЗ шкалу симптомов расстройств акта мочеиспускания IPSS, показатели урофлоуметрии, а у части больных - и комбинированное уродинамическое исследование «давление-При оценке расстройств мочеиспускания по Международной шкале IPSS оказалось, что у больных хроническим бактериальным простатитом средний суммарный бал симптоматики был равным 13,2±2,0, тогда как у больных хроническим абактериальным простатитом $9,9\pm1,7$

баллов (p<0,05). Следовательно, расстройства акта мочеиспускания у больных хроническим бактериальным простатитом были более выраженными, чем у больных хроническим абактериальным простатитом, хотя и встречались у них несколько реже (65,1%) чем у пациентов, страдающих хроническим абактериальным простатитом, у которых дизурия была выявлена у 88,3% больных.

Проводили общий осмотр и исследовали соматическое состояние больного, изучали жалобы больных по шкале NIH-CPSI в модификации О.Б. Лорана и А.С. Сегала (2001) и по Международной шкале IPSS, выполняли общий анализ мочи, клинический и биохимический анализ крови, проводили пальцевое исследование предтрансректальное стательной железы И ультразвуковое исследование предстательной железы. У всех больных выполняли исследование эякулята и посев эякулята, протрансректальное водили урофлоуметрию, ультразвуковое исследование, изучали кровоток предстательной В железе основании цветной допплерографии предстательной эхоструктуру железы, изучали тромбоцитарнопоказатели сосудистого и коагуляционного гемостаза.

При каждом обследовании наблюдаемых больных хроническим простатитом выполняли у них пальцевое исследование предстательной железы обязательно - ультразвуковое исследование. При ультразвуковом исследовании оценивали состояние паренхимы предстательной железы, размеры и объем предстательной железы, состояние ее капсулы и семенных пузырьков. При трансректальном ультразвуковом исследовании в режиме цветного допплеровского картирования оценивали характер сосудистого рисунка (ход сосудов, их диаметр, количество). Количественную оценку проводили по плотности сосудистого сплетения и диаметру сосуда. Качественными показателями гемодинамики предстательной железы были пиковая скорость кровотока, диастолическая скорость кровотока, скорость средняя линейная кровотока, пульсационный индекс, объемный кровоток. При ЭТОМ исследовании использовали многоплоскостной ректальный частотой 7,5 МГц. При определении размеров и объема предстательной железы за норму принимали верхне-нижний размер от 2,4 до 4,1 см, передне-задний – от 1,6 до 2,3 см, поперечный – от 2,7 до 4,3 см, а объем предстательной железы – до 30 см 3 [4].

При оценке микроциркуляции предстательной железе в 2-3 зонах этого органа выбирали участки c наиболее выраженным кровотоком [5]. Оценку кровотока проводили отдельно в центральной и периферической зонах предстательной железы. При этом учитывали, что нормальный сосудистый рисунок предстательной железы характеризуется симметричностью, сохранением нормального хода и диаметра сосудов [6, 7]. Учитывали также мнение Ю.Г. Аляева и К. Локшина (2001) о том, что в неизмененной предстательной железе статистически достоверных различий между показателями кровотока различных зон этого органа нет. У всех больных проводили урофлоуметрию с определением объемной максимальной скорости мочеиспускания, средней объемной скорости мочеиспускания и продолжительности акта мочеиспускания. У всех больных проводили исследование секрета предстательной железы и исследование эякулята по общепринятой методике, но с обязательным бактериальным исследованием.

Обязательно выполняли биохимическое исследование крови (определение кислой и щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, церулоплазмина, АЛТ, АСТ, общего белка. Изучали состояние свертывающей системы крови (уровень протромбина, фибринолитическая активность, время рекальцификации плазмы, концентрация фибриногена, количество тромбоцитов.

Результаты обсуждение. После И первичного обследования установления диагноза 14,9% первой группы, больных бактериальным страдавших хроническим простатитом, в течение 4 недель получали в виде монотерапии один из антибиотиков фторхинолонового ряда: 2 больных – Таривид по 400 мг 2 раза в сутки, 3 больных – Нолицин по 400 мг 2 раза в сутки, 4 больных – Левофлоксацин по 250 мг один раз в сутки.

Положительный бактериологический эффект после завершения лечения был отмечен только у 55,0%. Симптоматического

улучшения удалось достичь у 70,0% пациентов. После завершения лечения (к концу 4 недели лечения) субъективные симптомы хронического бактериального простатита снизились в 2 раза (с 29,9 до 15,1 баллов), однако продолжали беспокоить больных не только к концу лечения, но и после окончания лечения, составив 12,6 баллов. Не восстановилось и качество жизни, составив через 4 недели лечения 5,1 баллов, а через 6 месяцев после окончания лечения 4,3 балла.

Недостаточно удовлетворительные результаты лечения у больных этой группы мы объясняем тем, что кровоток в предстательной железе на фоне лечения препаратами фторхинолонового ряда у них улучшился незначительно и не достигал нормальных величин. Так, пиковая систолическая скорость кровотока в артериях через 4 недели лечения возросла с $9,24\pm0,49$ см/с до $10,12\pm0,51$ см/с (p<0.03), линейная скорость кровотока в венах – с $3,63\pm0,2$ см/с до $3,88\pm0,16$ см/с (р=0,314), индекс резистентности сосудов предстательной железы не уменьшился и составил до лечения 0,73±0,04 усл. ед., а через 4 недели лечения -0.71 ± 0.04 усл. ед. (p=0.1), плотность сосудистого сплетения почти не возросла, составив до лечения 1,290,16 со $cyд/cm^2$, а после лечения – 1,34 \pm 0,19 $cocyд/cm^2$ (р=0,1). Все это свидетельствует о том, что лечение больных хроническим бактериальным простатитом нельзя ограничивать только применением антибиотиков, а одновременно назначать средства, усиливающие кровоток в предстательной железе.

Больные второй группы, страдающие хроническим бактериальным простатитом, одновременно с антибиотиком фторхинолонового ряда в течение 4 недель получали биорегулирующий пептид Витапрост. В результате проведенного лечения антибиотик + биорегулирующий пептид удалось достичь симптоматического улучшения у 87,9%, тогда как при лечении только антибиотиком – лишь у 70,0% больных. Еще более существенной была разница в частоте наступления элиминации возбудителя заболевания. Если при лечении антибиотиком только положительный бактериологический эффект был отмечен у 55,0%, то после лечения антибиотик + биорегулирующий пептид – у 93,9%. У больных хроническим бактериальным простатитом

после комбинированного лечения значительно снизилась частота дизурии с 63,6% до 12,1%.

На фоне лечения больных хроническим бактериальным простатитом комбинацией антибиотик + биорегулирующий пептид была отмечена нормализация эхоструктуры предстательной железы. Если до лечения нормальная эхогенность была выявлена только у 7,7%, то после лечения – уже у 81,8% больных хроническим бактериальным простатитом, повышенная эхогенность предстательной железы до лечения была диагностирована у 92,4% больного, после лечения – только у 18,2% больных. Повышенная эхогенность предстательной железы, определяемая при ультразвуковом исследовании до начала лечения, зависела ОТ отека ЭТОГО органа И нарушения микроциркуляции в предстательной железе. нормализация кровотока в предстательной железе после лечения способствовала и нормализации эхоструктуры этого органа.

У больных хроническим бактериальным простатитом после проведения лечения препаратами фторхинолонового ряда комбинации с биорегулирующим пептидом возросла с $8,96\pm0,51$ см/с до $11,49\pm0,76$ см/с (р<0,05) скорость кровотока в артериях (то есть на 2,53 см/с) и почти достигала нормальной величины, тогда как при лечении только антибиотиком - с 9,24 см/с до $10,12\pm0,51$ см/с, то есть на 0,88 см/с и не достигала нормальной величины, разница статистически достоверна (р<0,01). Аналогичной была динамика показателя линейной скорости в венах предстательной железы. После лечения больных хроническим бактериальным простатитом препаратами фторхинолонового ряда в сочетании с биорегулирующим пептидом этот показатель возрос с 3.55 ± 0.19 см/с до 4.57 ± 0.16 см/с,

Список использованных источников:

- Зоркин С.Н., Чеботаев И.Л. Этапы формирования репродуктивной системы у мальчиков // Медицинский научный и учебно методический журнал. М., 2006. №35. С. 3.
- Млычник Е.В., Казанская И.В., Елков А.Ю. Диагностика и лечение простатита у детей // Андрология и генитальная хирургия. М., 2005. №1.- С. 17-20.
- Сагалов А.В. Амбулаторно-поликлиническая андрология. М: Медицинская книга; 2003; - С. 237.
- 4. Абоян И.А., Павлов С.В., Митусов В.В. и др. Лечебно диагностический алгоритм хронического простатита // Пленум прав-

то есть на 1,02 см/с или в 1,3 раза, тогда как при лечении больных только препаратами фторхинолонового ряда — с $3,63\pm0,12$ см/с до 3.88 ± 0.16 см/с, то есть всего на 0.25 см/с, и не достигал нормальной величины. Индекс резистентности сосудов после лечения у больных этой группы снизился с 0,75±0,06 усл. ед. до 0,65±0,04 усл. ед. (p<0,01), то есть на 0,10 усл. ед., и достигал нормального показателя, составившего у здоровых мужчин $0,64\pm0,07$ усл. ед. Плотность сосудистого сплетения предстательной железы после проведенного лечения антибиотиком в сочетании с Витапростом увеличилась с 1,27±0,23 $\cos y \pi / \cos^2 \pi$ до 2,04±0,35 $\cos y \pi / \cos^2 \pi$ то есть в 1,6 раза (p<0,01) и почти достигала нормальной величины, тогда как при лечении больных хроническим бактериальным простатитом только антибиотиком – с $1,29\pm0,16$ сосуд/см² до $1,34\pm0,19$ сосуд/см² (p=0,1). Увеличение в ткани предстательной железы количества сосудов на 1 см² у больных хроническим бактериальным простатитом после лечения биорегулирующим пептидом существенно улучшало микроциркуляцию в этом органе и увеличивало объемный кровоток, который возрос с 0,017±0,005 л/мин. до лечения до 0.030 ± 0.007 л/мин. после лечения (p<0.01).

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что включение в комплексное лечение больных хронибактериальным простатитом биорегулирующего пептида позволяет существенно улучшить микроциркуляцию в этом органе, соответственно обеспечить более высокую концентрацию антибиотика в очаге воспаления и снизить отек предстательной железы, что в свою очередь позволяет устранить ИЛИ существенно уменьшить синдром расстройства болевой И мочеиспускания, а также повысить качество жизни пациентов.

- ления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004. С. 25.
- Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Винаров А.З. и др. Трансректальная допплерография у больных с заболеваниями предстательной железы // ФГУИПП «Кострома». - 2004. - C.88.
- 6. Мирский В.Е. и соав. Детская и подростковая андрология. СПб: Питер, 2003.- С. 224.
- Коган М.И., Белоусов И.И., Шангичев А.В. Трансректальное цветное допплер-ультразвуковое исследование простаты у пациентов с ХП-Ш-В // 3-я Всероссийская конф. «Мужское здоровье»: Материалы. - М., 2006. - С. 66-67.

VI. БАЛАЛАР УРОЛОГИЯСЫ / ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ / CHILDREN'S UROLOGY

УДК 616.613-003.7-089.879:681.784.84-07

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ф.А. Акилов, Я.С. Наджимитдинов Авторы:

Адрес: Республиканский специализированный центр урологии, г. Ташкент

Резюме: Проведена оценка эффективности перкутанной нефролитотомии (ПКНЛТ) в лечении 85 детей с

> коралловидными камнями за период с 2005 по 2010 год. Пациенты с значимыми резидуальными камнями были подвергнуты экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии. Были определены показатели полного избавления от камней после ПКНЛТ и дополнительные манипуляции. Общий показатель полного удаления камней после ПКНЛТ и ЭУВЛ составил 98,8%. Авторы считают, что выполнение ПКНЛТ целесообразно при лечении пациентов детского возраста с коралловидными камнями, как в

режиме монотерапии, так и в сочетании с ЭУВЛ.

нефролитиаз, перкутанная нефролитотомия, коралловидные камни, дети. Ключевые слова:

Аталуы: Балалардың маржантәрізді тастарын емдеудегі перкутанды нефролитотомия

Авторлар: Ф.А. Акилов, Я.С. Наджимитдинов.

Мекен-жайы: Республикалық мамандандырылған урология орталығы, Ташкент қ.

2005 және 2010 жыл аралығындағы 85 бала жасындағы науқастардың, маржантәрізді тастардын Тұжырым:

> емдеуінде жүргізілген перкутанды нефролитотомия (ПКНЛТ) тиімділігінің бағасы берілген. Мағыналы резидуальді тастары бар науқастарға экстракорпоральді соққы-толқынды литотрипсиясы жасалған. Тастардан толық құтылу көрсеткіші ПКНЛТ және қосымша манипуляциялармен анықталған. Тастардың толық алып тастау ортақ көрсеткіші ПКНЛТ және ЭУВЛ-ден кейін 98, 8% құрады. Авторлар, ЭУВЛмен қатар және монотерапия тәртібінде де, бала жасындағы науқастардың маржантәрізді тастарын

емдеуінде ПКНЛТ орындауы орынды деп есептейді.

Түйінді сөздер: нефролитиаз, перкутанная нефролитотомия, маржантәрізді тастар, бала.

The percutaneous nephrolithotomy in the management of staghorn renal calculi in children Title:

Authors: F.A. Akilov, Y.S. Nadjimitdinov

Address: Republican specialized center of urology, Tashkent c.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of percutaneous nephrolithotomy (PNL) in the manage-Summary:

ment of 85 children with staghorn stones between 2005 and 2010. Patients with significant residuals were subjected to extracorporeal shock wave lithotripsy. Clearance with PCNL and ancillary procedures was recorded. The overall rate of complete removal of stones after ESWL PKNLT and was 98.8%. The authors believe, that PNL is useful in the management of pediatric patients with staghorn stones, either as a monotherapy or in com-

bination with ESWL.

Key words: nephrolithiasis, percutaneous nephrolithotomy, staghorn calculus, children.

Актуальность. Проблема лечения пациентов с коралловидными камнями остается одной из трудных задач для урологов. Применение открытых (традиционных) оперативных вмешательств не встречает особых возражений, являясь для многих урологов методом «доступного» выбора при отсутствии возможности использования малоинвазивной хирургии. За последнее десятилетие, при удалении из почек конкрементов больших размеров многие специалисты отдают предпочтение перкутанной нефролитотомии (ПКНЛТ) [1-3, 7]. Отличные результаты применения этого метода у взрослых пациентов, привели к решению использовать эндоскопическое удаление коралловидных камней у детей, при помощи специально сконструированных инструментов малого калибра. Более того, оказалось возможным применение инструментов большего калибра, которые используют

при вмешательствах у взрослых больных, невзирая на особенности анатомии и размеры детского организма [5]. Целью данного исследования было оценить эффективность и безопасность ПКНЛТ при лечении пациентов с коралловидными камнями.

Материалы и методы. В Республиканский специализированный центр урологии (РСЦУ) с сентября 2005 года по октябрь 2010 года, обратились 85 детей (из них 63 мальчика и 22 девочки) с коралловидными камнями почек, их средний возраст составил 10,7±2,6 лет (от 5 до 16 лет). Удаление конкрементов с использованием эндоскопического оборудования выполнено на 92 почках. Общая средняя площадь камней, вычисленная по данным обзорной урограммы, была 283 мм² (от 25 до 275 мм²). Коралловидные камни у всех больных полностью занимали полость лоханки и имели бранши, расположенные в шейках

чашечек. Коралловидные и множественные камни с двух сторон были у 7 (8%) детей, в четырех случаях дети имели единственную почку.

