

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»
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
JOINT-STOCK COMPANY «SCIENTIFIC CENTRE OF UROLOGY NAMED AFTER ACADEMICIAN B.U. DZHARBUSSYNOV»

ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРОЛОГИЯ ЖӘНЕ НЕФРОЛОГИЯСЫ

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

№3 (9) 2013

«Төменгі несеп жолдарының оперативті емінде
шағынинвазивтік технологияларды қолдану. Көрсеткіштер,
қарсы көрсеткіштер және асқынулардың алдын алу» атты
Қазақстан урологтары Пленумінің материалдары
Тараз қаласы, 2013 жылдың 16-17 қыркүйегі

Материалы Пленума урологов Казахстана на тему:
«Применение малоинвазивных технологий при оперативных
вмешательствах на нижних мочевых путях.
Показания, противопоказания и профилактика осложнений»
город Тараз, 16-17 сентября 2013 года

АЛМАТЫ /ALMATY

Алчинбаев М.К.
Канатбаева А.Б.
Кусымжанов С.М.
Мансурова И.Б.

Бас редактор / Главный редактор / Editor in chief
Бас редактордың орынбасары / Заместитель главного редактора / Deputy editor
Ғылыми редактор / Научный редактор / Scientific editor
Жауапты хатшы / Ответственный секретарь / Executive secretary

Alchinbaev M.K.
Kanatbaeva A.B.
Kussymzhanov S.M.
Mansurova I.B.

РЕДАКТОРЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ / РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ / EDITORIAL BOARD:

Медеубеков У.Ш.
Малих М.А.
Макажанов М.А.
Батырбеков М.Т.
Мухамеждан И.Т.

Medeubekov U.Sh.
Malih M.A.
Makazhanov M.A.
Batyrbekov M.T.
Muhamezhdan I.T.

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС / РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ / EDITORIAL COUNCIL:

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)
Беркимбаев С.Ф. (Алматы, Қазақстан)
Кабулбаев К.А. (Алматы, Қазақстан)
Касимов Н.К. (Павлодар, Қазақстан)
Куандыков Н.К. (Өскемен, Қазақстан)
Кудайбергенов Т.К. (Алматы, Қазақстан)
Курманғалиев О.М. (Ақтөбе, Қазақстан)
Муминов Т.А. (Алматы, Қазақстан)
Нурғазиев К.Ш. (Алматы, Қазақстан)
Табынбаев Н.Б. (Қызылорда, Қазақстан)
Хайрлі 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)
Джавад Заде С. (Баку, Азербайджан)
Калинченко С.Ю. (Мәскеу, Ресей)
Колесник Н.А. (Киев, Украина)
Неймарк А.И. (Барнаул, Ресей)
Нусратуллоев И.Н. (Душанбе, Тәжікстан)
Строцкий А.В. (Минск, Беларусь)
Усупбаев А.Ч. (Бішкек, Қырғызстан)
Шредер Ф.Г. (Амстердам, Голландия)

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

ҚҰРЫЛТАЙШЫСЫ / 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. №3 (8) 2013 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. №3 (8) 2013 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 3 (8) 2013 Subscription index: 74480.

РЕДАКЦИЯНЫҢ МЕКЕН-ЖАЙЫ ЖӘНЕ ЖУРНАЛДЫҢ РЕКВИЗИТТЕРІ /

АДРЕС РЕДАКЦИИ И РЕКВИЗИТЫ 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
E-mail: urology_kz@mail.ru
СТН 600400054703
БСН 990 2400008165
ДСК KZ43920RKAC000609215
«КазИнвестБанк» АҚ, КБЕ 17
БСК SWIFT KAZSKZKA

050060, Kazakhstan, Almaty,
Basenov street, 2
tel: 7 (727) 337 84 92, 337 85 02
fax: 7 (727) 337 84 97
E-mail: urology_kz@mail.ru
TRN 600400054703
BIN 990 2400008165
ПСК KZ43920RKAC000609215
JSC «KazInvestBank», KBE 17
BIC SWIFT KAZSKZKA

050060, Қазақстан, 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
РНН 600400054703
БИН 990 2400008165
ИИК KZ43920RKAC000609215
АО «КазИнвестБанк», КБЕ 17
БИК SWIFT KAZSKZKA

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

ЖШС «М_АРИ» типографиясында басып шығарылды. Алматы қ., Абдуллиндер көшесі 34-9, тел.: 7 (727) 278 01 72
Изготовлено в ТОО «М_АРИ» г. Алматы, ул. Абдуллиных, 34-9, тел.: 7 (727) 278 01 72
Printed in the Printing House Ltd. «M_ARI» Almaty c., Abdullin street 34-9, tel.: 7 (727) 278 01 72

ОО «АКАДЕМИЯ НАУК КЛИНИЧЕСКОЙ И ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Жарияланатын мәліметтердегі ақпараттардың нақтылығы авторлардың жауапкершілігінде /
Ответственность за достоверность информации, публикуемых в журнале, несут авторы /
Responsibility for the accuracy of the information in the published materials, shall the authors

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

I. ЖАЛПЫ УРОЛОГИЯ СҰРАҚТАРЫ

М.К. Алшынбаев

Инфравезикалды обструкцияларды емдеудегі шағын инвазивті технологиялар 5

Н.К. Касимов, Н.М. Садықов, М.Г. Кан

Қуық асты безінің гиперплазиясына комбинацияланған терапиядан кейінгі трансуретральды резекцияның тиімділігі 16

Н.Қ. Касимов, Н.М. Садықов

Қос полярлы ТУР қолдану тиімділігі туралы 20

М. Ахайбеков, Н. Бердикулов, А. Қаратаев

Төменгі несепаяғар тасының орналасуларында және өлшемінде ригидті уретероскоптың сәттілік ықтималдылығы 21

А.Г. Мартов, Д.О. Джалилов, Д.А. Абдуллаев

Радикалды простатэктомиядан кейінгі обструктивті асқынудың эндоскопиялық зерттеу әдістері және емі 24

А.Г. Мартов, Д.О. Джалилов, Д.А. Абдуллаев

Брахитерапияның обструктивті асқынулары – эндоскопиялық емдеу әдістері 27

З.К. Гаджиева

Ерлердегі төменгі несеп шығару жолдарының симптомдарының дәрілік емі 32

И.И. Абдуллин

Простатаның қатерлі ісігі кезіндегі жамбас қуысының лапароскопиялық лимфааденэктомиясы 36

II. ЕРЛЕР ДЕНСАУЛЫҒЫ ОРТАЛЫҒЫ

М.К. Алшынбаев

Қазақстан Республикасындағы «Ерлер денсаулығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» аймақтық орталықтардың жұмысы туралы 39

Н.Қ. Қасимов, А.К. Ситқазинов, Н.М. Садықов, Ж.К. Қарменов, А.М. Идрисов

Павлодар облысы денсаулық сақтау басқармасының Павлодар өңірлік ерлер денсаулығы және отбасылық ұзақ өмір сүру орталығының жұмысы туралы 44

I. ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ УРОЛОГИИ

М.К. Алчинбаев

Малоинвазивные технологии в лечении инфравезикальной обструкции 5

Н.К. Касимов, Н.М. Садықов, М.Г. Кан

Эффективность ТУР после комбинированной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров 16

Н.К. Касимов, Н.М. Садықов

Об эффективности применения биполярной ТУР 20

М. Ахайбеков, Н. Бердикулов, А. Каратаев

Эффективность ригидной уретероскопии в лечении конкрементов нижней трети мочеточников в зависимости от локализации и размеров камня 21

А.Г. Мартов, Д.О. Джалилов, Д.А. Абдуллаев

Эндоскопические методы диагностики и лечения обструктивных осложнений радикальной простатэктомии 24

А.Г. Мартов, Д.О. Джалилов, Д.А. Абдуллаев

Обструктивные осложнения брахитерапии – эндоскопические методы лечения 27

З.К. Гаджиева

Медикаментозное лечение симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин 32

И.И. Абдуллин

Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия при раке простаты 36

II. ЦЕНТРЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.К. Алчинбаев

О работе региональных центров «Мужское здоровье и семейное долголетие» в Республике Казахстан 39

Н.К. Касимов, А.К. Ситқазинов, Н.М. Садықов, Ж.К. Қарменов, А.М. Идрисов

О работе Павлодарского регионального центра мужского здоровья и семейного долголетия 44

I. ISSUES OF UROLOGY

M.K. Alchinbayev

Minimally invasive technologies in surgical treatment of infravesical obstruction 5

N.K. Kassimov, N.M. Sadykov, M.G. Kan

Efficiency of transurethral resection after combined therapy of benign prostatic hyperplasia 16

N.K. Kasimov, N.M. Sadykov

About effectiveness of bipolar TUR 20

M. Akhaibekov, N. Berdikulov, A. Karatayev

Success of rigid ureteroscopy according to the localization and in size in the lower ureter 21

A.G. Martov, D.O. Djililov, D.A. Abdullaev

Endoscopic methods of diagnosis and treatment of obstructive complications after radical prostatectomy 24

A.G. Martov, D.O. Djililov, D.A. Abdullaev

Obstructive complications of brachytherapy – endoscopic methods of treatment 27

Z.K. Gadzhieva

Medical treatment of lower urinary tract symptoms in men 32

I.I. Abdullin

Laparoscopic pelvic lymphadenectomy for prostate cancer 36

II. MEN'S HEALTH CENTERS

M.K. Alchinbayev

About regional centers «Men's Health and Family Longevity» in the Republic of Kazakhstan 39

N.K. Kassimov, A.K. Sitkazinov, N.M. Sadykov, J.K. Karmenov, A.M. Idrisov

Report on the work of the Pavlodar regional center for men's health and family longevity 44