ПКНЛТ выполняли под общей анестезией, используя стандартную методику. При значительно расширенной ЧЛС у детей старшей возрастной группы, дилатацию чрескожного доступа производили до 24-26 Ch и использовали нефроскоп применяемый у взрослых пациентов, что позволило сократить время, затраченное на операцию. После удаления всех камней и их фрагментов в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС) устанавливали нефростомический дренаж. Необходимо заметить, что оперативные вмешательства у детей выполняли урологи, владеющие навыками эндоурологических операций у взрослых пациентов. У детей дошкольного возраста, полностью избавленными от камней считали тех, у которых не было обнаружено каких-либо их фрагментов в ЧЛС,

Результаты. После одного «сеанса» ПКНЛТ полностью были избавлены от камней (состояние «stone free») 70 (82,4%) больных (таблица 1). Второй этап эндоскопического вмешательства для удаления резидуальных камней, расположенных в чашечках, не выписывая пациента из стационара, выпол-

нили у 8 (9%) детей. Необходимо отметить, что повторная ПКНЛТ в этих случаях предусматривалась заранее, при обсуждении тактики проведения операции перед вмешательством и была согласована с родителями этих детей. Пациентам с камнями, расположенными в обеих почках, выполнено их удаление с каждой стороны отдельно, с интервалом в 1-2 месяца.

Оперативное вмешательство было остановлено у одного пациента из-за развившегося значительного кровотечения из поврежденных форникальных сосудов почки, что послужило препятствием для продолжения вмешательства и удаления всех камней. Повторная ПКНЛТ была выполнена спустя трое суток, через ранее выполненный чрескожный канал, и ребенок полностью избавлен от конкрементов. ЭУВЛ выполнено трем больным (3,5%) с множественными резидуальными камнями и фрагменты камней самостоятельно отошли в сроки от одной до двух недель. Таким образом, учитывая двух пациентов с фрагментами камней, располагающихся в чашечках почки, размеры которых не превышали 3 мм, и расцененные нами как клинически не значимые, полностью избавлены от конкрементов 84 (98,8%) ребенка.

Таблица 1 - Результаты ПКНЛТ в зависимости от возраста детей (n=85)

Возраст (в годах)	Число пациентов	Средн. площадь камней	Повторная ПКНЛТ	ЭУВЛ резидуальных камней	Полное избавление от камней	Гемотранс- фузия	Обострение ИМТ
5-7	12	91	1	-	11(92%)	-	3 (25%)
8-12	31	200	3	2	31(100%)	2(2,4%)	6 (19,4%)
13-16	42	518	5	1	42(100%)	-	3 (7,2%)
ИТОГО	85	-	8	3	84 (98,8%)	-	12 (29,8%)

Нефростомический дренаж обычно удаляли в сроки от 3 до 5 дней после манипуляций (средний показатель 4,1±1,2 дня), время пребывания в стационаре составило от 4 до 6 дней (в среднем 5,2±1,3 дня). Каких либо осложнений, требующих дополнительных оперативных вмешательств не было. Только в двух случаях, из-за значительного интраоперационного кровотечения возникла необходимость в гемотрансфузии, которое удалось остановить консервативно.

Повышение температуры тела после оперативного вмешательства выше 38°C отмечено у 12 (29,8%) пациентов, усиление ан-

тибактериальной терапии позволило купировать обострение инфекции мочевого тракта.

Обсуждение. Лечение больных с коралловидными камнями является предметом споров и до сих пор окончательных ответов на многие вопросы не получено. Мы считаем, что пациенты с коралловидными камнями при отсутствии почечной недостаточности, состояние которых позволяет выполнить какие либо оперативные вмешательства, являются потенциальными претендентами для ПКНЛТ. После традиционных операций, которые сопровождаются повреждением паренхимы почки и тяжело переносятся детьми,

полное избавление от камней наблюдается только в 67-76% случаев [10]. ЭУВЛ позволяет добиться состояния «stone free» в еще меньшем количестве случаев, что составляет около 50% [7] в последние годы.

Первым опубликовал свои результаты использования ПКНЛТ у детей J.R. Woodside в 1985 году [10], и с тех пор многие урологи отдают предпочтение этому методу при выборе способа лечения больных с камнями почек больших размеров. Как правило, эндоскопический метод используют как монотерапию или в комбинации с другими малоинвазивными методами лечения. Полностью избавляют детей от камней при ПКНЛТ, по данным различных авторов, в 67%-100% случаев [1-3, 8]. Более того, исследования, проведенные Steve K. и соавт. [4] показали, что применение ПКНЛТ при лечении больных с коралловидными камнями является экономически более эффективным по сравнению с ЭУВЛ. Bilen C.Y. и соавт. [1] сообщили об 87,5% случаев полного избавления от камней после применения ПКНЛТ, чем подтвердил ее целесообразность при коралловидных камнях. По данным А. Sahin и соавт. [9] полностью были избавлены от камней 69% детей старшего возраста, однако если считать состоянием «stone-free» пациентов с клинически не значимыми резидуальными камнями, показатель составил 100%.

Кровотечение из паренхимы почки, в проекции выполненного доступа при ПКНЛТ является наиболее частым осложнением и, как правило, причиной этого служит повреждение сосудов, расположенных в форниксе сосочка. Выполнение оперативного доступа к почке под контролем ультрасонографии и рентгентелевидения позволяет значительно уменьшить количество подобных осложнений. Следует избегать грубых манипуляций эндоскопом в полости почки, таких, как использование тубуса нефроскопа в роли «рычага» для выявления камней в чашечках

Список использованных источников:

- Bilen C.Y., Kocak B., Kitirci G. et al. Percutaneous nephrolithotomy in children: lessons learned in 5 years at a single institution// J. Urol.-2007.-177. - P.1867 - 1871.
- Badawy H., Salama A., Eissa M. et al. Percutaneous management of renal calculi: Experience with percutaneous nephrolithotomy in 60 children//. J. Urol. 2000.-162.-P.1810-1813.
- 3. VanDervoort K., Wiesen J., Frank R. et al. Urolithiasis in pediatric patients: a single center study of incidence, clinical

верхнего и заднего сегментов почки, так как подобные действия уролога нередко приводят к повреждению шейки чашечки. По нашим данным, необходимость в гемотрансфузии была только в двух случаях, из-за значительного кровотечения, которое наблюдали на начальных этапах внедрения ПКНЛТ. Степень кровопотери значительно уменьшилась по мере приобретения соответствующего опыта выполнения перкутанных вмешательств у детей, и за последние годы ни в одном случае не понадобилось переливания крови и кровезаменителей. Другой причиной кровотечения является стремление хирурга, во чтобы-то ни стало полностью удалить все камни, забывая о том, что существуют дополнительные методы лечения, например ЭУВЛ, применение которых позволяет добиться удаления резидуальных камней [5]. По сообщению Kurzrock E.A, [6] применение ЭУВЛ при обнаружении резидуальных камней после ПКНЛТ позволило в 99,6% случаях добиться состояния «stonefree». Мы также не стремимся удалить все камни из ЧЛС, особенно в тех случаях, когда их фрагменты располагаются в чашечках не доступных при использовании жесткого эндоскопа. Проведенная ЭУВЛ при наличии резидуальных фрагментов камней, в ближайшие сроки после операции, не выписывая пациента из стационара, в трех случаях позволила добиться состояния «stone-free».

Выводы. ПКНЛТ являясь безопасным и эффективным малоинвазивным вмешательством, приобретает особое значение при лечении пациентов детского возраста, у которых велика вероятность рецидива камней и повторных операций. Следовательно, ПКНЛТ должна рассматриваться как метод выбора лечения детей с коралловидными и множественными камнями, однако ее благоразумно применять только после приобретения определенного навыка операций у пациентов взрослого контингента.

- presentation and outcome// J. Urol. -2007. 177.-P.2300-2305.
- Steve K., Williams J.L., Raymond J.L. Management of staghorn calculus: single puncture with judicious// Current Opinion in Urology.-2008.-18. - P.224 – 228.
- Desai M., Ridhorkar V., Patel S. et al. Pediatric percutaneous nephrolithotomy: Assessing impact of technical innovations on safety and efficacy // J. Endourol.-1999.-13.-P.359-362.

- Kurzrock E.A., Huffman J.L., Hardy B.E. et al. Endoscopic treatment of pediatric urolithiasis // J. Pediatr. Surg.-1996.-31.-P.1413-1418.
- D'addessi A., Bongiovanni L., Sasso F., Gulino G., Falabella R. Extracorporeal shock wave lithotripsy in pediatrics // J. of Endourology.- 2008.-22.-1.-P.1-11.
- 8. El-Nahas A.R., Shokeir A.A., El-Kenawy M.R. et al. Safety
- and efficacy of supracostal percutaneous nephrolithotomy in pediatric patients // J. Urol.-2008.- 180. P.676 680.
- Sahin A., Tekgul S., Erdem E. et al. Percutaneous nephrolithotomy in older children // J. Pediatr. Surg. - 2000.-35.-P.1336 -1336.
- 10. Woodside J.R., Stevens G.F., Stark G.L. et al. Percutaneous stone removal in children // J. Urol.-1985.-134. P.1166 1169.

УДК 616-002-617.5-089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ГЕНИТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Автор: М.И. Абдибеков

Адрес: Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г. Алматы

Резюме: Целью данного исследования является повышение качества медицинской помощи детям с неоднозначным

развитием гениталий на основе гормональных нарушений. Основой для данного исследования послужил анализ результатов феминизирующей генитопластики у14 девочек (n=14) в возрасте от 1,5 до 6 лет (в среднем 45 мес.) с врожденным нарушением функции коры надпочечников, проведенной в отделении урологии Республиканской клинической больницы «Аксай» с 2006 по 2010 годы. В группу исследований вошли дети с врожденной дисфункцией коры надпочечников с различной степенью маскулинизации по Prader. Во всех случаях добились хорошего косметического результата наружных женских гениталий с сохранением чувствительности и отсутствием осложнений. Проведенный первый этап генитопластики в раннем возрасте, является основой оптимального личностного формированию ребенка в половом

дифференциальном аспекте по женскому типу.

Ключевые слова: феминизирующая генитопластика, врожденная дисфункция коры надпочечников, гипертрофия клитора.

Аталуы: Бүйрекүсті безі қыртысының туа пайда болған қызметтік бұзылысы бар балаларға жасалған

феминизациялайтын генитопластика нәтижесін талдау

Автор: М.И. Әбдібеков

Мекен-жайы: «Ақсай» республикалық клиникалық балалар ауруханасы, Алматы қ.

Тұжырым: Осы зерттеуге «Ақсай» республикалық клиникалық балалар ауруханасының урология бөлімшесінің 2006

- 2010 жылдары бүйрекүсті безі қыртысының туа пайда болған қызметтік бұзылыстары бар 1,5 - 6 жас аралығындағы (орташа есеппен 45 ай) 14 қыз баланың феминизациялайтын генитопластикасын зерттеу нәтижесін талдау негіз болды. Зерттеу тобына Prader бойынша әртүрлі дәрежедегі маскулинизациямен қоса бүйрекүсті безі қыртысының туа пайда болған қызметтік бұзылыстары бар балалар алынды. Барлық жағдайда әйелдік сыртқы жыныс мүшесінің сезімталдығы сақталған және асқынусыз жақсы

косметикалық нәтижеге қол жетті.

Түйінді сөздер: феминизациялайтын генитопластика, бүйрекүсті безі қыртысының туа пайда болған қызметтік

бұзылысы, клитордың гипертрофиясы.

Title: To evaluate the anatomical and cosmetic results of feminizing genitoplasty in children with ambiguous genita-

lia due to congenital adrenal hyperplasia

Author: M.I. Abdibekov

Address: Aksai state children hospital, Almaty c.

Summary: Girls with Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH) show a variable degree of genital masculinization at birth.

Patients and methods. To evaluate the anatomical and cosmetic results of feminizing genitoplasty in girls with ambiguous genitalia due to CAH females with genital ambiguity (Prader II-III–IV) due to CAH underwent an one-stage feminizing genitoplasty and were followed for a mean time of 4 years. The results were obtained by the systematic anatomical evaluation of the different structures that compose the genitalia. The cosmetic results were considered excellent or good in 92,9% of the cases, satisfactory in 7,1%. The anatomical and cosmetic results were good in majority of the cases; however, some technical aspects should be adjusted, to avoid ir-

reversible sequels and re-operations.

Key words: congenital adrenal hyperplasia, feminizing genitoplasty, clitoris hypertrophy.

Качество Актуальность. жизни врожденными больных c аномалиями половых органов, а также решение проблем репродуктивной сексуальной функций определяются эффективностью МНОГОМ обоснованностью хирургической рекции, особенно проводимой в детском возрасте [1, 2]. В современной медицинской периодической печати известны сообщения о сексуальной недостаточности у девушек с врожденной дисфункцией коры надпочечников и его сохранения и улучшения после хирургической коррекции наружных половых органов в детском возрасте [3].

Сохраняется актуальность и важность психологических и социальных аспектов, связанных с коррекцией половых органов и необходимость междисциплинарной оценки детей с интерсексуальным формированием в попытке свести к минимуму разногласия между различными аспектами, которые составляют полноценную половую жизнь в

будущем и социальную адаптацию пациентов [4, 5].

последнее время наблюдается увеличение интереса в специализированных журналах к данной теме, в связи необходимостью и обоснованностью полной коррекции в детском возрасте или проведению операции феминизирующей поэтапной генитопластики и последующей вагинопластики [6-9]. Один из аргументов, используемых сторонниками поэтапной операции генитопластики и вагинопластики, связано с возникновением послеоперационных осложнений (стенозом нео-вагины) после интроитопластики. Данная ситуация может серьезно поставить под угрозу будущее сексуальной жизни пациентов, приводя к повторным неизбежным операциям у девушек подросткового периода и более старшем возрасте. Сложность проблемы сохраняется в связи с отсутствием стандартной методологии для анализа косметических и функциональных результатов генитопластики, а также невозможностью оценить половые функции и сексуальные переживания в детском возрасте [10, 11]. Сохраняется актуальность обсуждения оперативной коррекции наружных половых органов у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников. Исследования данной темы детской уроло-

Рисунок 1 - Гипертрофия клитора и вид вульвы по Prader III. Вид спереди

В настоящее исследование включены 14 случаев первого этапа феминизирующей генитопластики, включающей редукционную клиторопластику с сохранением сенситивных зон, формированием малых

гии позволяют объективизировать аргументы обсуждения этических, психологических и антропологических исследований этого деликатного вопроса.

Взаимодействие урологов детских эндокринологов, интегрированных предлагаемый междисциплинарный подход, направлено на определение критериев, чтобы объективно иметь возможность оценить послеоперационные результаты феминизирующей генитопластики, pacсмотреть косметические результаты провести анализ осложнений.

Целью данного исследования является повышение качества медицинской помощи детям с неоднозначным развитием гениталий на основе гормональных нарушений.

Материалы и методы. Данное исследование основано на клинической оценке хирургического лечения 14 девочек (n=14) в возрасте от 1,5 до 6 лет (в среднем 45 мес.), проведенного в отделении урологии Республиканской клинической больницы «Аксай» с 2006 по 2010 годы. В группу исследований вошли дети с врожденной дисфункцией коры надпочечников с различной степенью маскулинизации. Во всех случаях отмечали гипертрофию клитора, отсутствие малых половых губ и слабое развитие больших, наличие урогенитального синуса (рисунки 1, 2).