М. К. Алшынбаев, М. К. Егізбаев, М. Ш.Жанәділов
Оңтүстік Қазақстандық «Өңірлік ерлер денсаулығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» орталығында диагностика, емдеу, ерлерді диспансерлік бақылау стандарттарын қолдану..... 46

М.К. Алчинбаев, М.К. Егізбаев, М.Ш. Жанадилов
Применение стандартов диагностики, лечения, диспансерного наблюдения мужчин в Южно-Казахстанском Региональном центре мужского здоровья и семейного долголетия»46

M.K. Alchinbayev, M.K. Egizbaev, M.Sh. Zhanadilov
Standartization of diagnostics, treatment and therapeutic monitoring of men in South Kazakhstan «Regional center for men's health and family longevity».....46

III. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР

М.К.Алшынбаев, А.М.Малих, А.И.Каимбаев
Қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясының ТУР операциясынан кейінгі науқастарды бақылау оптимизациясы. 50

III. СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

М.К.Алчинбаев, М.А. Малих, А.И. Каимбаев
Оптимизация послеоперационного ведения пациентов после ТУР ДГПЖ.....50

III. CONTEMPORARY MEDICATIONS

M.K. Alchinbayev, M.A. Malik, A.I. Kaimbaev
Optimization of postoperative treatment of patients after TUR of BPH.....50

IV. БАЛАЛАР УРОЛОГИЯСЫ

Л.А.Жантелиева
Қуық – несепазар рефлюксі көрініс берген балаларда уродинамикасының бұзылуы 54

IV. ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Л.А.Жантелиева
Характер нарушения уродинамики у детей при пузырно-мочеточниковом рефлюксе54

IV. PEDIATRIC UROLOGY

L.A. Zhantelyeva
Interrelation of infringements urodynamic top and uretelialis reflux at children54

V. ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫ УРОЛОГИЯ

М.К. Алшынбаев, У.Ш. Медеубеков, С.М. Кусымжанов, А.К. Буйрашев, Б.Г. Токтабаянов
Жануарлардың репродуктивті ағзалар қызметінің бұзылыстарында сүйек кемігінің мононуклеарлы және мультипотентті стромалық жасушаларын қолданғандағы эффективтілігін зерттеу..... 57

V. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ УРОЛОГИЯ

М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков, С.М. Кусымжанов, А.К. Буйрашев, Б.Г. Токтабаянов
Изучение эффективности применения мононуклеарных и мультипотентных стромальных клеток костного мозга при нарушении функций репродуктивных органов у животных.....57

V. EXPERIMENTAL UROLOGY

M.K. Alchinbaev, U.Sh. Medeubekov, S.M. Kusymzhanov, A.K. Buyrashev, B.G. Toktabayonov
The study of the effectiveness of mononuclear and multipotent stromal cells from bone marrow in violation of the reproductive organs in animals.....57

Қазақстан урологтары Пленумінің резолюциясы 66

Резолюция Пленума урологов Казахстана66

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

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

- Авторы:** М.К. Алчинбаев
Адрес: АО «Научный центр урологии им. академика Б.У.Джарбусынова»
Резюме: Статья посвящена анализу современного положения малоинвазивных технологий в лечении инфравезикальной обструкции в Республике Казахстан. Представлен сравнительный анализ республиканских показателей в разрезе регионов с показателями АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова» за прошедший период по основным причинам инфравезикальной обструкции, к которым относятся доброкачественная гиперплазия предстательной железы, стриктура уретры и склероз шейки мочевого пузыря. В статье приводятся статистические данные об эпидемиологии указанных нозологий, а также эффективность использования малоинвазивных методов их лечения. Основываясь на результатах собственных исследований и данных регионов Республики Казахстан, автором определены основные тенденции и перспективы дальнейшего развития малоинвазивной эндохирургии инфравезикальной обструкции.
- Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, инфравезикальная обструкция, эпидемиология, малоинвазивные технологии
- Аталуы:** Инфравезикалды обструкцияларды емдеудегі шағын инвазивті технологиялар.
Авторлар: М.К. Алшынбаев
Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ
Тұжырым: Бұл мақалада Қазақстан Республикасында қазіргі заманға сай шығын инвазивті технологияларды қолданып инфравезикалды обструкцияларды емдеуге арналған. «Б.О. Жарбосынов атындағы Урология ғылыми орталығы» АҚ және республикалық аймақтардың салыстырмалы талдауы көрсетілген, бұл талдауға қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы, үрпі тарылуы және қуық мойнының склерозы жатады. Бұл мақалада көрсетілген нозологиялық эпидемиологиялардың статистикалық мәліметтері және сонымен қатар шағын инвазивті емдеу әдістерінің тиімділігі көрсетілген. Қазақстан Республикасының аймақтарының жеке зерттеу мәліметтеріне және қорытындыларына сүйене отырып авторменен шағын инвазивті эндохирургияның келешектегі инфравезикалды обструкцияның даму бағыттарымен және үрдістері анықталды.
- Түйінді сөздер:** Қуық асты безінің гиперплазиясы, трансуретральды резекцияның
- Title:** Minimally invasive technologies in surgical treatment of infravesical obstruction.
Authors: M.K. Alchinbayev
Address: JSC “Scientific Center of Urology named after academician B.U. Dzharbussynov”
Summary: The article is devoted to analytical review of the current status of minimally invasive techniques in the treatment of infravesical obstruction. The main causes of infravesical obstruction are benign prostatic hyperplasia, urethral stricture and bladder neck sclerosis. The paper presents statistical data on the epidemiology of these diseases, and the prevalence of minimally invasive techniques to treat them. Based on the results of own research as well as regions data of Kazakhstan, identified the main trends of minimally invasive endosurgery of infravesical obstruction.
Keywords: BPH, TURP, bladder outlet obstruction, urethral stricture, infravesical obstruction, epidemiology, minimally invasive technologies

Инфравезикальная обструкция (ИВО) – собирательный термин, означающий наличие препятствия оттоку мочи на уровне шейки мочевого пузыря или мочеиспускательного канала, основным клиническим проявлением которого является затрудненное мочеиспускание.

Среди всех причин возникновения ИВО основным являются: ДГПЖ, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры (таблица 1).

Анализ результатов лечения мужчин с ДГПЖ, СШМП и стриктур уретры в Республике Казахстан и АО НЦУ показывает следую-

Таблица 1 – Нозологическая структура ИВО

Год	ДГПЖ		СШМП		Стриктура уретры	
	РК	НЦУ	РК	НЦУ	РК	НЦУ
2010	6590	347	768	34	364	192
2011	7167	397	784	33	1089	187
2012	6543	386	745	38	396	150
Уд.вес	85%	64%	9,7%	6%	5,1%	30%

щую картину. Если в результате постепенного оснащения регионов республики высокотехнологичным оборудованием и последовательного внедрения (трансферта) малоинвазивных технологий лечения поток пациентов с ДГПЖ и СШМП уменьшился, то контингент пациентов со стриктурой уретры в основном направляется в головное учреждение страны, т.е. НЦУ. Это наглядно демонстрирует необходимость проведения дальнейшей работы по профилактике развития стриктур уретры и улучшению оказания высокотехнологичной помощи этой категории пациентов.

Заболеваемость населения ДГПЖ по республике в динамике за последние 2 года имеет тенденцию к снижению. Если в 2010 г. число случаев заболевания составляло 7167, то к 2012 г. число случаев заболевания составило 6543 (снижение на 8,7%).

Рост числа заболеваний отмечен лишь в Восточно-Казахстанской области с 960 случаев в 2011 г. до 1029 случаев в 2012 г (Рисунок 1).

В Кызылординской области отмечено значительное снижение заболеваемости. Если в 2011г. выявлено 1243 случаев доброкачественной гиперплазии предстательной железы, то в 2012 г. число случаев заболевания составило 445 (снижение на 35,8%). За последние 2 года в Атырауской области отмечено снижение показателя почти в 2 раза (рисунок 2).

Из 6543 случаев заболеваний по республике отмечен 20 летальных исходов, что составило 0,3% (в 2011 г. - 0,5%).

Трансуретральная резекция ДГПЖ - «золотой стандарт» хирургического лечения ДГПЖ более 15 лет

По данным обзора Y.Shin, 2011г. в 1990 году на долю ТУР ДГПЖ приходилось 40%, в 1999 году этот показатель возрос до 81%, однако к 2009 году наблюдается снижение до 35%, по Казахстану 30% ТУР, в «НЦУ» 88%.

В среднем кровотечение после ТУР встречается в 8,4%, в «НЦУ» 3,2%.

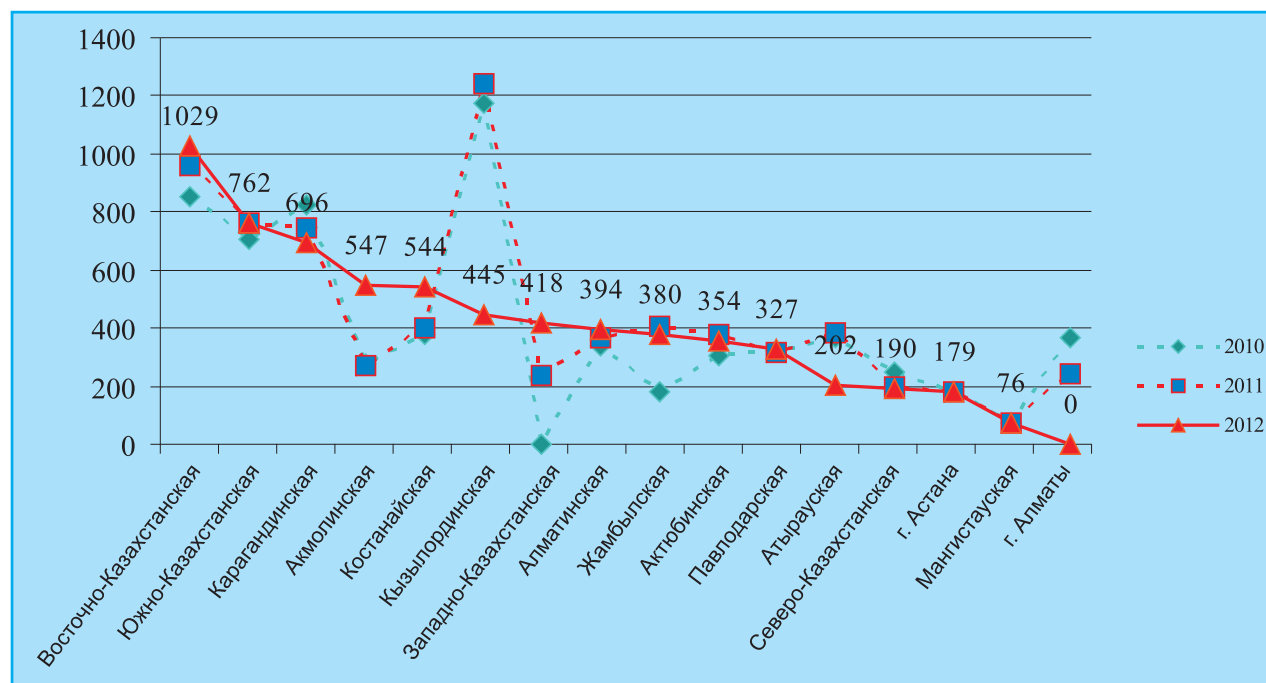


Рисунок 1. Заболеваемость ДГПЖ в Республике Казахстан в период с 2010-2012 гг.

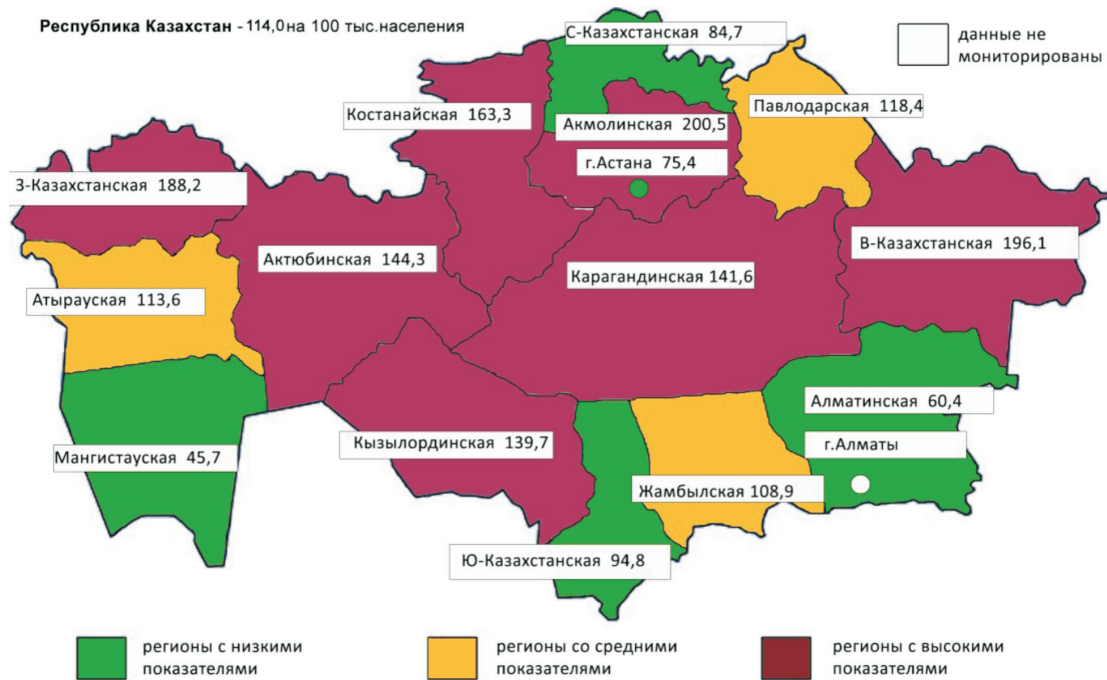


Рисунок 2. Средние показатели заболеваемости ДГПЖ в разрезе областей за 2012 год.

У 2,9% пациентов возникает необходимость в гемотрансфузии.

Развитие ТУР синдрома являлось частым осложнением на ранних стадиях использования технологии. По данным Европейской Ассоциации урологов, в 2011 г частота ТУР синдрома составляет 1,1%, по нашему центру 1,8%.

Отдаленные осложнения: недержание мочи (2,2%), склероз шейки мочевого пузыря (4,7%), стриктуры уретры (8,7%), в «НЦУ» 4,2%; 4,4%; 5,8% соответственно.

Одно из серьезных осложнений, значительно влияющих на качество жизни мужчин, является нарушение сексуальной функции мужчин. Ретроградная эякуляция, связанная с деструкцией шейки мочевого пузыря регистрируется в 65,4% случаев.

Процент эректильной дисфункции по данным Европейской Ассоциации урологов после ТУР составил 6,5%, в «НЦУ» 5,5%, однако большинство авторов объясняет наличие ЭД не как последствие операции, а следствием гормональных нарушений, связанных с возрастом.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ



ПРЕИМУЩЕСТВА БИПОЛЯРНОЙ ТУР ДГПЖ

- Лучший интраоперационный гемостаз по сравнению с монополярной ТУР.
- Отсутствие ТУР-синдрома за счет применения физиологического раствора (0.9% натрия хлорида) для ирригации, что позволяет увеличить безопасное время и максимальное удаление ткани.
- Возможность использования БиТУР у больных с кардиостимулятором.
- Процент осложнений ниже, чем при ТУР (15,5% vs 28,6%).
- Значительное уменьшение сроков пребывания больного в стационаре.
- Меньший процент эректильной дисфункции и ретроградной эякуляции.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ПЛАЗМЕННАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ДГПЖ

В основе лежит одновременное комбинированное применение двух электрохирургических способов удаления ткани, резекции и вапоризации. Использование “вапоризирующих петель” специальной конструкции позволяет удалять такой же объем ткани, как и при обычной электрорезекции и, в то же время, за счет вапоризирующего эффекта, одновременно добиваться той степени гемостаза, который достигается при коагуляции или электровапоризации.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ

Современнейший метод оперативного лечения ДГПЖ.

Обеспечивает хороший интраоперационный гемостаз, поэтому она применима у больных с повышенным риском развития кровотечения.

Не связана с использованием энергии электричества, поэтому метод безопасен у

пациентов с имплантированным искусственным водителем сердечного ритма.

Позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери и геморрагических осложнений, снижает риск возникновения синдрома «водной интоксикации» за счет использования физиологического раствора хлорида натрия в качестве ирригационной жидкости для оперативного вмешательства.

Позволяет сократить сроки госпитализации и послеоперационной реабилитации, расширяет возможности оперативного лечения пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Минимальное влияние на эректильную функцию позволяет сохранить высокий уровень качества жизни пациентов после операции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ.

В таблице 2 приведены основные показатели эффективности различных методов эндоурологической хирургии ДГПЖ.

При небольших размерах ДГПЖ (до 40 см³) мы рекомендуем проведение плазменной вапоризации (таблица 3). При небольшом размере время операции значительно меньше, чем при ТУР ДГПЖ, что позволит избежать послеоперационных осложнений, а также значительно сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре. При размерах от 40 до 60 см³ наилучшие результаты были получены при проведении лазерной вапоризации (гольмиевым лазером). Сроки послеоперационной катетеризации сокращены до 24 часов, что положительно сказывается на послеоперационной реабилитации. При размерах железы до 80 см³ нами успешно применяется биполярная ТУР ДГПЖ. Однако при наличии сопутствующей патологии (а таких пациентов более 50%) рекомендовано использование плазменной или лазерной вапоризации. Это позволит избежать осложнений при неизбежном увеличении времени операции.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика малоинвазивных методов лечения ДГПЖ (данные НЦУ).

Особенности	Метод		
	ТУР ДГПЖ	ТУПВ ДГПЖ	ТУФЛВ ДГПЖ
Время операции, мин	48±18,4	56±12,1	53±11,8
Интраоперационное кровотечение, мл	100	35	18
Послеоперационная катетеризация, дни	6,2±1,1	3,1±0,8	1,2±0,5
Инфекционно-воспалительные осложнения, %	7,2	3,1	0,5
Отдаленные осложнения (СШМП), %	5,1	0,8	0
ТУР синдром, %	0,8	0	0

Таблица 3 – Рекомендации к выбору оптимальной метода малоинвазивного хирургического лечения ДГПЖ.

Размер ДГПЖ, см ³	Методы трансуретральной хирургии		
	Биполярная ТУР	Трансуретральная плазменная вапоризация	Трансуретральная фотоселективная лазерная вапоризация
До 40	-	Метод выбора	-
40-60	-	-	Метод выбора
60-80	Метод выбора	При сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы	При сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы

ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ

- Сравним по эффективности и безопасности с ТУР и ТУПВ ДГПЖ
- Может применяться при больших размерах ДГПЖ
- Минимальный риск интраоперационного кровотечения
- Не противопоказан пациентам с сердечной недостаточностью и коагулопатиями
- Риск осложнений в 3 раза меньше, чем при аденомэктомии, в 1,3 раза меньше, чем при ТУПВ. В «НЦУ» сделано более 7 таких операций.

ПОКАЗАТЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ПРИ ДГПЖ (2012г).

В среднем с ДГПЖ больные находились на койке 12 дней, отмечены регионы, превышающие данный показатель. До проведения

оперативного вмешательства число койко-дней составило в среднем 1,7 дней, а после операции – 10,3 дня.