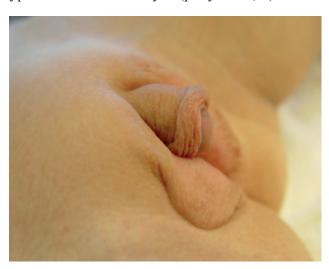


Рисунок 2 - Гипертрофия клитора и вид вульвы по Prader III. Вид с боку

и больших половых губ. Формирование избыточных малых половых и больших губ являлось непременным условием первого этапа, имеющих цель подготовки пластического материала на втором этапе

проведения интроитопластики, проводимых в пубертатном периоде. Всем детям были проведены исследования мочи на предмет выявления инфекции мочевых путей, ультразвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, эндокринологическое обследование.

Эндокринологическое обследование проводили стационарно с подтверждением врожденной дисфункции коры надпочечников с определением уровня компенсации заболевания. Из 14 наблюдений 6 (43%) больных имели сольтеряющую форму и 8 (57%) вирильную форму адреногенитального синдрома.

Степень вирилизации наружных гениталий оценивали по классификации Von Prader A., (1974) [12]. При I степени вирилизации по Prader, наблюдается гипертрофия клитора и нормальный вход во влагалище. При II степени вирилизации по Prader, наблюдали гипертрофию клитора и сужение входа во влагалище за счет сращения малых половых губ. При III степени вирилизации по Prader: клитор гипертрофирован и сформирована его головка. Наблюдали персистирующий урогенитальный синус,

открывающийся единым отверстием у основания клитора. При IV степени вирилизации по Prader: гипертрофированный клитор напоминал нормальный половой член. Урогенитальный синус открывался на стволе или головке полового члена. V степень вирилизации по Prader, так называемый «женский фаллос» наблюдали гипертрофию клитора и два мочеполовых отверстия: одно в конце головки клитора наружное отверстие урогенитального синуса; другое в области промежности - наружное отверстие уретры и вход во влагалище. Задний проходило смещен вперед, а сухожильный центр промежности и половые губы развиты не полностью. Клиторальная уретра была очень тонкой и отделяемое проходило полностью через общий урогенитальный свищ.

В группе оперированных из 14 детей у 11 (78,6%) отмечена III степень по Prader, у 2 (14,2%) со степенью вирилизации II по Prader и у 1 (7,1%) со степенью вирилизации IV по Prader.

Результаты и обсуждение. Изучены результаты феминизирующей генитопластики в раннем послеоперационном периоде и отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 4 лет (рисунок 3).



Рисунок 3 – Отдаленные результаты после операции (через 1 год)

Для оценки анатомических результатов использовались следующие критерии: гипертрофия клитора, атрофия клитора, размер клитора, чувствительность головки клитора, вид женских гениталий, сращение больших половых губ, наличие избыточных малых половых губ, нехватка или отсутствие тканей малых половых губ, симмметрия или ассиметрия губ.

Наличие избыточных малых половых губ считали необходимым результатом операции для проведения второго этапа операции — вагинопластики или интроитопластики в подростковом периоде.

Косметические результаты были оценены как «хорошие» (нормальный вид женских гениталий при наличии больших половых губ, нормальный размер клитора, чувстви-

тельная головка клитора, наличие несколько избыточных малых половых губ), «удовлетворительные» (атрофия или нормальный размер клитора, чувствительная головка клитора, наличие больших половых губ и некоторой нехватки малых половых губ, ассиметрия губ), «неудовлетворительные» (гипертрофия клитора, нечувствительная головка клитора, сращение больших половых губ, отсутствие тканей малых половых губ).

Среди прооперированных девочек неудовлетворительных результатов не отмечено, удовлетворительные в 1 (7,1%) случае, в остальных 13 (92,9%) случаях отмечен хороший результат. Умышленно не использовали термин «отличные результаты» после первого этапа до проведения вагинопластики или интроитопластики, так как наличие адекватного преддверия во влагалище или неовлагалище, является необходимым компонентом наружных женских гениталий.

Во всех случаях отмечено сохранение чувствительности головки клитора (100%), некроза клитора не отмечено, кровотечения или гематомы в области оперированной вульвы также не отмечали. В одном случае отмечали сохранение увеличенной головки клитора в пределах 6 месяцев наблюдения, в последствии подвергшейся редукции и достижению 100% уменьшения головки через 12 месяцев у всех 14 оперированных.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, обработка вульвы проводилась йод-повидоном, ведение раны открытое без повязки со 2 дня после операции. Инфекционных осложнений и выделе-

Список использованных источников:

- Schober J.M. Early feminizing genitoplasty or watchful waiting. J Pediatr Adolesc Gynecol 1998; 11:154 - 6
- 2. Diamond M. Pediatric management of ambigüous and traumatized genitalia. J Urol 1999; 162: 1021 8.
- Schober J.M. Feminizing genitoplasty for intersex. In: Stringer M.D., De Mouriquand P, Oldham K.D.T., Howard E.R., editors. Pediatric Surgery Urology: Long-term outcomes. London: Saunders W.B.; 1998. P.549 - 56
- Intersex Society of North America. ISNA's recommendations for treatment. 2003. P. 63.
- 5. Creighton S.M. Minto C.L. Most vaginal surgery in childhood should Br Med J 2001; 323: 1264 5.
- Creighton S.M., Minto C.L., Steele S.J. Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminizing surgery for ambigüous genitalia done in childhood. Lancet 2001; 358: 124 5.
- 7. Araújo M. Sanches M.P., Suzuki L.A., Guerra-Junior

ний не отмечали. Всем детям устанавливали уретральный катетер соответственно возрасту и калибру уретры на 72 -168 часов, в среднем 120 часов (5 суток).

Все дети получали гормональную терапию, находились под лабораторным контролем гормонального фона (АКТГ, тестостерон, дегидротестостерон, ЛГ, ФСГ, эстрадиол) и наблюдались у эндокринолога. Значимой разницы в косметическом результате в зависимости от формы дисфункции коры надпочечников и возраста пациента не отмечено.

Заключение и выводы. В последнее время хирургическая коррекция наружных половых органов претерпевает изменения из-за важности и сложности современных требований, развития хирургической техники и операционного оборудования и инструментария.

По рекомендации Американской академии педиатрии хирургическая коррекция порочного развития наружных половых органов, как у мальчиков, так и у девочек должна проводится в раннем детском возрасте [4, 11].

По данным различных авторов косметические результаты после операции в раннем детском возрасте до 3 лет и у детей в возрасте 3-12 лет практически не отличаются, однако проведенный первый этап генитопластики в раннем возрасте в последующие годы приводил к оптимальному личностному формированию ребенка в половом дифференциальном аспекте по женскому типу [6, 9, 12].

Индикатором клинического контроля может служить состояние клитора после операции, в связи с его чувствительностью к адекватной гормональной заместительной терапии.

- G., Farah S.B., De Mello M.P. Molecular analysis of CYP-21 and C4 genes in Brazilian Med Biol Res 1996; 29: 1-13.
- 8. Miranda M.L., Oliveira-Filho A.G., Lemos-Marini S.H.V., Guerra-Junior G., Bustorff-Silva J.M. Labioscrotal island flap in feminising genitoplasty. J Pediatr Surg 2004; 39: 1030-3
- 9. Passerini-Glazel G. Feminizing genitoplasty. J Urol 1999; 161: 1592-3.
- 10. Schnitzer J.J., Donahoe P.K. Surgical treatment of congenital adrenal hyperplasia. 2001; 30: 137-54.
- American Academy of Pediatrics. Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. Committee on Genetics. Pediatrics 2000; 106: 138-42
- 12. Crouch N.S., Liao L.M., Woodhouse C.R., Conway G.S., Creighton S.M. Sexual function and genital sensitivity following feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia. J Urol 2008; 179: 634-84

VII. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР / КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ / CLINICAL CASES

УДК 616.6.617-006

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОПУХОЛИ МОЧЕТОЧНИКА

Авторы: С.М. Кусымжанов, О.М. Курмангалиев, Б.Г. Токтабаянов, Э.Н. Шумкова

Адрес: AO «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы,

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, г. Актобе

Резюме: В статье приводится описание клинического наблюдения молодой женщины с редким случаем

внутрипросветной опухоли мочеточника – кавернозной ангиомой. Авторами продемонстрирована целесообразность выполнения реконструктивно-пластической операции, приведшей к полному

восстановлению анатомо-функционального состояния почки и мочевых путей.

Ключевые слова: опухоль, мочеточник, уретероуретроанастомоз.

Аталуы: Несепағар ісігінде қолданылған мүшесақтау отасы

Авторлар: С.М. Құсымжанов, О.М. Құрманғалиев, Б.Г. Тоқтабаянов, Э.Н. Шумкова

Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы АҚ», Алматы қ.,

Тұжырым: Батыс Қазақстандық М. Оспанов атындағы мемлекеттік медициналық университеті, Актөбе қ.

Мақалада жас әйелдің несеп ағардың ішкі жарығы ісігінің – каверноздық ангиомамен клиникалық бақылауы берілген. Авторлар өңдеу-пластикалық отаны жасау мақсатында бүйрек пен зәр шығару

жолдарының анатомдық – функциональдық қалпын толық қайта келтіруді көрсетті.

Түйінді сөздер: ісік, несеп ағар, уретероуретоанастомоз.

Title: Sparing surgery of tumors of the ureter

Authors: S.M. Kussymzhanov, O.M. Kurmangaliyev, B.G. Toktabayanov, E.N. Shumkova

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.,

Summary: West-Kazakhstan state medical university named by M. Ospanov. Aktube c.

The article describes the clinical observation of a young woman with a rare case of intraluminal tumor ureter - a cavernous angioma. The authors demonstrated the feasibility of the implementation of reconstructive and

plastic surgery led to full restoration of the anatomical and functional state of kidneys and urinary tract.

Key words: tumor, ureter, ureterouretroanastomoz.

Опухоли мочеточников относятся к относительно редко встречающимся новооброзованиям мочевыводящих путей. Вместе с тем, некоторые авторы выделяют последние в отдельный раздел онкоурологии. Уротелиальные опухоли мочеточника имеют много специфических признаков, особенностей диагностики и лечения, что объясняет необходимость их отдельного обсуждения [1, 2].

Количество опухолей мочеточников заметно увеличивается, при этом доброкачественные образования (фиброзные полипы) составляют лишь 2,4%. Сосудистые опухоли мочеточника встречаются еще реже. Процесс, как правило, носит односторонний характер в виде одного или множества узелков. Размеры опухоли бывают различные от мелких до крупных. Со стенкой мочеточника сосудистая опухоль может быть связана как широким основанием, так и тонкой ножкой. Кавернозная гемангиома является преобладающим типом доброкачественных сосудистых опухолей верхних мочевыводящих путей. Макроскопически это темно-красное образование мягкой консистенции, губчатого строения,

различных размеров. Опухоль часто деформирует мочеточник или заполняет весь просвет. Изъязвления опухолей приводит к кровотечению [3].

При выборе лечебной тактики в основном рассматриваются органоуносящие и органосохраняющие методы операции. Органосохраняющий подход при опухолях нижней трети мочеточника основывается на таких критериях: опухоли дистального отдела мочеточника бывают преимущественно солитарными; возможный рецидив уротелиальной опухоли мочеточников локализуется только ниже, именно в мочевом пузыре; расширенные операции при таких локализациях не имеют никаких преимуществ; фиброзные полипы являются доброкачественными образованиями, строго локализованными [2].

О безопасности и оправданности проведения органосохраняющего лечения свидетельствуют данные многих исследователей [4, 5] свидетельствующие о отсутствии какихлибо серьезных послеоперационных осложнений, рецидивов и метастазов на протяжении более 5 лет.

Выбор объема операции зависит от локализации новообразования и его протяженности. Оптимальными являются резекция дистального отдела мочеточника с устьем и прямой анастомоз мочеточника в мочевой пузырь или резекция мочеточника по окружности с анастомозом конец-в-конец.

В качестве примера органосохраняющего хирургического лечения приводим клиническое наблюдение за молодой женщиной с редким случаем новообразования мочеточника с внутрипросветной его локализации.

Больная Ж., 18 лет поступила с жалобами на боли в низу живота, наличие примеси крови в моче в конце акта мочеиспускания. Из анамнеза известно, что указанные жалобы больная предъявляет в течение нескольких последних месяцев. Находилась на стационарном лечении в клинике медицинского цетра ЗКГМУ г. Актобе, где больной с диагностической целью произведена цистоскопия и взята на биопсии ткань образования исходящего из мочеточника. Результаты устья левого



биопсии - тяжелая дисплазия переходноклеточного эпителия, соединительная ткань. Для дальнейшего обследования и решения вопроса тактики лечения больная поступила в Научный центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пальпация живота и области поясницы безболезненна. В общем анализе крови: эритроциты — 4,04*1012; НВ — 124 г/л; тромбоциты — 300*109, лейк — 5,47*109, СОЭ — 20 мм/ч. Биохимический анализ крови без особенностей. В общем анализе мочи - эритроциты 3-4 в п/зр, лейкоциты 1-2 в п/пр.

При УЗИ почек: Правая почка без особенностей. Левая почка 107х58 мм, паренхима 20 мм, чашечки 11-14 мм, лоханка 28,7 мм, верхняя треть мочеточника расширена до 6,8 мм, Подвижность почек сохранена. Мочевой пузырь: V-420 мл, определяются признаки уретероцеле слева до 20 мм с расширением н/3 левого мочеточника до 14 мм. Остаточной мочи нет (рисунок 1).



Рисунок 1 - Ультрасонограммы почек (а) и мочевого пузыря (б) больной Ж. Расширение полостной системы левой почки и наличие образования в области устья левого мочеточника.

По данным экскреторной урографии слева отмечаются признаки умеренного расширения лоханки и мочеточника до мочевого пузыря с наличие протяженного дефекта в просвете мочеточника с уровня его средней трети до устья с переходом в полость мочевого пузыря (рисунок 2).

При выполнении компьютерного томографии - правая почка 97х45 мм, паренхима 17 мм, ЧЛС не расширен. Левая почка 106х50 мм, паренхима 18 мм, ЧЛС расширен. В просвете левого мочеточника определяется образование диаметром до

15 мм протяженностью от c/3 до мочевого пузыря и выступающее из устья в просвет мочевого пузыря размерами 18x10 мм (рисунок 3).

При проведении цистоскопии: В области устья левого мочеточника визуализируется образование с гладкой поверхностью, червеобразной формы, выступающее из устья. При перистальтических сокращениях мочеточника наблюдается пролабирование дистального конца опухоли в полость мочевого пузыря и ретроградно в просвет мочеточника (рисунок 4).





Рисунок 2 - Экскреторные урограммы больной Ж. Признаки пиелэктазии слева с наличием дефекта наполнения контрасного вещества в просвете мочеточника и мочевого пузыря.

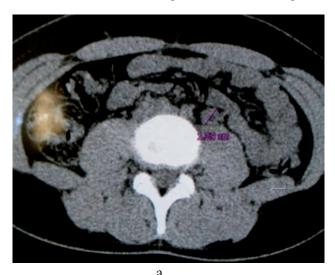
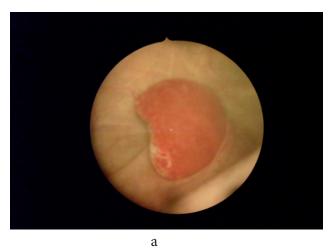
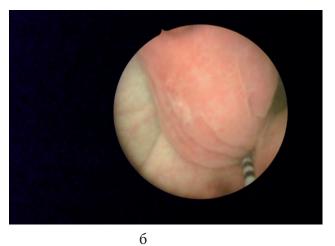




Рисунок 3 - Компьютерные томограммы мочеточников (а) и мочевого пузыря (б) больной Ж.





о Рисунок 4 - Цистоскопия больной Ж. Дистальный конец опухоли пролабирует из устья левого мочеточника (а). В устье мочеточника мимо опухоли введен катетер (б).