Хирургическая активность в среднем по республике составила 72% (в 2011 г. - 60%). Послеоперационная летальность при ДГПЖ составила 0,2% (в 2011г. - 0,4%). Из 6543 больных ВСМП оказана в 673 случаях (10,2%). Наибольшее число ВСМП оказано в Восточно-Казахстанской области – 178 больных. СМП оказана в 3697 случаях из 6543 больных. На диспансерный учет в 2012 г. взято 1862 больных и на конец года состояло 1919 больных.

Показатели внедрения ТУР ежегодно имеет тенденцию к увеличению, как представлено в таблице 4. Это также подтверждает постепенное увеличение использования малоинвазивных технологий специалистами регионов страны. Учитывая, что в 2012 году заболеваемость ДГПЖ (все

Таблица 4 – Показатели выполнения ТУР при ДГПЖ в республике Казахстан (2008-2012 гг.)

Наименование области, города	ТУР при ДГПЖ					
	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Республика Казахстан	943	1207	1315	1429	2451	7345
Акмолинская	43	102	114	97	72	428
Актюбинская	58	62	46	51	70	287
Алматинская	4	16	32	22	31	105
Атырауская *	3*	2*	2*	5*	2*	14*
Восточно-Казахстанская	302	318	329	376	415	1740
Жамбылская *	26*	95*	110*	51*	74*	356*
Западно-Казахстанская	84	71	90	116	93	454
Карагандинская	50	54	42	104	152	402
Костанайская *	147*	147*	155*	154*	181*	784*
Кызылординская	13	31	56	84	13	197
Мангистауская	0	6	9	10	24	49
Павлодарская	**	**	**	**	282	282
Северо-Казахстанская	**	**	**	20	22	42
Южно-Казахстанская	200	196	218	209	225	1048
г. Алматы *	**	**	**	**	650*	650*
г. Астана	13	107	112	130	145	507

Таблица 5 – Показатели выполнения аденомэктомии при ДГПЖ в Республике Казахстан (2008-2012 гг.)

Наименование области, города	Аденомэктомия при ДГПЖ					
	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Республика Казахстан	1033	988	787	924	875	4607
Акмолинская	14	11	4	3	1	33
Актюбинская	72	67	68	76	64	347
Алматинская	148	120	118	133	156	675
Атырауская *	*	*	*	*	*	*
Восточно-Казахстанская	286	245	201	226	180	1138
Жамбылская *	*	*	*	*	*	*
Западно-Казахстанская	62	50	43	19	12	186
Карагандинская	340	360	206	254	217	1377
Костанайская *	*	*	*	*	*	*
Кызылординская	61	58	56	48	34	257
Мангистауская	0	14	17	15	8	54
Павлодарская	**	**	**	**	41	41
Северо-Казахстанская	**	**	**	78	83	161
Южно-Казахстанская	40	28	35	32	34	169
г. Алматы *	**	**	**	**	*	*
г. Астана	10	35	39	40	45	169

стадии) в РК по данным главных урологов регионов составило в абсолютных числах 6543 человек, нужно отметить, что из них ТУР ДГПЖ подверглись 2451 человек или 37,5% пациентов. В то же время анализ результатов открытых вмешательств по поводу ДГПЖ показал тенденцию к их уменьшению (таблица 5).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ В АО «НЦУ»

Анализ результатов лечения этой категории пациентов в АО НЦУ показывает небольшой рост количества этих больных. В основном это обусловлено направлением к нам больных с запущенными формами заболевания, с поздней обращаемостью за квалифицированной помощью (рисунок 3).

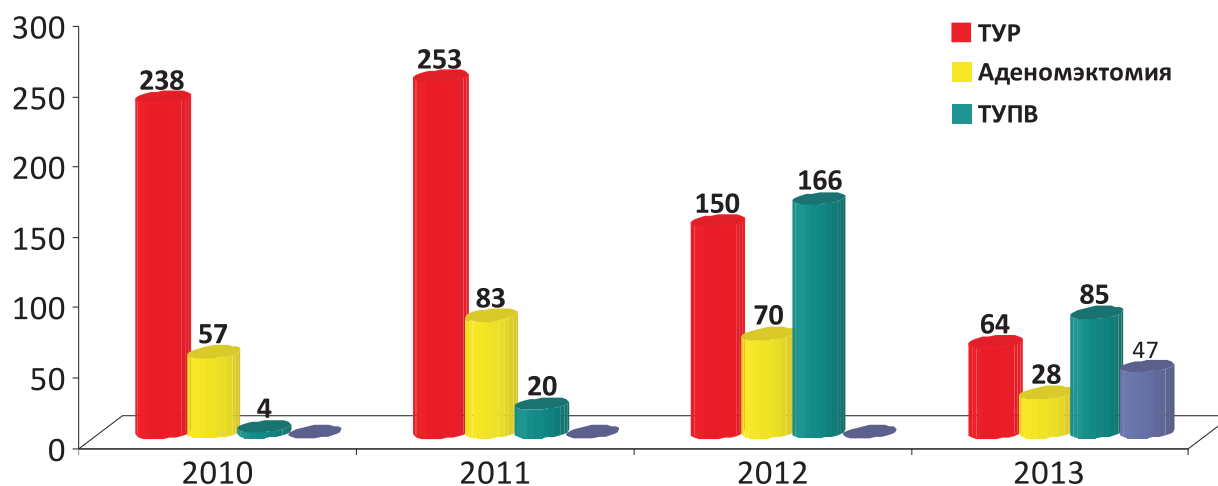


Рисунок 3. Статистические данные НЦУ о хирургическом лечении ДГПЖ.

СКЛЕРОЗ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Является причиной ИВО в 6% случаев (данные «НЦУ»). Отдаленное осложнение ТУР ДГПЖ (23-37%). Оптимальным методом хирургического лечения является лазерная вапоризация склерозированных тканей.

В динамике за 2010-2012 гг. СШМП (абс.ч.) по республике выявлен приблизительно на одном уровне - от 768 до 745 в год (рисунок 4). Однако есть регионы – это ЮКО и г. Алматы, где данное заболевание зарегистрировано на достаточно высоком уровне, вместе с тем в Южно-Казахстанской области отмечается снижение числа заболеваемости на 56,1% в 2012 г. в сравнении с 2010 г. Стабильно малое число заболеваний в динамике выявлено в Западно-Казахстанской и Акмолинской областях (2 и 5 соответственно).

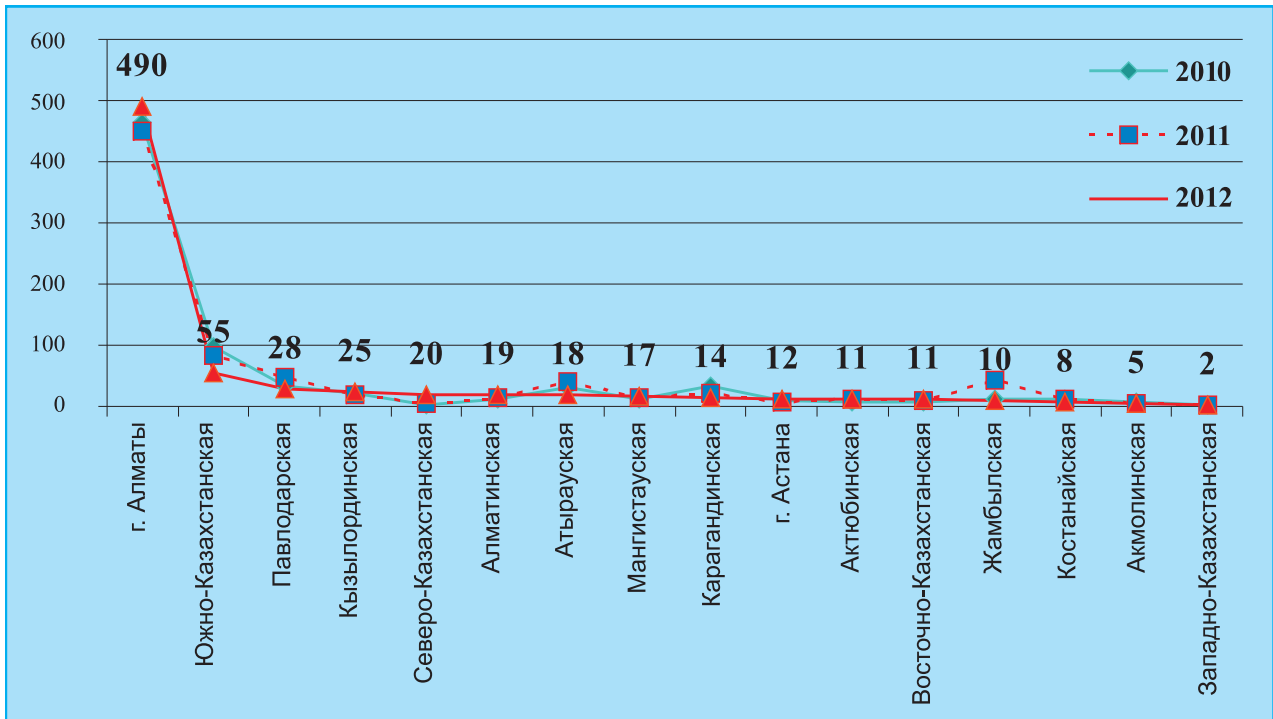


Рисунок 4. Заболеваемость населения республики СШМП (в разрезе регионов).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ СШМП
(В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ).

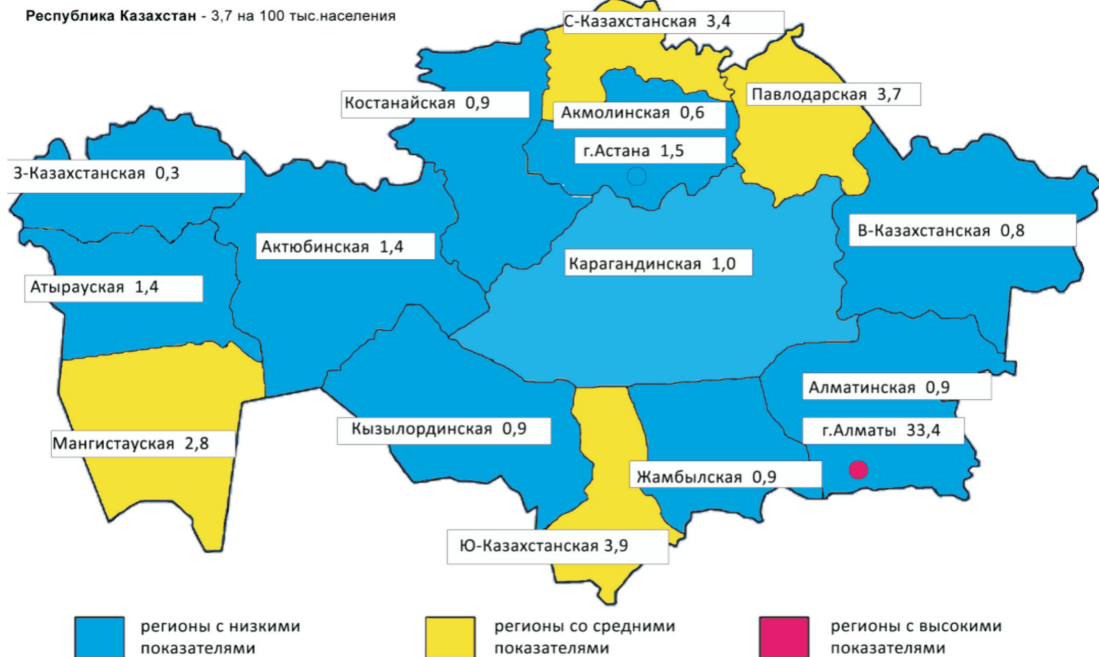


Рисунок 5. Средние показатели заболеваемости СШМП в разрезе областей за 2012 год.

Однако есть регионы – это ЮКО и г. Алматы (рисунок 5), где данное заболевание зарегистрировано на достаточно высоком уровне, вместе с тем в Южно-Казахстанской области отмечается снижение числа заболеваемости на 56,1% в 2012 г. в сравнении с 2010 г. Стабильно малое число заболеваний в динамике выявлено в Западно-Казахстанской и Ақмолинской областях (2 и 5 соответственно).

На сегодняшний день общепризнанным стандартом в оперативном лечении склероза шейки мочевого пузыря и склероза простаты является трансуретральная резекция (ТУР) простаты (таблица 6), что объясняется высокой эффективностью данной методики в избавлении больного от инфравезикальной обструкции и связанной с ней симптоматики, меньшей, по сравнению с открытой опера-

Таблица 6 – Показатели выполнения ТУР при СШМП в Республике Казахстан (2008-2012 гг.)

Наименование области, города	ТУР СШМП					
	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Республика Казахстан	17	26	18	36	290	387
Кызылординская	2	1	2	1	23	29
Павлодарская **	**	**	**	**	27	27
Северо-Казахстанская	**	**	**	18	20	38
Южно-Казахстанская	15	25	16	17	20	93
г. Алматы *	**	**	**	**	200*	200*

цией, травматичностью вмешательства, возможностью повторения без значительного повышения риска для больного, более коротким периодом реабилитации. Однако ряд осложнений ТУР, и прежде всего кровотечение во время и после операции (возникающее у 0,9-10 % пациентов), а также синдром водной интоксикации организма - «ТУР-синдром» (0,1-1 % пациентов), инициировали поиск оптимизации технологии лечения.

При СШМП ВСМП оказана 87 больным, что составило 11,6% (в 2011 г. – 8,6%) от общего числа больных по республике (таблица 7). Средняя длительность пребывания больного на койке составила по республике 9,8 дней – на 1,0 день больше, чем в 2011 г. (8,8 дней). Хирургическая активность при СШМП по республике

практически остается на прежнем уровне (2011 г.) и составляет в среднем 78,4%. СШМП по республике в динамике встречается на стабильном уровне без тенденции к заметному уменьшению. На диспансерный учет в 2012 г. взято 74 больных склерозом шейки мочевого пузыря, к концу года состояло на учете 75 больных.

ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ СШМП

- Оптимальный современный метод хирургического лечения СШМП
- Срок удержания катетера сокращается до 12-15 часов
- Срок послеоперационного пребывания в стационаре сокращается до 1,5 суток
- Отсутствие рецидива в течение 6-8 месяцев (данные НЦУ)

Таблица 7 – Показатели оказания медицинской помощи в Республике Казахстан при СШМП (2012 г.)

Наименование области, города	Показатели								
	хирургическое лечение					ВСМП (абс.ч.)	СМП (абс)	диспансеризация больных	
	длительность пребывания больного на койке (к/д)			хирург. актив (%)	п/о летальность (%)			взято	состоит
	всего	до опер	после операц						
Республика Казахстан	9,8	1,8	8	78,4	0	87	120	74	75
Акмолинская	*	*	*	*	0	5	0	3	3
Актюбинская	7,8	1,8	6	100	0	0	11	0	0
Алматинская	9	2	7	50	0	0	6	8	20
Атырауская	*	*	*	*	*	*	*	2	2
Восточно-Казахстанская	10,1	1,4	8,7	90,9	0	6	4	0	0
Жамбылская	10,6	1,6	9	90	0	9	0	1	1
Западно-Казахстанская	6	1	5	100	0	0	2	0	0
Карагандинская	8	1	7	71,4	0	14	0	0	0
Костанайская	*	*	*	*	*	8	0	*	*
Кызылординская	10	2	8	72	0	18	0	13	0
Мангистауская	10,8	2	8,8	*	0	3	14	5	7
Павлодарская	8	1,2	6,8	96,4	0	4	24	0	0
Северо-Казахстанская	13	2	11	100	0	20	0	20	20
Южно-Казахстанская	10	1	9	36,3	0	0	50	22	22
г. Алматы	6,5	2	4,5	56,7	0	*	*	*	*
г. Астана	18,5	5	13,5	*	0	0	9	0	0

Стриктура уретры является причиной ИВО в 30% случаев. Имеет важное медико-социальное значение, т.к. встречается во всех возрастных группах, характеризуется высокой инвалидизацией и значительным угнетением качества жизни пациентов.

В динамике за последние 2 года число больных стриктурой уретры значительно снизилось (рисунок 6). В 2012 г. отмечено снижение их числа почти в 3 раза по отношению к 2011 г. (396 и 1089 соответственно).

В ряде областей больные стриктурой уретры зарегистрированы в небольших количествах – Карагандинская (всего 8 случаев), Павлодарская – 8, Северо-Казахстанская – 6 случаев (рисунок 7).

В 2012 году количество стриктур уретры вследствие хирургических манипуляций (послеоперационных, ятрогенных) значительно возросло.

Ежегодно отмечается увеличение количества выполненных открытых пластик при стриктурах уретры. Необходимо отметить, что, не считая г. Алматы, если в двух регионах страны (Павлодарской и Северо-Казахстанской областях) последние год-два начали внедрять оптическую уретротомию, то в Южно-Казахстанской области эта работа

поставлена на должный уровень и уже в течение ряда лет они успешно выполняют эти вмешательства (табл. 9).

Больные стриктурой уретры в стационаре находились в среднем 12 дней (в 2011 г. – 11,2 дня), до оперативного вмешательства – 1,7 дней, после операции – 10,3 дней (в 2011 г. – 9,4 дня). В некоторых регионах республики отмечено превышение показателей. Хирургическая активность составила 71,6% (в 2011 г. – 65,1%). Из 396 больных ВСМП оказана всего в 4 случаях, что составило 1%. СМП оказана 330 больным. На диспансерное наблюдение в 2012 г. взято 79 больных и на конец года состояло 1391 больных. Данные по Акмолинской, Атырауской, Мангистауской, Павлодарской областям и г. Алматы мониторированы не полностью.

Таблица 8 – Локализация стриктуры уретры (данные НЦУ).