76

В просвет левого мочеточника ретроградно установлен катетер и произведена ретроградная уретеропиелография: Отмечается дефект наполнение просвета

мочеточника протяженностью до средней трети мочеточника, в лоханку и полостную систему почки контрастное вещество не проникает (рисунок 5).



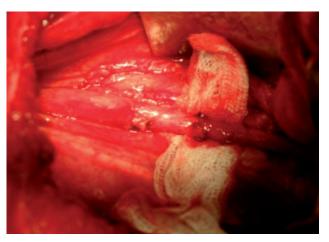
Рисунок 5 - Ретроградная уретеропиелография слева больной Ж.

На основании проведенного комобследования плексного больной выставлен клинический диагноз: Опухоль левого мочеточника. Вторичный уретерогидронефроз слева. Хронический пиелонефрит. Больной в плановом порядке произведена операция: Люмботомия слева, ревизия левого мочеточника, резекция фрагмента мочеточника окружности основанием опухоли,

уретероуретероанастомоз конец-в-конец с внутренним дренированием.

Во время операции обнаружено, что вся средняя и нижняя треть просвета мочеточника заполнена опухолевидным образованием, напоминающим длинный фиброзный полип с гладкой поверхностью. Основание опухоли исходит из задней стенки мочеточника в области средней его трети (рисунок 6).





.

Рисунок 6 - Этапы операции больной Ж. Стенка мочеточника вскрыта, опухоль "вывернута" наружу из просвета мочеточника (а). После резекции фрагмента мочеточника сформирован уретеро-уретероанастомоз конец-в-конец (б).

Произведена круговая резекция фрагмента стенки мочеточника пределах здоровой ткани отступя по 0,5 см от основания опухоли. Последняя с внутрипросветным ростом тонком основании, гладкой поверхностью, длиной 16 см с дистальной перетяжкой, образовавшейся вследствие периодического ущемления при пролабировании из устья в полость мочевого пузыря (рисунок 7).



Рисунок 7 - Больная Ж. Макропрепарат удаленной внутрипросветной опухоли мочеточника.

В просвет мочеточника в проксимальной дистальном направлениях установлен внутренний стент-катетер №7, (рисунок 8) после при помощи узловых чего викриловых атравматичных швов (5/0)сформирован косой уретероуретроанастомоз конец-в-конец. Операция завершена дренированием забрюшинного пространства и установкой постоянного уретрального катетера с целью профилактики пузырномочеточникового рефлюкса.

Послеоперационый период протекал гладко. Дренаж из забрюшинного пространства и уретральный катетер удалены на 3 и 4 сутки.

Гистологическое заключение: При опухоли микроскопическом исследовании последняя мочеточника cocmoum большого количества различных размеров тонкостенных сосудов, заполненных кровью В опухоли определяются пустых. округлые или неправильной формы полости

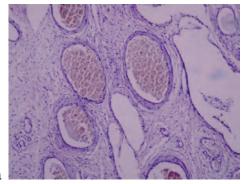


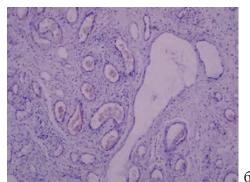
Рисунок 8 - Обзорная урограмма. Мочеточниковый стент слева.

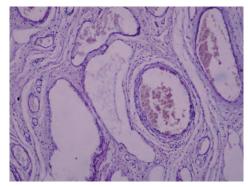
различных размеров выстланные эндотелием. Между ними располагаются пучки тонких коллагеновых эластических волокон. Капсула вокруг опухоли отсутствует. Наряду с этим отмечалось разрастание слизистого слоя опухоли мочеточника в виде сосочков (рисунок 9).

Патологоанатомический диагноз: Кавернозная ангиома мочеточника, папиллярный уретерит, хронический уретерит с выраженным склерозом стенки.

удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное наблюдение. Через три месяца больная поступила на контрольное обследование. больной удовлетворительное, Состояние жалоб не предъявляет. Анализы крови и мочи без особенностей. При проведении контрольной экскреторной урографии функция обеих почек своевременная удовлетворительная. Признаков нарушения оттока мочи из левой почки нет (рисунок 10).







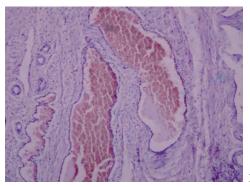


Рисунок 9 - Гистологическое исследование опухоли мочеточника больной Ж. Расширенные и полнокровные сосуды в опухоли мочеточника (а), мелкие и крупные сосуды в подслизистом слое опухоли (б), кавернозные сосуды в мышечном слое опухоли (в), сосуды расположенные у наружной оболочки опухоли мочеточника (г). Окраска гематоксилином и эозином х 200 НЕ





Рисунок 10 - Контрольные экскреторные урограммы с экспозицией 15 минут (а) и 45 минут (б) больной Ж. через три месяца после операции

При контрольной цистоскопии патологии со стороны мочевого пузыря не выявлено. Устье левого мочеточника серповидной формы, выброс мочи ритмичный, удовлетворительный (рисунок 11).

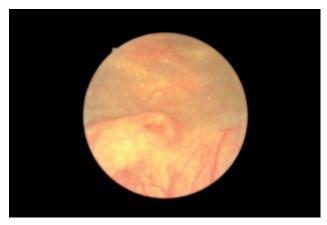


Рисунок 11 - Контрольная цистоскопия больной Ж. через три месяца после операции

Приведенное наблюдение представляет интерес в связи с большой редкостью возникновения заболевания. Особенностью наблюдения является длительная латентная многоуровневая неполная обструкция просвета мочеточника доброкачественной опухолью у молодой пациентки 18 лет, не приведшая к необратимым изменениям почки и верхних мочевых путей на стороне поражения. Несмотря на возможность проведения

Список использованных источников:

- 1. Поляничко М.Ф. Очерки оперативной и клинической онкоурологии. Ростов-на-Дону, 1991. С.45.
- 2. Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. Харьков, 1997. С. 392.
- 3. Stuppler S.A., Kandzaru S.J. Fibroepithelial polyps of ureter. Urology, 1975, v.5. P.553-558.

различных методов исследования, клинический диагноз и тактика лечения окончательно установлены лишь во время проведения хирургического вмешательства. Реконструктивная операция привела к полному восстановлению анатомо-функционального состояния почки и мочевых путей. При этом продемонстрирована целесообразность выполнения реконструктивно-пластической операции в подобных ситуациях.

- Anderstrom C., Johansson S.L., Petterson S., Wahlqvist L. Carcinoma of the ureter: A clinicopathology study of 49 cases. J.Urol. 1989, v.142. - P.280-283.
- Переверзев А.С. Органосохраняющие операции при опухолях почек и верхних мочевых путей. Урология, Киев, Вып. 19.-1985. - С.93-98.

УДК 616.65-007.61

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ - АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ УРЕТРОТОМИЯ И РЕЗЕКЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Авторы: Н.Б. Табынбаев, А.А. Алдешев, И.Ж. Валишаев, Е.К. Искаков

Адрес: Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме: Представлены результаты одномоментных операций на органах, расположенных в различных

анатомических областях - на сосудах сердца, уретры и предстательной железы. Одним из наиболее уязвимых из этих операций и необходимость регулирования реологических свойств крови каждого из них, как и в первом случае требует искусственного кровообращения и аортального пережатия, а второй восстановления кровотока. Тем не менее, первый опыт таких одномоментных операций на сосудах сердца и нижних мочевых путей, дает надежду на возможность дальнейшего развития в этом

направлении.

Ключевые слова: симультанная операция, аортокоронарное шунтирование, трансуретральная уретротомия, резекция

ДГПЖ.

Аталуы: Симультанды ота - аортокоронарлық шунттау, трансуретральды уретротомия және қуық асты безінің

катерсіз аденомасының резекциясы

Авторлар: Н.Б. Табынбаев, А.А. Алдешев, И.Ж. Валишаев, Е.К. Искаков

Мекен-жайы: Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Тұжырым: Мақалада әртүрлі анатомиялық аймақтарда орналасқан мүшелерде - жүрек тамырларында, уретрада

және қуық асты безіне жасалған симультанды ота нәтижелері көрсетілген. Сол сияқты оталардың осал жері оталық араласулардың өзі емес, әрқайсысында қан реологиясын реттеу қажеттілігі. Бірінші жағдайда жасанды қан ағымына көшу және аортаны қысу, ал екінші жағдайда қан ағымын қалпына келтіру. Осы қиыншылық жағдайларға қарамастан сол сияқты жүрек тамырларына және төменгі зәр жолдарына симультанды оталарды жүргізудің бірінші тәжірибесі бұл бағытта әрі қарай жұмыс жасау

мүмкіншілігі бар екендігіне үміттендіреді.

симультанды ота, аортокоронарлық шунттау, трансуретральды уретротомия, қуық асты безінің қатерсіз

Түйінді сөздер: аденомасының резекциясы.

Title: The simultaneous operation-coronary artery bypass surgery transurethral urethrotomy and resection benign

prostatic hyperplasia

Authors: N.B. Tabynbaev, A.A. Aldeshev, E.Zh. Valishaev, E.K. Iskakov

Address: Regional medical centre, Kyzylorda c.

Summary: The paper presents the results of the simultaneous operations on the organs located in different anatomical

regions - on the vessels of the heart, the urethra and prostate gland. One of the most vulnerable of these operations is not conducting themselves surgeries, and the need to regulate blood rheology of each of them, as in the first case requires cardiopulmonary bypass and aortic cross-clamping, and the second restoration of blood flow. However, the first experience of such simultaneous operations on vessels of the heart and lower urinary tract,

gives hope to the possibility of further developments in this direction.

Key words: simultaneous operation, coronary artery bypass grafting, transurethral urethrotomy, resection of BPH.

Актуальность. Симультанные оперативные вмешательства являются современной тенденцией в хирургии, целесообразность их выполнения практически не оспаривается.

Отдельные дискуссии возникают лишь по вопросам терминологии и классификации симультанных операций. Тем не менее весьма актуальны и в настоящее время

далеки от решения вопросы симультанных вмешательств и в гериатрической хирургии.

Возможность выполнения двух более операций у больного преклонного возраста до сих пор вызывают обоснованные сомнения - насколько оправдан риск такого вмешательства при наличии у пациента сопутствующих хронических заболеваний. Вместе с тем, отказ пожилому больному в плановой сочетанной операции на основании тезиса, что этому контингенту операция должна выполняться только по жизненным показаниям, может обернуться тяжелыми Новые последствиями. возможности этом направлении открываются в связи успехами современной анестезиологии реаниматологии, внедрением гериатрическую практику малоинвазивных хирургических технологий.

В структуре общей заболеваемости и летальности первое место занимают сердечнососудистые заболевания [1]. По данным Европейского кардиологического общества, более 50% летальности в развитых странах вызвано ишемической болезнью сердца (ИБС) [2, 3]. Казахстан наряду с некоторыми другими странами остается в лидирующих позициях по заболеваемости ИБС, которая приводит к инвалидизации и ежегодной смертности около 43000 больных [4]. Наряду с ИБС отличается рост частоты доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) [5].

В связи с тем, что при сочетанных заболеваниях поэтапные, разделенные определенными промежутками времени хирургические операции на одном

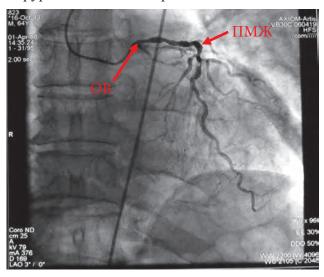


Рисунок 1 - Коронарография (субокклюзия передней межжелудочковой ветви и окклюзия огибающей ветви)

органе в ближайшем послеоперационном периоде могут сопровождаться тяжелыми осложнениями со стороны другого, оперированного органа, стали широко применяться симультанные операции на органах, расположенных в разных анатомических областях. Симультанные операции на желудке, печени, желчных путях, поджелудочной железе выполняются довольно часто. В то же время, выполнение симультанных операциий на органах, расположенных в различных анатомических областях, встречаются не часто. В частности, мы не встречали публикации по проведению симультанной операции на сосудах сердца, устранения стриктуры уретры и ДГПЖ.

Приводим собственное клиническое наблюдение: пациент Ж., 74 лет поступил в экстренном порядке в кардиохирургическое отделение с жалобами на жгучие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, одышку, купирующиеся не нитратами, затрудненное частое лезненное мочеиспускание, чувство неопо-Данные рожненного мочевого пузыря. обследования: при ультразвуковом исследовании и коронарографии имеется трехсосудистое поражение коронарного русла (рисунки 1 и 2).

На основании клинического осмотра, данных ультразвукового исследования, внутривенной урографии и восходящей уретроцистографии, компьютерной томографии установлен урологический диагноз: Структура мембранозного отдела уретры и ДГПЖ 2 степени.

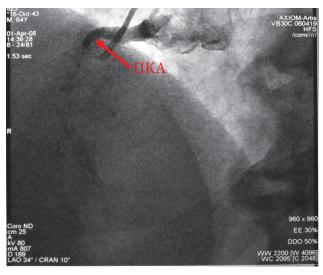


Рисунок 2 - Коронарография (окклюзия правой коронарной артерий)

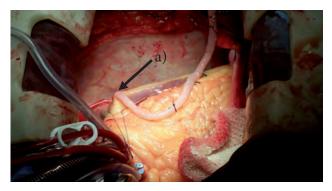
Больному выставлен полный клинический диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз. НК IIA. ФК III. Артериальная гипертензия. Стриктура мембранозного отдела уретры. ДГПЖ II ст. Хроническая задержка мочи. Вторичный пиелонефрит.

После предварительной подготовки больному была произведена симультанная операция - маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), аортокоронарное шунтирование с правой коронарной артерией и огибающей ветви (ОВ) в условиях искусственного кровообращения (рисунок 3),

продолжительность операции - 135 мин, искусственное кровообращение - 62 мин, пережатие аорты - 34 мин.

После завершения операции на сердце, сразу произведена операция - трансуретральное эндоскопическое иссечение стриктуры мембранозного отдела уретры и трансуретральная резекция ДГПЖ - 35 мин (рисунок 4).

Общая продолжительность операции составила 170 мин. Уретральный катетер Фоллея № 24 (трехходовый) удален на 4 сутки. На 10-е сутки больной в удовлетворительном состоянии был выписан для дальнейшего получения реабилитационного лечения.



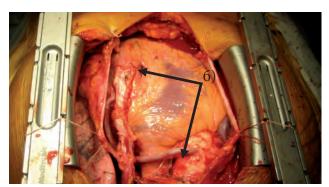


Рисунок 3 - Реваскуляризация миокарда (фото операции): а) дистальный аутовенозный анастомоз с огибающей ветвью; б) вид маммарокоронарного анастомоза и проксимального анастомоза





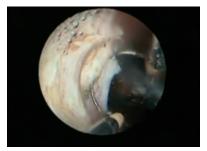


Рисунок 4 - ТУР ДГПЖ

Опыт проведенной симультанной операции у пациента с ИБС с сопутствующей патологией уретры и предстательной железы показывает перспективность выбранной нами тактики и лечения.

Внедрение в практику гериатрической хирургии малоинвазивных технологий и дифференцированный подход к методам обезболиванияпозволяютзначительноувеличить контингент пожилых больных, которым можно выполнить плановые симультанные операции. Данная тактика у пожилых людей позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений, как со стороны анестезиологи-

ческой, так и хирургической части, тем самым уменьшая пребывание пациента в стационаре и ранней активизацией пациента, что доказывает эффективность проводимого лечения. Это снижает экономические затраты по сравнению с поэтапным хирургическим лечением и значительно улучшает качество жизни этой категории больных.

Таким образом, первый опыт проведения симультанных операций на сосудах сердца и нижних мочевых путях позволяет надеяться на возможность дальнейшего развития тактических подходов при сочетанных поражениях.