Локализация стриктуры	%
Висячий отдел	2,4
Бульбозный отдел	38,1
Мембранозный отдел	32,5
Простатический отдел	17,7
Множественные стриктуры	9,3

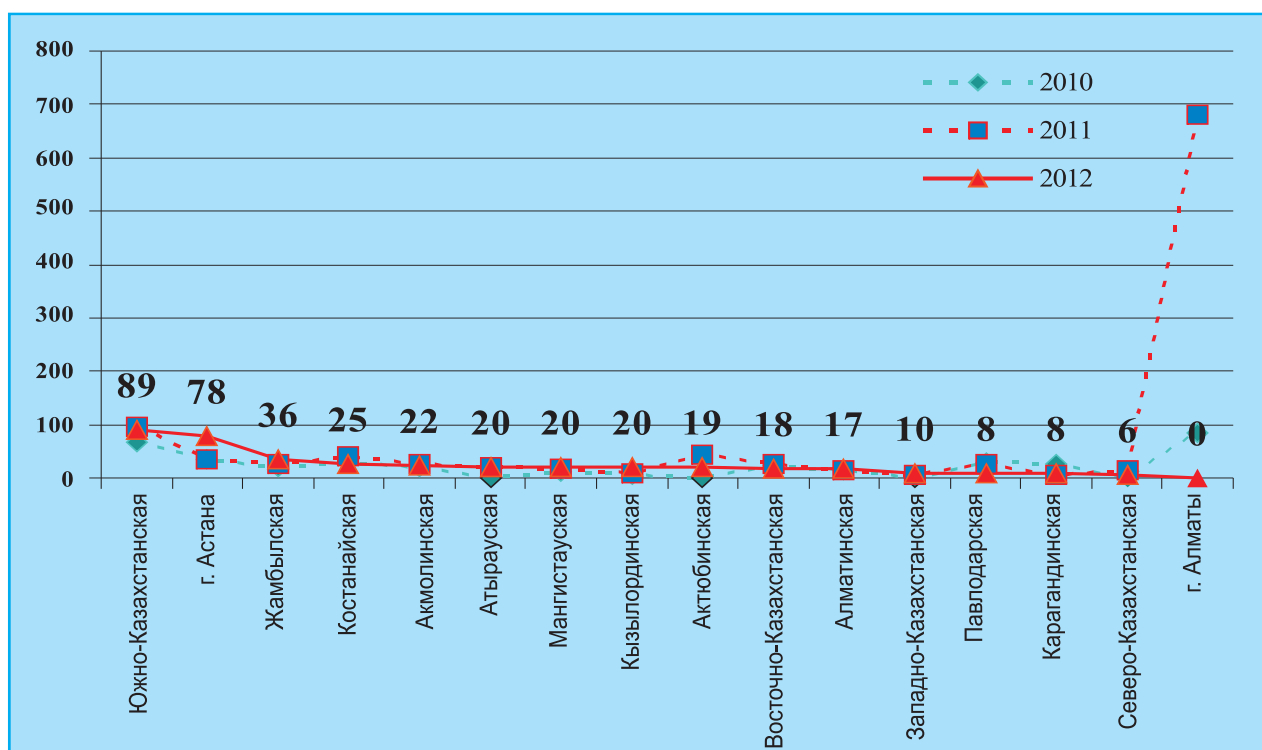


Рисунок 6. Заболеваемость населения республики стриктурой уретры (в разрезе регионов)

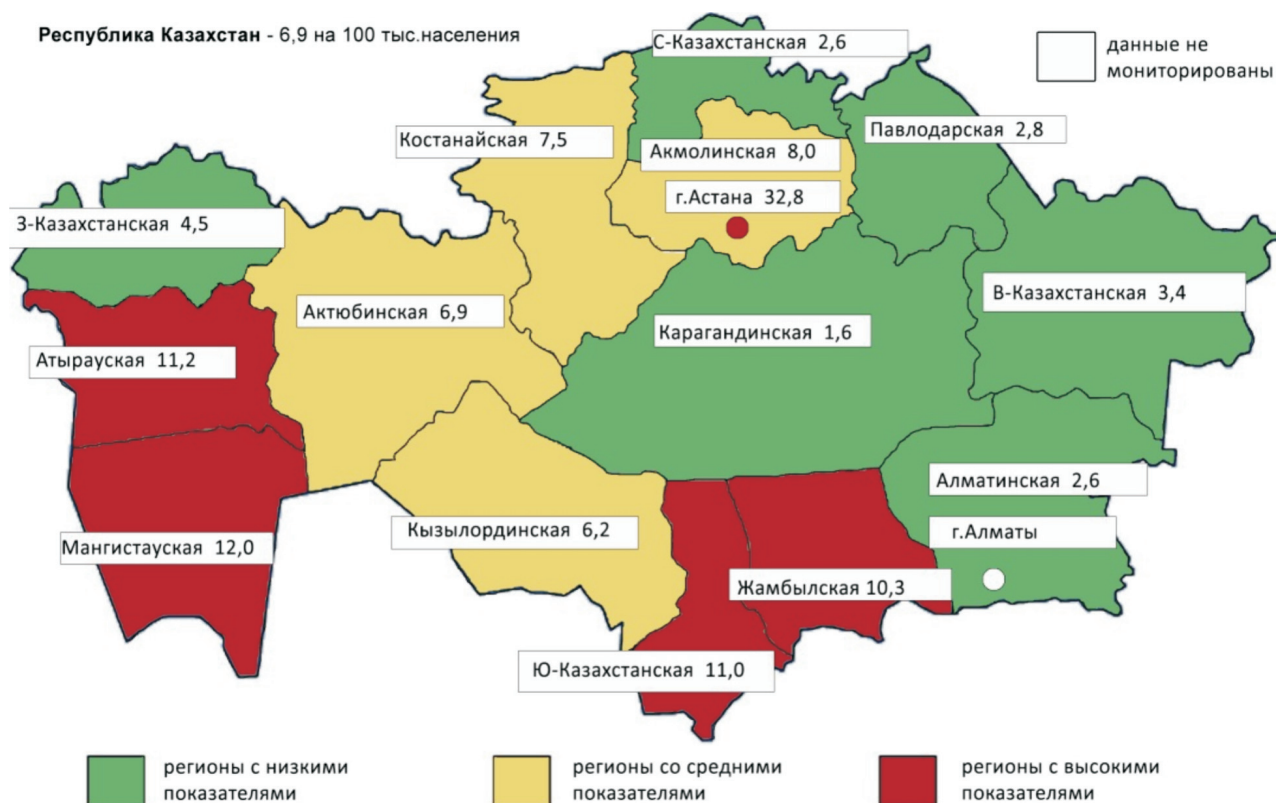


Рисунок 7. Средние показатели заболеваемости стриктурой уретры в разрезе областей за 2012 год.

Таблица 9 - Показатели выполнения пластики при стриктурах уретры в Республике Казахстан.

Наименование области, города	Пластика уретры при стриктурах.					
	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Республика Казахстан	118	123	127	138	345	851
Акмолинская	14	22	18	12	10	76
Актюбинская	2	2	2	3	3	12
Атырауская	14	12	18	19	10	73
Западно-Казахстанская	1	1	2	1	1	6
Карагандинская	8	10	8	11	12	49
Кызылординская	1	1	1	3	-	6
г. Алматы *	**	**	**	**	200*	200*
Оптическая уретротомия при стриктурах уретры						
Павлодарская	**	**	**	**	8	8
Северо-Казахстанская	**	**	**	15	16	31
Южно-Казахстанская	78	75	78	74	85	390

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

- Лазерная уретротомия является оптимальным методом хирургического лечения стриктур уретры.
- Преимущество заключается в минимальной кровопотере и в отсутствии выраженного воздействия на периуретральную ткань, тем самым снижается риск рецидива.
- На сегодняшний день наиболее высокой эффективностью среди лазеров обладает гольмиевый лазер (Ho:YAG).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В «НЦУ»

Результаты сравнительного анализа показали, что при лазерной уретротомии процент рецидивирования значительно ниже, чем при оптической уретротомии (30% и 55% соответственно).

При использовании лазерной уретротомии стриктур бульбозного отдела уретры эффективность достигает 80%.

Таблица 10 - Показатели оказания медицинской помощи в Республике Казахстан при стриктурах уретры (2012г.)

Наименование области, города	Показатели								
	хирургическое лечение					ВСМП (абс.ч.)	СМП (абс.ч.)	диспансеризация больных	
	средняя длительность пребывания на койке (к/д)			Хирургическая активность (%)	п/о летальность (%)			взято	состоит
	всего	до операц	после операции						
Республика Казахстан	12,0	1,7	10,3	71,6	0	4	330	79	139
Акмолинская	11	2	9	100	0	*	*	8	8
Актюбинская	9,6	1,8	7,8	100	0	0	16	0	0
Алматинская	12	2	10	88	0	0	8	11	19
Атырауская	12	3	9	10	0	*	*	7	7
Восточно-Казахстанская	13,2	1,1	12,2	72,2	0	3	10	4	6
Жамбылская	9,4	1,4	8	52,8	0	0	19	0	0
Западно-Казахстанская	13	2	11	100	0	0	55	0	0
Карагандинская	19,1	1	18,1	31,5	0	0	38	0	0
Костанайская	11,2	1	10,2	33,3	0	0	15	*	*
Кызылординская	10	1	9	65	0	1	12	20	7
Мангистауская	*	*	*	*	0	0	20	5	8
Павлодарская	7,4	1,1	6,3	78	0	*	*	0	0
Северо-Казахстанская	14	1	13	100	0	0	16	6	16
Южно-Казахстанская	10	1	9	95,5	0	0	85	16	65
г. Алматы	8,2	2	6,2	98	0	*	*	*	*
г. Астана	20,5	4,1	16,4	50	0	0	36	2	3

Лазерная уретротомия коротких стриктур уретры (до 1 см) эффективна в 76%, а процент рецидива в ближайшие 5 лет составляет всего 6,1%. При протяженности стриктуры от 1 см до 2 см, клиническая эффективность составляет всего 57%, при этом риск рецидива составляет 48%.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭНДОХИРУРГИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ

- Протяженность стриктуры более 1 см
- Рецидивирующая стриктура
- Неэффективность предыдущих эндоурологических операций
- Множественные стриктуры

Таким образом, малоинвазивные технологии нашли широкое применение в урологической практике. ИВО встречается наиболее часто среди мужчин любого возраста. Основными причинами ИВО являются ДГПЖ (60%), стриктура уретры (30%), склероз шейки мочевого пузыря (10%).

Несмотря на то, что ТУР является золотым стандартом лечения ДГПЖ, этот метод имеет существенные недостатки, в том числе и значительный процент осложнений. На сегодняшний день в арсенале уролога имеются наиболее эффективные методы малоинвазивной хирургии ДГПЖ, а именно плазменная и лазерная вапоризации. По сравнению с ТУР, эти методы имеют наименьший процент послеоперационных осложнений и расширенные показания. Так, их можно использовать у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, в том числе принимающих антикоагулянты. Результаты собственного наблюдения позволили нам выработать оптимальную схему подбора хирургического лечения ДГПЖ в зависимости от размера аденомы. Использование лазерных технологий позволило нам значительно улучшить послеоперационную реабилитацию мужчин.