Список использованных источников:

- Шумаков В.И. // кардиология в ежедневной практике, Алматы, 2006. - С. 14-16.
- 2. Новиков В.П., Бранд Я.Б. // Журнал «Альманах клинической медицины». М, 2007. С. 8-13.
- 3. Siavosh Khonsari // Cardiac surgery, 2008. P. 42.
- 4. Джусипов А.К. // «Значение модифицируемых факторов риска осложнений у больных артериальной гипертонией». Алматы, 2004.- С. 52.
- Алчинбаев М.К., Малих М.А. и др. // Биполярная трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы. - Алматы, 2008.- С. 48.

УДК 616.62-008.22.036-8

УРЕТРАНЫҢ ТОЛЫҚ ҚОСАРЛАНУЫ - ЗӘР ШЫҒАРУ ЖҮЙЕСІНІҢ СИРЕК КЕЗДЕСЕТІН АНОМАЛИЯСЫ

Авторы: Н.Б. Табынбаев, А.Т. Нурумов, К.Е. Медетбаев, А.Ж. Темирбаев

Адрес: Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме: В статье приводится клиническое описание, результаты обследования и обоснование хирургической

тактики у больного ребенка 6 лет с редкой аномалией развития нижних мочевых путей – полного

удвоения мочеиспускательных каналов.

Ключевые слова: аномалия развития, мочевыводящие пути, полное удвоение, диагностика.

Аталуы: Редкая форма аномалии развития нижних мочевых путей – полное удвоение уретры

Авторлар: Н.Б. Табынбаев, А.Т. Нурумов, Қ.Е. Медетбаев, А.Ж. Темірбаев

Мекен-жайы: Облыстық медицина орталығы, Қызылорда қ.

Тұжырым: Мақалада, төменгі зәр шығару жүйесінің сирек кездесетін аномалиясы - уретраның толық қосарлануымен

6 жастағы науқас баланың клиникалық сипаттамасы, тексерулер нәтижесі, хирургиялық көмекті негіздеу

көрсетіледі.

Түйінді сөздер: даму аномалиясы, зәр шығару жолдары, толық қосарлану, диагностика.

Title: A rare form of anomaly of development of the bottom uric ways - full doubling of the urethra

Authors: N.B. Tabynbaev, A.T. Nurumov, K.E. Medetbaev, A.Zh. Temirbaev

Address: Regional medical centre, Kyzylorda c.

Summary: In this article you can find clinical description, results of the examination and the reasoning of surgical tactics

which were used for a 6 years old sick child who suffered the rare anomaly of development of the bottom uric

ways - full doubling of the urethra.

Key words: anomaly of development, urinary tract, full doubling, diagnostics.

Өзектілігі. Зәр шығару каналының қосарлануында (удвоение) бір жыныс мушесінде және косарланған жыныс мушесінде (дифаллия) кездеседі. 3əp шығару каналының қосарлануы - төменгі зәр шығару жүйесінің өте сирек кездесетін туа пайда болған аномалиясы. Әлемдік эдебиетте барлығы 200 жағдай осы даму тіркелген. Уретраның акауымен толык косарлануы оданда өте сирек кездеседі, бұл кезде екі зәр шығару каналы екі бөлек қуыққа ашылады немесе зәр шығару каналы қуық асты безінде бір деңгейде қосылады. Бұл даму ақауын қалыптастыруға көптеген теориялар ұсынылды, бірақ бұл ақаудың эмбриогенезде қалыптасу механизмі әлі күнге дейін анықталған жоқ. Арнайы әдебиеттерге барасында, сараптама жасау келесідей пікірге тоқталдық: бұндай жағдай Қазақстан Республикасы бойынша бірінші рет кездесіп отыр.

Зерттеудің мақсаты. Балалардағы өте сирек кездесетін төменгі зәр шығару жүйесінің аномалиясы – зәр шығару каналының толық қосарлануына клиникалық сипаттама және

зерттеу нәтижесі.

Зерттеу әдістері мен нәтижесі. Біздің тәжірибемізде облыстық медицина орталығының балалар хирургиясы бөліміне 6 жастағы Ә.А. деген бала зәр шығару кезінде екі қосарлаған өзекпен екі жаққа шаптырып зәр шығаруына, шаптыру кезінде зәрдің бір бөлігі жоғарыға, екіншісі тіке шығуына шағымданып келіп түсті.

Анасының айтуы бойынша жоғарыдағы шағымдары баланы туылғаннан мазалайды, еш жерде тексерілмеген, қаралмаған. Өсіп дамуы жасы мен жынысына сай. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Сүйек-бұлшық ет жүйесі және ішкі мүшелер жағынан патология анықталған жоқ. Жалпы қан және зәр анализінде өзгеріс жоқ. Жергілікті: ұма және аталық безі жасына сәйкес дамыған, жыныс мүшесі қалыпты дамыған. Жыныс мүшесі басында екі өзек анықталады (1, 2 сурет).

Кіші дәреті екі өзек болуына байланысты екі бағытқа қарай шаптырып шығады. Зәр шығару кезінде екі каналдан бірдей шығады, ал болғаннан кейін қосымша каналдан зәр тамшылауы байқалған жоқ.



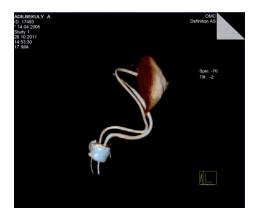
Сурет 1 - Уретраның сыртқы саңылауының көрінісі

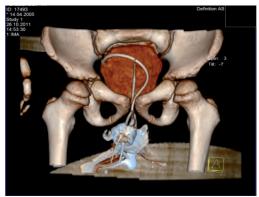
Наукаска контраст жіберу арқылы компьютерлі томограф аппаратында уретрография жасалынды: екі уретраға



Сурет 2 - Қосарланған уретраны катетеризациялау

да катетер арқылы ревизия жасаған кезде катетердің екеуі де қуыққа дейін толық және кедергісіз өтеді (3 сурет).











Сурет 3 - Контрасталық КТ арқылы уретраграфия

Оның бірі қуық асты безі проекциясы арқылы өтсе, екіншісі осының алдынан өтеді. Қосымша каналдың ұзындығы негізгі зәр каналымен тең. Екі зәр шығару каналында сфинктермен қамтамассыз етілген. Қосымша уретра қуыққа дейін созылып және оның толық сфинктері болғандықтан зәрін ұстау функциясы бұзылмаған.

Науқасқа балалар хирургия бөлімінде «Зәр шығару жүйесінің даму аномалиясы.

Уретраның толық қосарлануы» деген диагноз койылды.

Науқастың түскен кезде негізгі шағымдары зәрді екі канал арқылы шаптырып шығуына байланысты, дорсальды орналасқан уретраның сыртқы тесігіне меатотомия отасы жасалды. Отадан соң шағымының болмауын, сонын ішінде зәр шығару қиындықсыздығын, косымша каналдың орналасуы және диаметріне бірдей болғанын

ескере отырып, екі зәр шығару каналының анатомо-функциональды жағдайының бірдейлігін және бұзылмағанын негізге алып, реконструктивті-пластикалық отаны жасауға қазіргі кезде көрсеткіш жоқ деген шешім қабылданды.

Қорытынды. Қол жеткізген әдебиеттерде уретраның толық қосарлануы туралы мәліметтердің болмауы, төменгі зәр шығару жолдарының өте сирек кездесетін аномалиясы екенін дәлелдейді. Заманауи диагностика мүмкіндігінің толық клиникалық диагнозды

қоюда және әрбір қосарланған зәр шығару каналының функциональды жағдайын бағалауда, сонымен қатар осы аномалиядағы хирургиялық көмекте маңызы зор.

Қазіргі кезде шаптырып зәр шығаруға жасалған коррекция науқасты және анаанасын қанағаттандырды. Науқаста жыныстық жетілу кезеңінде осы аномалия қолайсыздық тудырып, уақыт өте реконструктивтіпластикалық ота қажеттілігі және жасалуы мүмкін.

VIII. ДӘРІСТЕР / ЛЕКЦИИ / LECTURES

УДК 616-008.9-61-0852/3

ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ИНГИБИТОРАМ ФДЭ-5 ТИПА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Авторы: С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов

Адрес: Российский университет дружбы народов, г. Москва

Ключевые слова: метаболический синдром, тестостерон, гипогонадизм, ингибитор ФДЭ-5.

Аталуы: Еркектердің метаболиялық синдромының ФДЭ-5 ингибиторлар түрінің төзімділігінен арылу

Авторлар: С.Ю. Калинченко, Л.О. Ворслов

Мекен-жайы: Ресейдің халықтар достығы университеті, Мәскеу қ.

Түйінді сөздер: метаболиялық синдром, тестостерон, гипогонадизм, ингибитор ФДЭ-5.

Title: Overcoming resistance PDE-5 inhibitors type in men with metabolic syndrome

Authors: S.J. Kalinchenko, L.O. Worslov

Address: Peoples' Friendship University, Moscow c.

Key words: metabolic syndrome, testosterone, hypogonadism, an inhibitor of PDE-5.

Метаболический синдром (МС) - распространенное заболевание в современном обществе, встречающийся у 35-39% взрослого населения в США [1].

МС ассоциирован с сердечнососудистыми и системными болезнями, а также вызывает целый ряд урологических проблем, подходить к лечению которых необходимо системно.

Тестостерон – ключевой гормон,

отвечающий за нормальное функционирование всех органов и систем и мочеполовой системы, в частности (рисунок 1). Тестостерон формирует либидо в период полового созревания, поддерживает его на протяжении репродуктивного периода и отвечает за расширение всех сосудов в организме, и сосудов полового члена в частности. Выработка NO – основного эндогенного вазодилятатора – тестостеронзависимый процесс.



Рисунок 1 – Органы мишени тестостерона

Секреция тестостерона у мужчин с ожирением и метаболическим синдромом снижена, что не только ведет к снижению либидо и развитию ЭД, но и снижает эффективность лечения ЭД ингибиторами ФДЭ-5 типа, что впервые были показано нами в 2003 году на пациентах с сахарным диабетом 2 типа, при одинаковой компенсации сахарного диабета пациенты с нормальным уровнем тестостерона получали адекватный

ответ при применении Виагры, а у пациентов с низким уровнем тестостерона не отмечалось улучшения эрекции при приеме Виагры. При этом ответ на прием Виагры восстанавливался при нормализации тестостерона. Данная работа впервые показала, что существуют способы повышения эффективности ингибиторов ФДЭ-5 типа и открыла новую эру – эру комбинированной терапии в лечении ЭД (рисунок 2).

286 — ДӘРІСТЕР



Рисунок 2 - Уровень тестостерона у пациентов с сахарным диабетом, отвечающих (Виагра +) и не отвечающих на прием Виагры (Виагра -)

1998 год – революционный год в истории медицины, ознаменованный появлением Виагры – первого представителя уникального класса препаратов ингибиторов ФДЭ-5 типа. Эффективность Виагры, как и появившихся позже других препаратов данного класса в лечении органической ЭД, по данным разных авторов, составляет 50-70% в зависимости от тяжести ЭД. Накопленный нами колоссальный опыт в лечении ЭД, в том числе тяжелых

форм на фоне сахарного диабета и метаболического синдрома, показывает, что системный подход, направленный на устранение всех патогенетических факторов, и, в первую очередь андрогенного дефицита, ведущих к возникновению ЭД позволяет добиться нормализации половой функции у 90-95%.

На рисунке 3 представлены основные устранимые причины, снижающие эффективность ингибиторов ФДЭ-5 типа.

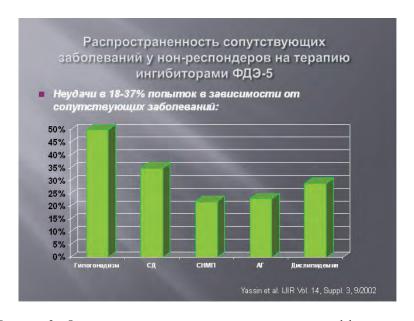


Рисунок 3 - Основные, устранимые причины, снижающие эффективность ингибиторов ФДЭ-5 типа

Более того, мы считаем, что оценивать успех в лечении ЭД необходимо не по опроснику МИЭФ, который является неплохим и удобным инструментом в диагностике ЭД,

а по шкале твердости эрекции (ШТЭ), по которой необходимо стремиться добиться у каждого пациента ШТЭ 3-4 (рисунок 4 и 5).

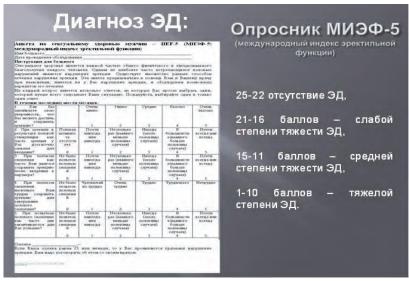
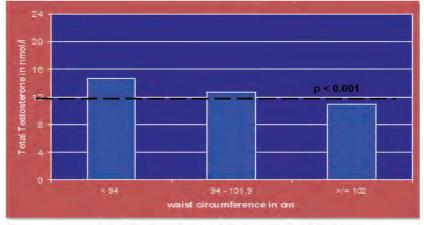


Рисунок 4 - Шкала твердости эрекции



Рисунок 5 - Шкала твердости эрекции – удобный инструмент в оценке эффективности терапии ЭД

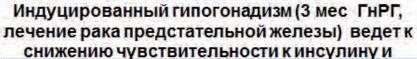


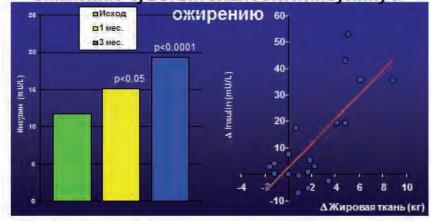


Svartberg J et al Europ J Epidemiol 19: 657-663 (2004)

Рисунок 6 – Окружность талии и уровень тестостерона

дәрістер





Smith JC et al. J Clin Endocrinol Metab 86(9): 4261-4267 (2001)

Рисунок 7 – Индуцированный гипоганадизм (3 мес ГнРГ, лечения рака предстательной железы) ведет к снижению чувствительности к инсулину и ожирению

Для понимания эффективности и целесообразности комбинированного лечения эректильной дисфункции ингибиторами ФДЭ-5 типа и андрогенами у пациентов с МС необходимо понимание патогенеза ЭД, вклада гипогонадизма в развитие ЭД и взаимосвязи гипогонадизма и МС.

Гипогонадизм и MC. Низкий уровень тестостерона достовер-но связан не только и

MC, но и с ожирением, как было показано в Tromps Study, у всех мужчин с окружностью талии более 102 см отмечается снижение секреции тестостерона (рисунок 6).

Мужчины с раком простаты, которые подвергаются долгосрочной терапии андрогенной депривации, имеют достоверно более высокую частоту МС, чем те, кто такой терапии не подвергается [2].

жировая ткань и тестостерон

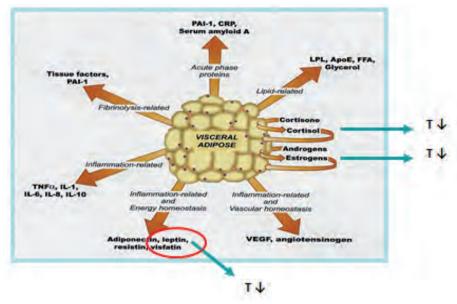


Рисунок 8 – Жировая ткань и тестостерон

Многочисленные исследования демонстрируют, что компоненты MC - артериальная гипертония, ожирение, гиперинсулинемия, СД 2 типа, гипергликемия, включая высо-

кий HbA1c, гипертриглициридемия, а также повышенный уровень С - РБ, и низкий уровень ЛВП связаны с низким уровнем тестостерона сыворотки крови [3-10].

Связующим звеном между гипогонадизмом и МС может, является лептин - белок, синтезируемый и секретируемый, главным образом, адипоцитами Isidori et al. продемонстрировали, что повышенный уровень лептина у мужчин с ожирением ведет к снижению секреции ЛГ – основного регулятора синтеза тестостерона [11].

Гипогонадизм у мужчин с МС может быть также следствием хронического воспаления, в связи с чем в клетках Лейдига наблюдается нарушение цепи трансформации холестерина под влиянием цитохрома Р450 (за счет способности ТNF-α и ИЛ-1 ингибировать стероидогенез, что ведет к уменьшению синтеза тестостерона [12].

Увеличенная жировая масса как компонент МС (IDF, 2005) может вносить вклад в формирование гипогонадизма через ароматазную активность. Ароматаза фермент жировой ткани, который участвует в необратимом преобразование тестостерона в эстрогены [13].

Таким образом, имеется однозначная связь между МС и гипогонадизмом, а компоненты МС, в том числе такие, как хроническое воспаление, повышенный уровень лептина, эстрогенов и ароматазной активности вносят существенный вклад в развитие гипогонадизма у мужчин с МС.

МС и эректильная дисфункция (ЭД).

Эрекция включает расширение пенильной артериальной сети, расслабление гладкомышечных трабекул и уменьшение венозного оттока, в результате чего происходит увеличение внутрикавернозного давления [14]. Эти события обусловлены NO-циклическим гуанозин-монофосфатным механизмом (цГМФ).

NO синтезируется в эндотелии пенильных артерий и кавернозных синусов под влиянием не-адренергических и нехолинергических нервов (NANC-система). Этот синтез катализируют NO-синтазы: эндотелиальная (eNOS) - более критический фактор в поддержании эрекции и нейрональная (nNOS) - наиболее критический фактор в инициации эрекции происходит конверсия L-аргинина в NO, который впоследствии проникает в гладкомышечные клетки кавернозных тел, где активизирует гуанилат-циклазу, которая конвертирует гуанозин-5-трифос-

фат (ГТФ) в цГМФ. цГМФ уменьшает внутриклеточный уровень кальция, что ведет к гладкомышечному расслаблению сосудов и релаксации кавернозных тел. цГМФ деградирует под влиянием ФДЭ-5 типа кавернозных тел, что приводит к детумесценции полового члена [15].

Несколько причин ведут к развитию ЭД при МС. В первую очередь, естественно, гипогонадизм, наблюдаемый при МС, ассоциация которого с сексуальной дисфункцией и ЭД хорошо известна. Согопа et al. показали, что чем ниже уровень тестостерона, тем тяжелее ЭД, более сниженно половое влечение, а также уменьшено количество ночных эрекций и частотыа сексуальных контактов. Чем старше возраст мужчины, тем вклад гипогонадизма в ращвитие ЭД сильнее [16].

Было продемонстрировано, что у мужчин старше 62 лет низкие уровни тестостерона коррелируют с уменьшенным пиком пенильной систолической скорости. Поскольку тестостерон увеличивает уровни экспрессии nNOS в кавернозных телах крыс, то гипогонадизм может приводить к уменьшению синтеза NO и прогрессированию ЭД [17].

Другой серьезной причиной ЭД при МС является атеросклеротическая болезнь, поскольку механизмы, нарушающие пенильную васкуляризацию, в данном случае одни и те же. Shamloul и et al. показали, что у мужчин старше 40 лет наличие артериальной васкулогенной ЭД было достоверно связано с ИБС, диагностированной с помощью кардиологических провокационных тестов [18].

Вlumentals et al. проанализировали данные о 12 825 мужчин в Integrated Health care Information Services National Managed Care Benchmark Database и показали в мультивариационном анализе, что мужчины с ЭД были почти вдвое чаще вероятными кандидатами для развития инфаркта миокарда, что наглядно свидетельствует о необходимости системного подхода к лечению ЭД [19].

Другие факторы риска атеросклероза, например, предшествующее или текущее курение, также связаны с ЭД. Связь между ИБС и ЭД не удивительна. Учитывая меньший размер пенильных сосудов

90 — дәрістер

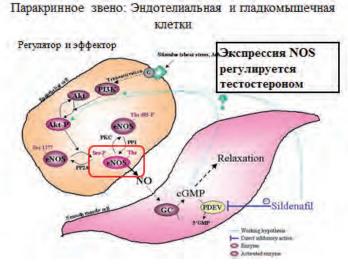


Рисунок 9 – Паракринное звено: Эндотелиальная и гладкомышечная клетки

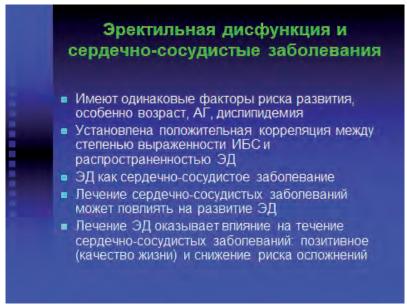


Рисунок 10 – Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания

ЭД – индикатор сердечно-

СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Выявление атеросклероза в кровеносных сосудах одной локализации повышает шанс найви его и в сосудах другой локализации. Атеросклероз артерий полового члена может проявляться в виде ЭД до того, как он проявится в

Рисунок 11 – ЭД-инкатор сердечно-сосудистых заболеваний

других артериях

дәрістер — 91

относительно диаметра коронарных артерий, атеросклеротические повреждения, прежде всего, нарушают пенильный кровоток, поэтому симптоматическая ЭД может быть предшественником сердечно-сосудистых заболеваний [20]. Фактически многие исследователи говорят, что ЭД может служить маркером ранней сосудистой болезни у мужчин, поэтому мы считаем что необходимо раннее выявление ЭД. Имея в наличии уникальный класс препаратов - ингибиторов ФДЭ-5 типа, мы считаем, что каждый мужчина должен периодически проводить диагностический Виагра-тест самотестирование, определять состояние эрекции с препаратом и без препарата. Если отмечается существенное улучшение эрекции при приеме препарата – необходимо выявлять причину ЭД и подходить системно к ее лечению, в том числе с применением ингибиторов ФДЭ-5 типа на регулярной основе.

Новая концепция курсового назначения ингибиторов ΦДЭ 5 типа c лечения эндотелиальной дисфункции предупреждения развития осложнений сердечно сосудистых заболеваний достаточно интересна, данная концепция полностью меняет наши старые представления о ингибиторах ФДЭ-5 типа в лечении ЭД как симптоматической терапии и переводит ее в патогенетическую терапию. Отрадно, что данная концепция уже нашла отражение в европейских рекомендациях по лечению артериальной гипертензии, однако мало кто из терапевтов и кардиологов используют уникальный класс препаратов ЭТОТ только в лечении артериальной гипертонии, но и в лечении ЭД. Более того, до сих пор в лечении артериальной гипертонии доминируют препараты, ухудшающие эрекции, а следовательно усугубляющие эндотелиальную дисфункцию, что на наш взгляд недопустимо!

Проведенные исследования с Силденафилом (Виагрой) продемонстрировали, что регулярный прием Виагры в течении года позволяет не только полностью вылечить ЭД (после курсового лечения пациенты далее не нуждались в последующем приеме Виагры) в 80% случаев, но и уменьшить риск развития сердечно сосудистых осложнений у пациентов с ИБС.

Благодаря многочисленным исследованиям, продемонтрировавших не только сердечно-сосудистую безопасностью, но и положительное влияние на сердечно-сосудистую систему Силденафил введен в стандарт лечения ЭД у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [21]. А препарат «Ревацио» (силденафил в дозировке 20, 40 и 80 мг перорально х 3 раза в день) одобрен FDA и ЕМЕА в 2005 для лечения легочной артериальной гипертензии в качестве монотерапии.

В дополнение к уменьшенному потоку крови, атеросклероз может фактически активно привести к структурным изменениям в половом члене. Лабораторные модели тазовой ишемии на животных выявили подобные структурные изменения в мочевом пузыре и простате, также как и ткани полового члена [22].

Атеросклероз, эндотелиальная дисфункция и другие факторы МС могут приводить к снижению активности NOS и впоследствии к ЭД. Yono et al. показали, что у спонтанно гипертензивных крыс (SHR) уменьшалась пенильная циркуляция, что было связано с выраженным угнетением пенильных nNOS и eNOS и одновременным увеличением экспрессии инактивирующей iNOS по сравнению с крысами из группы контроля [23].

Хроническое воспаление, наблюдаемое при МС, может также вносить вклад в этот процесс. Отмечается, что сывороточный уровень С - РБ обратно связан с уровнем синтеза NO и непосредственно коррелирует с пенильной ишемией, оцененной по данным пенильной доплерографии. Повышение уровня iNOS, ассоциированного с ЭД, было предварительно выявлено на животных моделях, и его повышение наиболее было выраженным при повышении уровней ИЛ-1β, ИЛ-6, и TNF-α [24].

Заключение.

В клинической практике врач может столкнуться с необоснованной неэффективностью ингибиторов ФДЭ 5 типа у пациентов с ЭД на фоне МС в качестве монотерапии в связи с недостаточным синтезом NO, котрая в большинстве случаев преодалима. Ингибиторы ФДЭ-5 типа — уникальный крайне эффективный класс препаратов с известным механизмом действия, направленным на про-

92 — дәрістер

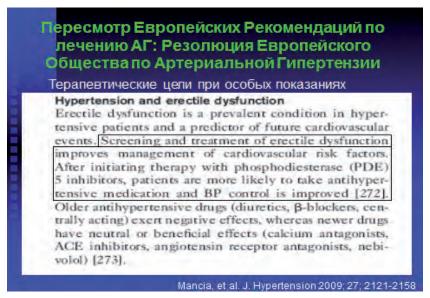


Рисунок 12 – Резолюция Европейского общества по Артериальной гипертензии



 Регулярный прием Виагры может приводить к восстановлению эректильной функции.

Рисунок 13 – Показатель прием ингибиторов ФДЭ-5 при эректильной дисфункции



Рисунок 14 – Эффективность Виагры при сердечно-сосудистых заболеваниях

дәрістер — 93

лонгацию дейстивя NO. Следовательно, все мероприятия, направленные на усиление синтеза NO, будут повышать эффективность ингибиторов и восстанавливать, в ряде случаев, их эффективность.

Следовательно, в случае так называемой «резистентности» к ингибитором ФДЭ-5 типа у всех мужчин с ожирением и МС необходимо определять:

- содержание тестостерона,

- окружность талии,
- содержание триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности,
- уровень hba1c,
- показатели артериального давления и про-водить комплексную терапию, прежде всего направленную на ликвидацию андрогенного дефицита, до нормализации вышеперечисленных показателей (нормативные показатели приведены в таблице 1)

Таблица 1 - Нормативные показатели некоторых составляющих МС, достижение которых повышает эффективность терапии ЭД ингибиторами ФДЭ-5 типа

Показатель	Норма	
Окружность талии	Менее 94 см	
Показатель артериального давления	САД ≤ 130 и ДАД ≤ 85 мм рт. ст.	
Уровень НВА1с	Менее 6%	
Уровень ЛВП	>1.03ммоль/л (40 мг/дл)	
Уровень триглицеридов	<1.70 ммоль/л (150 мг/дл)	

Прием ингибиторов, даже при их «неэффективности» не следует отменять. Напротив, целесообразно курсовое, в течение 2 – 3 месяцев, – независимо от желания близости – назначение препаратов

в минимальных дозах и преодаления резистентности за счет устранения известных факторов негативно влиящих как на половую функцию, так на лечение ЭД, среди которыъ на первом месте стоит андрогенный дефицит.

Список использованных источников:

- Golden S.H., Robinson K.A., Saldanha I., and et al. Clinical review: prevalence and incidence of endocrine and metabolic disorders in the United States: a comprehensive review. J. Clin Endocrinol Metab. 2009; 94: 1853–1878. [PubMed]
- 2. Kupelian V., Hayes F.J., Link C.L., et al. Inverse association of testosterone and the metabolic syndrome in men is consistent across race and ethnic groups. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93: 3403–3410. [PMC free article] [PubMed]
- 3. Khaw K.T., Barrett-Connor E. Blood pressure and endogenous testosterone in men: an inverse relationship. J Hypertens. 1988; 6:329–332. [PubMed]
- Phillips G.B., Jing T., Heymsfield S.B. Relationships in men of sex hormones, insulin, adiposity, and risk factors for myocardial infarction. Metabolism. 2003; 52: 784–790. [PubMed]
- Haffner SM, Valdez RA, Mykkänen MP, et al. Decreased testosterone and dehydroepiandrosterone sulfate concentrations are associated with increased insulin and glucose concentrations in nondiabetic men. Metabolism. 1994;43:599– 603. [PubMed]
- Selvin E, Feinleib M, Zhang L, et al. Androgens and diabetes in men: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) Diabetes Care. 2007; 30:234–238. [PubMed]
- Svartberg J., Jenssen T., Sundsfjord J., Jorde R. The associations of endogenous testosterone and sex hormone-binding globulin with glycosylated hemoglobin levels, in community dwelling men. The Tromsø Study. Diabetes Metab. 2004; 30:29–34. [PubMed]
- 8. Atlantis E., Martin S.A., Haren M.T., et al. Demographic, physical and lifestyle factors associated with androgen status: the Florey Adelaide Male Ageing Study (FAMAS) Clin Endocrinol (Oxf) 2009; 71:261–272. [PubMed]

- Kapoor D., Clarke S., Stanworth R., et al. The effect of testosterone replacement therapy on adipocytokines and C-reactive protein in hypogonadal men with type 2 diabetes. Eur. J. Endocrinol. 2007; 156:595–602. [PubMed]
- Laaksonen D.E., Niskanen L., Punnonen K., et al. Sex hormones, inflammation and the metabolic syndrome: a population-based study. Eur J Endocrinol. 2003; 149:601–608.
 [PubMed]
- 11. Isidori A.M., Caprio M., Strollo F, et al. Leptin and androgens in male obesity: evidence for leptin contribution to reduced androgen levels. J Clin Endocrinol Metab. 1999; 84:3673–3680. [PubMed]
- 12. Kalyani R.R., Dobs A.S. Androgen deficiency, diabetes, and the metabolic syndrome in men. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2007; 14:226–234. [PubMed]
- 13. Cohen P.G. Obesity in men: the hypogonadalestrogen receptor relationship and its effect on glucose homeostasis. Med Hypotheses. 2008; 70:358–360. [PubMed]
- 14. Andersson K.E., Wagner G. Physiology of penile erection. Physiol Rev. 1995; 75:191–236. [PubMed]
- Rajfer J, Aronson W.J., Bush P.A., et al. Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission. N Engl J Med. 1992; 326:90–94. [PubMed]
- 16. Corona G., Mannucci E., Ricca V., et al. The agerelated decline of testosterone is associated with different specific symptoms and signs in patients with sexual dysfunction. Int J Androl. 2009; 32:720–728. [PubMed]
- 17. Reilly C.M., Zamorano P., Stopper V.S., Mills T.M. Androgenic regulation of NO availability in rat penile erection. J Androl. 1997; 18:110–115. [PubMed]
- 18. Shamloul R., Ghanem H.M., Salem A., et al. Correlation between penile duplex findings and stress electrocardiogra-

94 — ДӘРІСТЕР

- phy in men with erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2004; 16:235–237. [PubMed]
- 19. Blumentals W.A., Gomez-Caminero A., Joos S., Vannappagari V. Should erectile dysfunction be considered as a marker for acute myocardial infarction? Results from a retrospective cohort study. Int J Impot Res. 2004; 16:350–353. [PubMed]
- 20. Montorsi P., Montorsi F., Schulman C.C. Is erectile dysfunction the "tip of the iceberg" of a systemic vascular disorder? Eur Urol. 2003; 44:352–354. [PubMed]
- Медикаментозное лечение ЭД у больных с сердечнососудистыми заболеваниями: Рекомендации, Согласительный комитет экспертов – участников международной конференции по сексуальной активности

- и сердечному риску, Принстонский Университет 1999 г. DeBusk et al. Am J. Cardiol.2000; 86: 175- 181.
- 22. McVary K. Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction: epidemiology and pathophysiology. BJU Int. 2006; 97(suppl 2):23–28. Discussion 44–45. [PubMed]
- 23. Yono M., Yamamoto Y., Imanishi A., et al. Differential effects of prazosin and naftopidil on pelvic blood flow and nitric oxide synthase levels in spontaneously hypertensive rats. J Recept Signal Transduct Res. 2008; 28:403–412. [PubMed]
- 24. Azadzoi K.M., Master T.A., Siroky M.B. Effect of chronic ischemia on constitutive and inducible nitric oxide synthase expression in erectile tissue. J Androl. 2004; 25:382–388. [PubMed]

ДӘРІСТЕР ——————95

IX. ШОЛУЛАР / ОБЗОРЫ / REVIEWS

УДК 616.62-002-002-084

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ИММУННОМ БЕСПЛОДИИ

Авторы: А.Т. Аубакирова, С.Т. Алиева, Л.М. Наими, С.М. Дуйсенбаева, Г.Д. Есполова Адрес: АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», г. Алматы

Резюме: Аутоиммунное мужское бесплодие встречается намного чаще, чем у женщин, и обусловлено оно

образованием в организме антиспермальных антител (ACAT). ACAT являются иммуноглобулинами изотипов IgG, IgA и/или IgM. Количество таких антител исследуют с помощью MAR-теста (Mixed agglutination reaction), посткоитального теста, Immunobead-теста, теста латекс-агглютинации и др.