В лечении СШМП также широко используются лазерные технологии. Лазерная вапоризация склерозированных тканей по-

Таблица 11 – Выбор метода лечения стриктур уретры в зависимости от локализации.

Локализация	Протяженность		
	До 0,5 см	0,5 – 1 см	Более 1 см
Висячий отдел	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия Уретротомия «холодным» ножом 	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия ТУР стриктуры 	Открытая уретропластика
Бульбозный отдел	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия ТУР стриктуры 	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия ТУР стриктуры 	
Мембранозный отдел	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия ТУР стриктуры 	Лазерная уретротомия	
Простатический отдел	<ul style="list-style-type: none"> Лазерная уретротомия ТУР стриктуры 	Лазерная уретротомия	

зволило значительно улучшить исходы хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Стриктура уретры – заболевание, характеризующееся высоким процентом рецидивирования. С внедрением малоинвазивных технологий эндоскопическое рассечение ткани позволило значительно снизить признаки ИВО. Длительный опыт использования эн-

доурологии в хирургии СУ показал, что уретротомия эффективна при стриктурах менее 1 см. Широкое внедрение лазерных технологий позволило улучшить исходы малоинвазивного лечения СУ в 2 – 2,5 раза. На основе собственного исследования, мы разработали схему подбора оптимального метода малоинвазивного лечения СУ с учетом протяженности, локализации и первичности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТУР ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

- Авторы: Н.К. Касимов, Н.М.Садыков, М.Г. Кан
 Адрес: Павлодарская областная больница им. Г.Султанова
 Резюме: В статье приводятся результаты проведения трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пациентов, принимавших комбинированную терапию – тамсулозин (6 месяцев) и дутастерид.
 Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция
- Аталуы: Қуық асты безінің гиперплазиясына комбинацияланған терапиядан кейінгі трансуретральды резекцияның тиімділігі
 Авторлар: Н.К. Касимов, Н.М.Садыков, М.Г. Кан
 Мекен-жайы: Ғ.Сұлтанов атындағы Павлодар Облыстық Ауруханасы
 Тұжырым: Қуық асты безінің гиперплазиясы карт және қария жастағы ер адамдарда жиі кездесетін аурулардың бірі болып табылады. Науқастардың 30-40 %-ына оперативті түрде ем көрсетіледі. Зерттеудің мақсаты – қуық асты гиперплазиясы бар емделушілерге трансуретральды резекцияның алдында тәулігіне 0,5 мг дутастерид пен 0,4 мг тамсулозинді үздіксіз (6 ай) қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау. Анықталғаны: комбинацияланған терапиядан кейін негізгі топ емделушілерде простата көлемі 14,2 %-ға, PSA деңгейі 41,3 %-ға төмендеп, (бақылау тобындағы науқастармен салыстырғанда) науқастарға операция жасалу уақыты 30,5 %-ға қысқарды. Сонымен бірге операция кезінде қан кету көлемі, ертелі-кеш асқынулар саны анағұрлым аз байқалды.
 Түйінді сөздер: Қуық асты безінің гиперплазиясы, трансуретральды резекцияның

Title: Efficiency transurethral resection after combined therapy of benign prostatic hyperplasia
Authors: N.K. Kassimov, N.M. Sadykov, M.G. Kan
Address: Pavlodar regional hospital after g. Sultanov
Summary: Benign prostatic hyperplasia is a common disease for elderly men. About 30-40% of patients undergo surgery.
 The aim of the study was to evaluate the efficacy and safety of long-term (6 months) use of dutasteride 0.5 mg and tamsulosin 0.4 mg daily before transurethral resection in patients with a large mass of benign prostatic hyperplasia.
 It has been found that after combined therapy in patients of the main group prostate volume decreased by 14.2%, the PSA level decreased by 41.3%, the duration of operation of these patients took 30.5% less time than the control group patients. It has been also significantly less blood loss during surgery, the number of early and late complications.
Keywords: Benign prostatic hyperplasia, transurethral resection

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из частых заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. В связи с тенденцией к увеличению продолжительности жизни, число пациентов, страдающих ДГПЖ, неуклонно увеличивается [1]. Широкое использование альфа-1 адреноблокаторов в режиме монотерапии также способствуют увеличению больных с большими (>80см³) размерами простаты. В настоящее время около 30-40 % мужчин, страдающих ДГПЖ, подвергаются оперативному лечению [2,3]. Известно, что у больных с большими объемами ДГПЖ преобладают обструктивные симптомы, имеется повышенный риск прогрессирования заболевания и развития осложнений, высока вероятность оперативного вмешательства. Одним из способов снижения риска развития осложнений трансуретральной резекции (ТУР) у таких больных является применение перед операцией ингибиторов 5-альфа-редуктазы. При этом достигается уменьшение объема простаты, снижение плотности сосудов за счет ингибирования сосудистого эндотелиального фактора, что позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери [4-6]. Также известно, что альфа-1 адреноблокаторы снижают тонус гладкой мускулатуры простаты, шейки мочевого пузыря и уретры при ДГПЖ, улучшают функцию мочевого пузыря путем активации кровотока и обменных процессов в детрузоре [1]. В настоящее время окончательно не решен вопрос о выборе оптимального срока применения комбинированной терапии перед ТУР у больных ДГПЖ больших размеров.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности и безопасности про-

должительного (6 мес) применения комбинированной терапии для подготовки к ТУР у пациентов с большой массой ДГПЖ.

Таблица 1 – Результаты обследования больных ДГПЖ до комбинированной терапии перед ТУР.

Показатели	Основная группа (n=34)	Группа сравнения (n=30)
IPSS, баллы	27,8 ±3,5	28,2 ± 3,1
QoL, баллы	4,9 ±0,8	4,8 ± 0,6
Объем простаты, см ³	89,2 ±10,3	88,6 ± 8,4
Кол-во остаточной мочи	88,6±9,2	85,9 ± 10,2
Уровень ПСА, нг/мл	5,86	5,78

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 больных с ДГПЖ, которые в течение 6 месяцев перед ТУР получали дутастерид (аводарт) в дозе 0,5мг и тамсулозин (омник) в дозе 0,4мг в сутки. Группу сравнения составили 39 больных ДГПЖ с аналогичными объемами предстательной железы, которые перед ТУР не получали комбинированную терапию. Средний возраст больных основной группы составлял 65,3 ±5,2 года, а группы сравнения 63,5 ±4,8 года. Клинические проявления болезни, объем предстательной железы у больных обеих групп были аналогичными (таблица 1). В исследование не вошли пациенты с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации, ранее оперированные на нижних мочевых путях, с подозрением на рак простаты, коагулопатиями и отказавшиеся от оперативного лечения. Пациентам сообщалось о цели комбинированного лечения- выполнить ТУР ДГПЖ в более лучших условиях и с

меньшим риском развития осложнений с учетом сопутствующих заболеваний.

Положительный эффект от предварительного комбинированного лечения дутастеридом и тамсулозином в течение 6 месяцев был достигнут у всех больных основной группы.

У пациентов основной группы объем простаты уменьшился на 14,2%, количество остаточной мочи уменьшилось на 18,4%, а уровень общего ПСА снизился на 41,3%. Показаниями к ТУР ДГПЖ являлись сохраняющаяся умеренная симптоматика по шкале IPSS. При этом случаев острой задержки мочи, гематурии, инфекций мочевыводящих путей отмечено не было (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты комбинированной терапии больных ДГПЖ основной группы.

Показатели	До лечения	После лечения
IPSS, баллы	27,8 ± 3,5	20,9 ± 4,8
QoL, баллы	4,9 ± 0,8	3,8 ± 0,6
Объем простаты, см ³	89,2 ± 10,3	76,5 ± 5,2
Кол-во остаточной мочи	88,6 ± 9,2	72,3 ± 8,7
Уровень ПСА, нг/мл	5,86	3,44

Больным обеих групп была выполнена монополярная ТУР ДГПЖ на оборудовании фирмы «K.Storz» с диаметром тубуса 26Ch. Операцию выполняли под спинномозговой анестезией. После операции пациенты обеих групп принимали тамсулозин (омник) 0,4 мг 1 раз в сутки в течении 2-х месяцев. Проведен сравнительный анализ длительности операции, объема резецированной ткани, объема интраоперационной кровопотери, длительности дренирования мочевого пузыря уретральным катетером, характера осложнений и результатов лечения в группах.

Как видно из таблицы 3, у больных основной группы было резецировано достоверно меньше количество аденоматозной ткани, на что ушло меньше времени по сравнению с контрольной. ТУР ДГПЖ больным основной группы проходила с меньшим объемом кровопотери, чем в контрольной - 110 ± 15 мл и 225 ± 21 мл соответственно. Длительность дренирования мочевого пузыря уретральным

катетером после операции составила 43,5 и 56,3 часов соответственно.

Таблица 3 – Результаты ТУР ДГПЖ в основной и контрольной группах.

Показатели	Основная группа (n=42)	Группа сравнения (n=39)
Длительность операции, мин.	47,6	68,5
Масса резецированной ткани, г.	58,35 ± 8,72	64,25 ± 12,6
Кровопотеря, мл	110 ± 15	225 ± 21
Длительность дренирования мочевого пузыря уретральным катетером, час.	43,5	56,3

В основной группе показаний к гемотрансфузии во время операции и в послеоперационном периоде не было, тогда как у 1 (2,5%) больного контрольной группы наблюдалось послеоперационное кровотечение, потребовавшее проведения гемотрансфузии.