Ключевые слова: иммунное бесплодие, MAR-тест, антиспермальные антитела, посткоитальный тест.

Аталуы: Антиспермалық антиденелерді иммундық бедеуде анықтау әдістерін А.Т. Аубакирова, С.Т. Алиева, Л.М. Наими, С.М. Дуйсенбаева, Г.Д. Есполова Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ.

Тұжырым: Аутоиммунндық еркектік бедеу әйелдерге қарағанда жиі кездеседі, ол ағзада антиспермалдық

антиденелерді пайда болуына байланысты (ACAT). ACAT иммуноглобулиндердің IgG, IgA және IgM изотиптері болып табылады. Осындай антиспермалдық антиденелерді MAR-тест (Mixed agglutination reaction), посткоиталдық тест, Immunobead-тест, латекс-агглютинациялық және тағы басқа әдістерімен

тексеруге болады.

Түйінді сөздер: иммундық бедеулік, МАЯ-тест, антиспермальді антидене, посткоитальді тест.

Title: Methods of determination of antisperm antibodies at immune sterility
Authors: A.T. Aubakirova, S.T. Alieva, L.M. Naimi, S.M. Duisenbaeva, G.D. Yespolova

Address: JSC «Scientific centre of urology named after academician B.U. Dzharbussynov», Almaty c.

Summary: Autoimmune masculine sterility meets far more often, than for women, and it is conditioned by education in the

organism of antisperm antibodies (ASAB). ASAB are the immunoproteins of isotypes of IgG, IgA and/or IgM. The amount of such antibodies is investigated by means of MAR - test (Mixed agglutination reaction), after

coits of test, Immunobead - test, test of latex-aglutination and other.

Key words: immune infertility, MAR-test, antisperm antibodies, postcoital test.

Ученые уже давно доказали, что мужское бесплодие встречается не реже, чем женское. Если не получилось зачать ребенка в течение года полноценной половой жизни без предохранения, то вероятность, что проблемы с репродуктивной системой имеются именно у мужчины, составляет около 45% [1].

Наиболее часто встречающиеся причины мужского бесплодия (ВОЗ, 1993):

- 1. Варикоцеле расширение вен яичка и семенного канатика (специального канала для вывода спермы, расположенного в мошонке). В результате варикоцеле повышается температура в яичках, происходит нарушение их работы, а, значит, повреждаются сперматозоиды 15% случаев.
- 2. Травмы и дефекты половых органов мужчин (неопущение и перекручивание яичек) 10-12%.
- 3. Инфекционные заболевания в первую очередь те, которые передаются половым путем: гонорея, сифилис, хламидиоз, трихомониаз и т.д. Но хуже всех половых инфекций действует на мужчин обычная детская болезнь «свинка» 10% случаев.
 - 4. Воспаление мужских мочеполовых

органов, например, предстательной железы (простатит) или мочеиспускательного канала (уретрит).

- 5. Сексуальные нарушения: нарушения эрекции, преждевременное семяизвержение и др.
- 6. Иммунологические нарушения: при сбое иммунитета в организме начинается выработка особых веществ, которые способны повреждать собственные сперматозоиды.
- 7. Гормональные нарушения, например, дефицит мужского полового гормона тестостерона.
- 8. Наконец, мужское бесплодие может быть вызвано целым рядом внешних причин: психоактивные вещества (алкоголь, табак, наркотики, некоторые медикаменты), плохая экология (радиация, пестициды, недостаток витамина С и цинка) и даже просто неаккуратное обращение с собственным организмом (слишком тугая одежда, частое посещение сауны, чрезмерное усердие в спортивных занятиях) и т.д. [2].

На иммунное бесплодие приходится около 10% всех бесплодных браков. Мужское бесплодие такого типа встречается намного

96 ШОЛУЛАР

чаще, чем у женщин, и обусловлено оно образованием в организме антиспермальных антител (ACAT).

Иммунное бесплодие бывает двух видов:

- иммунное бесплодие;
- аутоиммунное бесплодие.

Иммунное бесплодие это состояние, при котором организм женщины вырабатывает антитела к сперматозоидам полового партнера, а аутоиммунное бесплодие это состояние при котором организм мужчины вырабатывает антитела к своим собственным сперматозоидам. В первом случае надо помогать женщине, а во втором мужчине.

Как возникает аутоиммунное бесплодие у мужчины - до периода начала полового созревания клетки предшественники сперматозоидов так называемые спермициды, располагают обычным набором хромосом, 46ХУ. При наступлении пубертата запускается механизм мейоза, клеточного деления, при котором в финальном этапе деления клетки получаются не две с одинаковым набором 46ХУ, а четыре 23Х-23У-23Х-23У.

В норме эта группа клеток отделена специальным барьером, не позволяющем иммунной системе распознать «ненормальное» количество хромосом. В результате ряда причин – хронические воспалительные заболевания, кистозные трансформации, травмы и т.д., этот барьер может нарушаться и тогда начинает вырабатываться антиспермальные антитела [3, 4].

Присутствие АСАТ препятствует подвижности сперматозоидов, кроме того, антиспермальные антитела способствуют их агглютинации. Как итог, сперматозоиды не могут проникнуть в матку, минуя цервикальный канал, из-за чего происходит нарушение акросомальной реакции. А без неё невозможно осуществить даже экстракорпоральное оплодотворение. По различным сведениям, АСАТ присутствуют у 20-40 % мужчин - представителей бесплодных супружеских пар, где бесплодие регистрируется у одного или обоих супругов [5].

Ещё одна серьёзная причина возникновения антиспермального иммунитета различные урогенитальные инфекции. Считается, что образование антиспермальных антител на фоне инфекционных заболеваний обусловлено способностью вирусных, бактериальных и грибковых организмов цепляться к мембране самих сперматозоидов, вызывая при этом перекрестные реакции. Именно тогда организм вырабатывает антитела, направленные не только против возбудителей инфекции, но и против сперматозоидов [6].

МАR-тест. Антиспермальные антитела являются иммуноглобулинами изотипов IgG, IgA и/или IgM. У мужчин они образуются в яичках, их придатках, в семявыносящих протоках и направлены противантиген мембраны разных частей сперматозоида - головки, хвоста, средней части или их комбинации.

Количество таких антител исследуют с помощью MAR-теста (Mixed agglutination reaction). Этот тест определяет отношение (процент) нормальных активно-подвижных сперматозоидов, но покрытых антиспермальными антителами, к общему количеству сперматозоидов с теми же характеристиками. В стандартной спермограмме такие сперматозоиды расцениваются как совершенно нормальные. Но, на самом деле, они выключены из оплодотворения.

Положительный MAR-тест является условным критерием иммунологического бесплодия у мужчин. По типу исследуемых антител разделяются на MAR IgA и MAR IgG.

По требованиям Всемирной Организации Здравоохранения МАR-тест проводится одновременно с анализом эякулята (спермограммой). Исследуемый материал (сперма) собирается тем же способом, что и спермограмма. Можно сразу сдать один эякулят на проведение и спермограммы, и маг теста.

Показатели теста до 10% считаются нормой. От 10% до 50% - повод заподозрить патологию, в этом случае обычно назначают дополнительное обследование. И, наконец, превышение показателя в 50% - явно выраженный иммунный фактор бесплодия.

Если у пациента имеются признаки нарушения подвижности сперматозоидов или ярко выраженной патоспермии, то назначается ещё один анализ спермы (ИФА-тест), целью которого является исследование имеющихся в крови и сперме антиспермальных антител. Выполнение подобного теста рекомендуется также при азооспермии неясного генеза для того, чтобы определить является ли она обструктивной или нет [7, 8].

ШОЛУЛАР —————97

Посткоитальный тест - позволяет определить степень реакции сперматозоидов на слизь, которой покрыта шейка матки. Он осуществляется двумя способами: in vivo (проба Шуварского-Симса-Хюнера) и in vitro (проба Курцрока-Миллера). Оба метода выполняются перед овуляцией на протяжении суток после полового акта. Первый случай подразумевает исследование содержимого шейки матки и влагалища супруги. Второй анализ спермы и слизи, взятой из шейки матки. Снижение активности сперматозоидов является отрицательным результатом теста. Следует учитывать факт, что посткоитальный тест далеко не всегда является абсолютно достоверным [7].

Immunobead-тест. Данный тест проводится аналогично MAR-тесту. Спектры антител, выявляемых в ходе этих тестов, в некоторых случаях являются различными, поэтому результаты анализов спермы у одного и того же мужчины могут иметь расхождения [6].

Список использованных источников:

- 1. Андрология. Клинические рекомендации. М.: Медпрактика, 2007. С. 134.
- Сагалов А.В. Амбулаторно-поликлиническая андрология. М: Медицинская книга; 2003; 237.
- 3. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. Л.: Медицина, 1999; С. 431.
- Першуков А.И. Варикоцеле и некоторые вопросы мужского бесплодия. Киев: «Спутник-1». -2002. – С. 256.
- 5. Добрачева А.Д., Корякин М.В. и др. / Атлас морфологи-

Тест латекс-агглютинации. Этот тип теста разработан немецкими иммунологами, и в нашей стране является наименее исследованным. Преимущество теста - можно напрямую определить наличие АСАТ в сперме, плазме крови или слизи. Кроме того, тест латекс-агглютинации обладает высокой чувствительностью. При этом спектр антител, выявленных в результате данного метода, может отличаться от результатов тестов МАR и immunobead, поэтому, как правило, все типы тестов лучше использовать в качестве взаимодополняющих [4-6].

Возможно определение уровня IgA, IgG и IgM против антиспермальных антигенов мембраны сперматозоидов в эякуляте методом проточной цитофлуорометрии. Этот метод является наиболее информативным, но широко еще не применяется. В этом случае изучаются отмытые сперматозоиды. Превышение референсных значений норм говорит о возможном иммунологическом бесплодии [8].

- ческих форм сперматотозоидов. Москва. 2006. C. 96
- 6. Munuce M. and all. Relationship between Antisperm Antibodies, Sperm Movement and Semen Quality. Urologia Internationalis, 2000, vol. 65, P. 200 203.
- 7. Лифшиц В.М., Сидельникова В.М. Медицинские лабораторные анализы: Справочник. М.: Триада-Х. 2000. С. 312.
- 8. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. Москва.: Геотар-Медиа. 2009. С. 614.

198 — ШОЛУЛАР

X. ХАБАРЛАУЛАР / ОБЪЯВЛЕНИЯ / ANNOUNCEMENT

АО «Научный центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова» Министерства здравоохранения Республики Казахстан планирует проведение XII Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ «Современные проблемы теоретической и клинической медицины», посвященной 80-летию Академика Б.У. Джарбусынова, которая будет проходить 11 мая 2012 года в г. Алматы.

В рамках Конференции планируются выступления с лекциями ведущих урологов стран СНГ и проведение обучающего семинара для молодых врачей-урологов.

Также будет организован Конкурс молодых ученых. По итогам предварительного конкурсного отбора будут выбраны 15 научных работ, которые примут участие в конкурсе. К участию в работе конференции приглашаются молодые ученые в возрасте до 40 лет

Направления конференции включает разделы:

- Современные аспекты экспериментально-теоретической и социальной медицины.
- Новые технологии в клинической медицине.
- Вопросы совершенствования диагностики и лечения заболеваний мочеполовой системы.

Материалы Конференции будут опубликованы в Сборнике трудов XII Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ.

- 1. Тезисы докладов представляются на казахском, русском, английском языках. Текст должен содержать следующие разделы: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и заключение. Тезисы необходимо выслать по электронной почте urology_kz@mail.ru или представить на электронных носителях до 10 апреля 2012 года по адресу: 050060, г. Алматы, ул. Басенова 2.
- 2. Текст должен быть набран в программе Word, Times New Roman 14, через 1 интервал, не более 3-х страниц (формат листа A4) и может содержать таблицы (без рисунков). Сокращения должны быть расшифрованы в тексте.
- 3. Название файла дается по фамилии первого автора и номера работы (если автор представляет несколько работ).
- 4. Заголовок оформляется следующим образом: первая строчка название работы прописными буквами; вторая инициалы и фамилия (ии) автора (ов) (фамилия докладчика должна быть подчёркнута); третья строчка полное название организации, город, далее текст статьи.
- 5. На отдельном листе необходимо указать: полностью фамилию, имя и отчество каждого автора, ученую степень и звание, адрес для переписки и телефон.
- 6. Работы, не соответствующие требованиям, не рассматриваются и не возвращаются (в том числе и для исправления).
- 7. Материалы принимаются и публикуются бесплатно.

Просим Делегатов Конференции заполнить и прислать на эл. aдрес: urology_kz@mail.ru регистрационную карточку.

Заявки для выступления с докладом принимаются до 10 апреля 2012 года.

Оргкомитет оставляет за собой право отбора докладов.

Информация о Конференции размещена на сайте Научного центра урологии им. академика Б.У. Джарбусынова M3 PK www.urology.kz

По всем вопросам и за получением дополнительной информации обращаться по телефону 8 (727) 337-84-92, факс: 8 (727) 337-84-97, e-mail: urology_kz@mail.ru - заместитель генерального директора по научно-исследовательской деятельности доктор медицинских наук Медеубеков Улугбек Шалхарович.

Регистрационная карточн	а делегата Конференции	
Фамилия, имя, отчество ((полностью)	
Место работы, должност	ь Ученая степень, ученое зван	ие
Прошу зарегистрировать	меня как делегата Конференц	ии
Размещение в гостинице:	Нуждаюсь Не нужда	нось
Дата приезда	Дата отъезда	
Адрес:	телефон	факс
E-mail: Назва	ние доклада	

КОЛЖАЗБАЛАРДЫҢ РӘСІМДЕУІНІҢ ЕРЕЖЕЛЕРІ:

Қолжазбалар қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде қабылданады және түпнұсқа тілінде жарияланады.Қолжазбалар материалдары, әдебиеттер тізімімен қоса, компьютерде терілген Times New Roman шрифтімен (орыс және ағылшын тілінде) және Times Kaz (қазақ тілінде) 14 кегль, біржарым жол аралық интервал, тасымалдауларсыз, барлық жақтан параметрлері -2 см болуы керек. Басып шығарумен толық сәйкес келетін, мақаланың электрондық нұсқасы болуы керек. Файл, тегі және бірінші автордың әкесінің және өзінің атының бірінші әріптері бойынша аталады.Қолжазбалар көлемі: ғылыми мақала - 4-5 беттен аспайтын, клиникалық жағдайлар -3-4 бет, тезис баяндамалары -2 беттен аспайтын, шолу, лекция – 8 беттен аспауы керек. Бірінші бетінде көрсетіледі: 1. Мақалалар атауы (бас әріппен, жуан шрифт); 2. Өзінің және әкесінің атының бірінші әріптері және автордың (-лардың) тегі (бас әріппен); 3. Жұмыс орны (қысқартусыз); қаласы; елі. Мақала келесі бөлімдерден тұру керек: 1. Өзектілігі, зерттеу мақсаттарының нұсқауымен; 2. Материалдар және әдістер; 3. Нәтижелер және талқылау; 4. Қорытындылар; 5. Әдебиет (мақалада міндетті түрде реттік нөмерлерге сәйкес сілтемелер болу керек); б. Түйіндеме. Жоғарғы оң жақ бұрышында мақала ЖОЖ (Жан-жақты ондық жіктеуі) беріледі. Қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде түйіндемелер (мақала атының аудармасы, автордың Т.А.Ә. және жұмыс орнын қоса) бөлімдерден тұру керек: зерттеу мақсаты, материалдар және әдістер, нәтижелер, қорытындылар, түйін сөздер (6- дан артық емес). Пайдаланған әдебиеттердің толық библиографиялық сипаттамасы беріледі. Кітап үшін: Авторлар тегі және өзінің және әкесінің атының бірінші әріптері; Басы. – Басылымның қайталанғаны туралы мәлімет. -Басылым орны: Баспахана, шығарған жылы. – Беттер саны.. Журналдардағы мақалалар үшін: Авторлар тегі және өзінің және әкесінің атының бірінші әріптері; Мақалалар атауы // Басылым аты: Басылым түрі. – басылым жылы, орны. – Том. – Нөмірі. – Беттері. Шетел әдебиеттеріде осы тәртіптермен рөсімделеді. Суреттерге және мәтіндегі кестелерге сілтеме болуы керек. Автордың (-лардың) тегі, аты, әкесінің аты, автордың (-лардың) қолы, электронды поштасы, байланыс телефоны және мекен-жайы мақаланың соңында міндетті түрде көрсетілуі тиіс. Мақалалар белгіленген ресімдеу талаптарына сәйкес келмесе, жариялауға қабылданбайды. Редакция мақалаларды қысқартып және түзету енгізуге өз құқығын қалдырады. Жариялаулар ақылы.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РУКОПИСЕЙ:

Принимаются рукописи на казахском, русском и английском языках и публикуются на языке оригинала. Рукопись материалов, включая список литературы, должен быть набран на компьютере шрифтом Times New Roman (на русском, английском языке) и Times Kaz (на казахском языке), 14 кегль, полуторный межстрочный интервал, без переносов, параметры страниц со всех сторон – 2 см. Необходимо представить электронную версию статьи в полном соответствии с распечаткой. Файл должен именоваться по фамилии и инициалам первого автора. Объем рукописей: научная статья – не более 4-5 стр., клинические случаи – 3-4 стр., тезисы докладов – не более 2 стр., обзор, лекция – не более 8 стр. На первой странице указываются: 1. Название статьи (заглавными буквами, жирный шрифт); 2. Инициалы и фамилия автора (-ов) (заглавными буквами); 3.Место работы (без сокращений); город; страна. Статья должна состоять из следующих 1. Актуальность, с указанием цели исследования; 2. Материалы и методы; 3. Результаты и обсуждение; 4.Выводы; 5. Литература (в статье обязательно должны быть ссылки на соответствующий порядковый номер); 6. Резюме. В верхнем правом углу дается УДК (Универсальная десятичная классификация) статьи. Резюме на казахском, русском и английском языках (перевод названия статьи, Ф.И.О. авторов и места работы включительно) должно состоять из разделов: цель исследования, материал и методы, результаты, выводы, ключевые слова (не более 6). Дается полное библиографическое описание использованной литературы. Для книг: Фамилии и инициалы авторов. Заглавие. – Сведения о повторности издания. – Место издания: Издательство, Год издания. – Количество страниц. Для статей из журналов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи // Заглавие издания: Вид издания. – Место, год издания. – Том. – Номер. – Страницы. Иностранная литература оформляется по тем же правилам. На рисунки и таблицы в тексте должны быть ссылки. В конце статьи необходимо указать фамилию, имя, отчество автора (-ов), адрес и контактный телефон, электронная почта, подпись автора (-ов). Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки. Публикации платные.

REQUIREMENTS TO THE EXECUTION OF DOCUMENTS:

The scripts are accepted in Kazak, Russian and English and they will be published in the original language. The scripts of articles must include the list of the literature, Times New Roman font must be used (in Russian and English) and Times Kaz (for Kazak language), 14 type size, 1,5 interval, without hyphenation, parameters of the pages must be 2 cm from each sides. Electronic version must be provided in accordance to the print out. The file must be named using surname and initials of the first author. The volume of the scripts: the scientific article must not be more than 4-5 pages, clinical incidents must be 3-4 pages, synopsis of the reports must be not more than 2 pages, review, lecture - not more than 8 pages. The following points are indicated on the first page: 1. The title of the article (Capital letters, bold); 2. Author's (authors') surname and initials (Capital letters); Place of work (without abbreviation); city; country. The article must consist of the following parts: 1. Actuality with the indication of the purpose of the research; 2. Materials and methods; 3. Results and the discussion; 4. Conclusions; 5. Literature (references to the relevant index number must be given in the article); 6. Resume. Universal decimal classification must be given in the top right corner of the page. Resume in Kazak, Russian and English (translation must include the title of the article, full name, authors and place of work) must consist of the following sections: the purpose of the research, materials and methods, results, conclusions and key words (not more 6). The full bibliographical description of the used literature must be provided. For books: Surnames and initials of the authors. Title. - Information about the recirculation. - Place of the publishing. Publishing house. Year of the publishing. - Quantity of the pages. For the magazine articles: Surnames and initials of the authors. Name of the article//Title of the publication. Type of the publication. Place, year of the publishing. - Volume. - Number. Pages. Foreign literature is executed in the same way. Tables and charts must not have discrepancy or variant reading in the signs or symbols or marks. Pictures and diagrams must be provided as contrast images. Charts and pictures must have references in the text. At the end of the article, surname name, patronymic name of the author (authors) must be stated, address and contact telephone numbers, -mail, author's (authors') signature. Articles which don't match the following requirements will not be accepted for the publishing. Editorial board has the right to concise articles or make the amendments. Publications are paid.

ЛАВОМАКС®

Противовирусный, иммуномодулирующий препарат

Показания к применению У взрослых:

Вирусный Гепатит А > Герпетическая инфекция

 Цитомегаловирусная инфекция
 Инфекционно-аллергические и вирусные энцефаломиелиты (рассеянный склероз,

лейкоэнцефалиты, увеоэнцефалиты и др.) в составе комплексной терапии 📂 Урогенитальный и респираторный хламидиоз, в составе комплексной терапии 🕨 Лечение и профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ)



Таблетки покрытые оболочкой

№10 (тилорон125 мг.)

Туберкулез легких, в составе комплексной терапии при доказанной имунной недостаточности

У детей старше 7 лет:

Лечение гриппа и других ОРВИ

Способ применения и дозы (Препарат применяют внутрь после еды)

У взрослых:

У върослых:
Для лечения зирусного Гелотита А - первый день по 1 тоблетке (что соответствует 125 мг типорона), 2 раза в сутки, затем по 1 тоблетке через каждые 48 чосов. Курсовоя дозо - 10 тоблеток.
Для неспецифической профилактики вирусного Гелотита А - по 1 тоблетке (что соответствует 125 мг типорона), 1 раз в неделю в течение 6 недель. Курсовая дозо - 6 тоблеток, по 125 мг (что соответствует 750 мг типорона).
Для печения гриппо и других ОТВИ - з первые двое суток болезии назычачают по 1 тоблетке (что соответствует 125 мг типорона) в сутки, затем по 1 тоблетке (125 мг) через каждые 48 часов.
Курсовая доза - 6 тоблеток (что соответствует 750 мг типорона)
Для профилактики гриппо и других ОРВИ назычачает по 1 тоблетке Лавомаксо" (125 мг) один раз в неделю в течение 6 неделы, (ва хурс дененые 5 и тоблеток (125 мг).
Для лечения герпетической и цитомегаловирусной инфекции - первые двое суток принимают по 1 тоблетке (125 мг) в сутки, затем по 1 тоблетке (125 мг) через каждые 48 часов. Курсовая доза - 20 тоблеток (2,5 г)
Для нейровирусных инфекций - дозу устоинальявоот индивыхуально, в состове комплексной теропии. Курс лечения составляет 4 надели
Для веченом третонии курс лечения составляет 4 надели
Для веченом третония курс печения составляет 4 надели
Для веченом третонии курс печения составляет 4 надели
Для веченом третония курс печения составляет 4 надели
Для веченом третония курс за тоблетом за тоблетом (125 мг) через каждые 48 чосов. Курсовая доза - 10 тоблетке (125 мг) через каждые 48 чосов. Курсовая доза - 10 тоблетке (125 мг) через каждые 48 чосов. Курсовая доза - 10 тоблетом (1.25 г)

доза - 10 таблеток (1,25 г)

доза — 10 тасиветок (1,20 г) Для влечния туберкулева опекти: - первые двое суток принимают по 2 таблетки (что соответствует 250 мл гипорона) в сутик, затем по 1 таблется (125 мл) черва хакадые 48 часов. Курсовая дозо — 20 таблеток (2,5 г в течение 36 дней)

У детей старше 7 лет:

У детей старше 7 лет: Для печения григиа и превые двое суток применяют по 60 мг типорона в суток, затем по 60 мг типорона в суток, затем по 60 мг типорона в суток, затем по 60 мг типорон через каждые 48 часов. Курсовая доза составляет 180 мг при неосложиённых формах рыпопа или других острых респиратор вирусных инфекциях и 240 мг - при осложиённых формах.

Противопоказания

Дети до 7 лет

Перед применением изучите инструкцию.

Представительство

O «Нижегородский химико-фармацевтический завод» лматы, мкр. Хан Танири, 55 Б, тел. 269-16-23, 269-16-33.

Витапрост®

Ваша жизнь без простатита

Показания к применению - хронический простатит

- состояния до и после оперативных вмешательств на предстательной железе.

Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией, имеются противопоказания.



Витапрост

Представительство ОАО

№ 013280 от 22 декабря 2008 г. ение №163 от 03.07.09 г

Витапрост [®]

суппозитории ректальные комбинированный препарат с антимикробнымы и противовоспалительными свойствами





Сампрост (экстракт простаты) - оказывает органотропное действие на предстательную железу, уменьшает степень отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализует секреторную функцию эпителиальных клеток, увеличивает число лецитиновых зерен в секрете ацинусов, стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря, улучшает микроциркуляцию в предстательной железе

Ломефлоксацин – бактерицидное средство широкого спектра действия Высокоактивен в отношении грамотрицательных аэробных микроорганизмов: Escherichia coli, Enterobacter cloacae, Neisseria gonorrhoeae, Proteus vulgaris, Salmonella spp., Shigella spp., Haemophilus influenzae и др. Умеренно чувствительны к препарату Chlamydia trachomatis, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis, Enterobacter aerogenes и др.

Витапрост [®]Плюс оказывет антимикробное и противовоспалительное действие, нормализует функцию предстательной железы и состав эякулята. Уменьшает боль и дискомфорт, вызванные простатитом, улучшает копулятивную функцию.



Представительство ОАО «Нижегородский химико-фармацевтический завод» в РК г. Алматы, мкр. Хан Танири, 55 Б, тел. 269-16-23, 269-16-33.

Разрешение №3109 от 29 июля 2011 г.

Витапрост[®] Плюс

суппозитории ректальные комбинированный препарат с антимикробными

и противовоспалительными свойствами.

Состав: Сампрост субстанция - 100 мг ломефлоксацина гидрохлорид - 400 мг.

Показания к применению: острый и хронический бактериальный простатит, вызванный чувствительными микроорганизмами, в том числе сопровождающийся воспалительными заболеваниями мочеполового тракта, состояния до и после оперативных вмешательств на предстательной железе

Способ применения и дозы: Ректально по 1 суппозиторию 1 раз в день, после самостоятельного опорожнения кишечника или очистительной клизмы. После введения суппозитория желательно пребывание пациента в постели в течение 30-40 минут. Курс лечения продолжается до исчезновения возбудителя в секрете простаты и составляет от 10 до 30 дней (продолжительность лечения определяет лечащий врач индивидуально для каждого пациента).

Побочные действия: аллергические реакции: кожный зуд, крапивница, фотосенсибилизация, злокачественная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона), астения, головокружение, нервозность, тревожность, псевдомембранозный колит, дисбактериоз, повышение активности «печёночных» трансаминаз, кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта, тромбоцито-пения, повышение фибринопиза, лимфаденопатия, снижение артериального давления, нарушение сердечного ритма, мискардиопатия, разрывы сухожилий у пожилых пациентов, особенно в сочетании с глюкокортикоидами

Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата детский и подростковый возраст до 18 лет (период формирования роста и скелета)

Особые указания:
Витапрост® Плюс спедует назначать с осторожностью при следующих состояниях:
- церебральный атеросклероз
- эгилепсия и другие заболевания центральной нервной системы с судорожным синдромом.
При циррозе печени не требуется коррекции режима дозирования (при условии нормальной

При циррозе печени не треоуется муромами. Рессийна солнечного света и использования искусственного ультрафиолегового освещения. При первых признаках фотосенсибилизацения (повышение чувствительности кожи, ожог, гиперемия, отек, появление волдырей, сыпи, зуда, дерматита), гиперчувствительности, проявлениях нейротоксичности (возбуждение, судороги, тремор, светобозянь, спутанность сознания, токсические психозы, галлюцинации) терапию дерматитат, гипер-чувствительности, прозывлениях невириотколичности (возохуждение, судороги тремор, светобоязнь, спутанность сознания, токсические психозы, галлюцинации) терапию необходимо прекратить. Особенности впляния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при управлении транспортным средством или потенциально опасными механизмами.

Условия отпуска из аптек: Без рецепта



Перед применением изучите инструкцию по медицинскому применению.

Витапрост [®] Форте суппозитории ректальные

Настоящая жизнь для настоящего

мужчины

активное вещество – простаты экстракт (субстанция Сампрост) – 0,1г

Показания к применению

- хронический простатит
- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- состояния до и после оперативных вмешательств на предстательной железе.



Способ применения и дозы.

Ректально, по 1 суппозиторию, после самопроизвольного опорожнения кишечника или очистительной клизмы, 1 раз в день. После введения суппозитория, желательно пребывание пациента в постели в течение 30-40 минут.

Продолжительность курса лечения определяет лечащий врач. Минимальная продолжи-

тельность курса лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы — 15 дней, при хроническом простатите — 10 дней.



Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией, имеются противопоказания.

Разрешение № 2127 от 11.09.2009.





РК-ЛС-5-№ 0120101 от 22 августа

Представительство ОАО «Нижегородский химико-фармацевтический завод» в РК г. Алматы, мкр. Хан Танири, 55 Б. тел. 269-16-23, 269-16-33.