Начало ТУР-синдрома было отмечено у одного (2,5%) больного контрольной группы, которое было купировано в отделении интенсивной терапии- реанимации. Также у одного (2,5%) больного контрольной группы в послеоперационном периоде развилась картина тромбоза мелких ветвей легочной артерии, которая была купирована тромболизисной терапией.

Результаты. Предварительно проведенная комбинированная терапия ДГПЖ дутастеридом и тамсулозином в течение 6 мес. позволила выполнить ТУР пациентам основной группы в более лучших условиях и меньшим числом осложнений (таблица 4).

Ранние осложнения в виде кровотечения, острой задержки мочи, острого эпидидимита и острого простатита отмечены у 7 (17,9%) больных контрольной группы, тогда как был только 1 (2,4%) случай острой задержки мочи в основной группе.

Анализ поздних осложнений также свидетельствует об их меньшем числе в основной группе: по одному случаю стриктуры уретры и склероза шейки мочевого пузыря – 4,7%, против 6 (15,4%) в контрольной группе (2 случая стриктуры уретры, 3- склероза шейки мочевого пузыря и 1- недержания мочи).

Таблица 4 – Послеоперационные осложнения ТУР у больных с ДГПЖ основной и контрольной групп.

Осложнения:	Основная группа (n=42)	Группа сравнения (n=39)
<i>Ранние:</i> Кровотечение	-	1 (2,5%)
Острая задержка мочи	1 (2,4%)	2 (5,1%)
Острый эпидидимоорхит	-	2 (5,1%)
Острый простатит	-	2 (5,1%)
<i>Поздние:</i> Склероз шейки мочевого пузыря	1 (2,4%)	3 (7,7%)
Стриктура уретры	1 (2,4%)	2 (5,1%)
Недержание мочи	-	1 (2,5%)

Отдаленные результаты ТУР ДГПЖ оценены через 6 месяцев у 34 (80,1%) пациентов основной и 30 (76,9%) пациентов контрольной групп и были сопоставимыми (таблица 5).

Таблица 5 – Отдаленные результаты ТУР ДГПЖ у больных основной и контрольной групп.

Показатели	Основная группа (n=34)	Группа сравнения (n=30)
IPSS, баллы	3,1 ± 1,2	3,4 ± 1,4
QoL, баллы	2,20 ± 0,58	2,85 ± 0,53
Объем простаты, см ³	20,95 ± 0,68	21,55 ± 0,78
Кол-во остаточной мочи	9,25	10,63
Уровень ПСА, нг/мл	1,04	1,73

Список использованной литературы:

1. Алчинбаев М.К., Мохаммад А.М., Хусаинов Т.Э. и др. Современные подходы в диагностике и лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Алматы. 2011.-125с.
2. Мартов А.Г., Меринов Д.С., Павлов Д.А. и др. Новые эндоскопические технологии в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология. 2003; 2:56-64.
3. Камалов А.А., Гуцин Б.Л., Дорофеев С.Д. и др. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология. 2004;1:30-34.
4. Тарасов Н.И., Измайлов Р.И. Возможности комбинированной терапии доксазолином и финастеридом в лечении больных с аденомой простаты больших размеров. Урология 2009; 5: 40-45.
5. Камалов А.А., Рябой А.В., Игнашин Н.С. и др. Применение проскара в качестве предоперационной подготовки больных с доброкачественной гиперплазией простаты перед трансуретральной её резекцией. Урология. 2002; 5:16-19.
6. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Ткачук И.Н. Применение финастерида при подготовке больных аденомой предстательной железы к трансуретральной резекции простаты. Урология. 2008; 1:27-31.

Обсуждение. У больных с большой массой ДГПЖ преобладают обструктивные симптомы, высок риск прогрессирования заболевания и развития осложнений. Консервативная терапия не всегда позволяет достигнуть желаемого результата, сохраняется обструктивная симптоматика и показания к оперативному лечению. Оперативное лечение у таких больных сопряжено с серьезными интра- и послеоперационными осложнениями.

При этом возрастает роль предоперационной подготовки. Известны работы о краткосрочных курсах терапии ингибитором 5-альфа-редуктазы финастеридом у больных ДГПЖ с целью уменьшения её объемов и снижения плотности сосудов простаты с хорошими результатами последующей ТУР [4-6].

Нами после комбинированной терапии с применением дутастерида в течение 6 месяцев отмечено уменьшение объема простаты на 14,2%, длительность ТУР ДГПЖ у этих больных была на 30,5% времени меньше, чем в контрольной группе. Также значительно меньше был объем интраоперационной кровопотери, число ранних и поздних осложнений.

Заключение. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что комбинированная терапия дутастеридом и тамсулозином у больных ДГПЖ в течение не менее 6 месяцев позволяет выполнить ТУР за более короткое время, в лучших условиях и гораздо меньшим числом осложнений. Следует также отметить, что за время проведения предварительной комбинированной терапии, больные ДГПЖ имели возможность лучше подготовиться к операции с учетом сопутствующей патологии.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИПОЛЯРНОЙ ТУР

Авторы: Н.К. Касимов, Н.М. Садықов
 Адрес: Павлодарская областная больница им. г.Султанова
 Резюме: В статье приводятся результаты использования биполярной ТУР у 32 пациентов с ДГПЖ и 17 пациентов с образованием мочевого пузыря. Время операции не превышало 80 минут, при этом не было выявлено никаких осложнений.

Ключевые слова: Биполярный ТУР, ДГПЖ

Аталуы: Қос полярлы ТУР қолдану тиімділігі туралы
 Авторлар: Н.Қ. Касимов, Н.М. Садықов
 Мекен-жайы: Ғ.Сұлтанов атындағы Павлодар облыстық ауруханасы
 Тұжырым: Қуық түбі безінің ұлғаюына шалдыққан 32 емделуші мен қуық безі бар 17 емделушіге бетомерлі трансуретральды резекция қолдану тиімділігі бағаланды. Операция ұзақтыңғы сәйкесінше 30-80 және 25-40 мин.жалғасты. Геморрагиялық және су-интоксикациялық асқыну байқалмады. аденоманың ТУР жасалған соң қуықты дренаждау мерзімі 3-4 тәулікті құраса, қуық ТУР-нан соң – 2-3 тәулік. Қуық түбі безінің ұлғаюы мен қуық қабынуына шалдыққан еделушілерге физиологиялық ерiтiндiдегi қос полярлы электр резакция әдiсiн қолдану жоғары тиiмдiлiгi мен қауiпсiздiгiн көрсеттi.

Түйінді сөздер: Қуық түбі безінің, ТУР, қос полярлы

Title: About the effectiveness of bipolar TUR
 Authors: N.K. Kasimov, N.M. Sadykov
 Address: Pavlodar regional hospital after G.Sultanov
 Summary: Transurethral resection (TUR) among 32 patients with prostatic adenoma and 17 patients with urinary bladder formations. Has been evaluated the duration of operation constituted 30-80 and 25-40 minutes consequently. Hemorrhagic and water-intoxicative complications were not defected. Drainage terms of urinary bladder after TUR of prostatic adenoma constituted 3-4 days, and 2-3 days after TUR of urinary bladder. The method of bipolar electro resection in saline solution showed high efficiency and safety among patients with prostates adenoma and urinary bladder formations
 Keywords: BPH, TUR, bipolar

Введение. В настоящее время активно внедряется в практику новое направление в эндоурологии — биполярная электрохирургия, позволяющая улучшить результаты лечения урологических заболеваний, снизить риск развития осложнений и расширить показания для оперативного лечения соматически отягощенных пациентов.

Целью настоящей работы является оценка результатов применения трансуретральной биполярной электрорезекции аденомы предстательной железы (АПЖ) и образованной мочевого пузыря.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 32 пациентов, которым была выполнена трансуретральная биполярная электрорезекция АПЖ и 17 пациентов, перенесших биполярную электрорезекцию мочевого пузыря. Всем больным в предоперационном периоде проводилось

комплексное урологическое обследование, включающее трансабдоминальное ультразвуковое сканирование (УЗИ) с определением остаточной мочи, определение концентрации простато-специфического антигена в сыворотке крови, оценку жалоб больного по шкале IPSS с определением индекса качества жизни, общеклинические методы исследования. Для выполнения биполярной электрорезекции использовали стандартный резектоскоп типа Iglesias №26 СН от Olympus (Япония) с оптической системой 30°, оснащенный рабочей частью с одноразовыми петлями для биполярной резекции, соединенными посредством пассивного и активного рабочего элемента через кабель передачи высокой энергии с электрическим генератором UES-40. Мощность источника тока устанавливалась в пределах 260-280 Вт в режиме «резекция», 130-150 Вт в режиме «коагуляция».

Оборудование было любезно предоставлено для апробации компанией Yumgiskor. В качестве ирригационной жидкости использовали изотонический раствор NaCl. Техника биполярной трансуретральной резекции была идентична «стандартной» методике монополярной ТУР петлевым электродом.

Результаты. Продолжительность оперативного вмешательства составила 30-80мин для ТУР АПЖ и 25-40мин для ТУР мочевого пузыря. Во время операции и в послеоперационном периоде визуально моча и промывная жидкость незначительно, а чаще вообще не содержали примеси крови. Геморрагических и водно-интоксикационных осложнений отмечено не было. Сроки дренирования мочевого пузыря уретральным катетером после ТУР АПЖ составили 3-4, а после ТУР мочевого пузыря -2-3 суток. У всех больных после удаления уретрального катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание,

а дизурия, по субъективной оценке, была минимальной. По результатам контрольного обследования, через 6,12 месяцев IPSS составил 6-8 баллов, качество жизни — 1-2 балла, остаточной мочи при УЗИ выявлено не было.

Заключение. Метод биполярной электрорезекции показал высокую клиническую эффективность и безопасность его применения у пациентов с АПЖ и образованиями мочевого пузыря за счет отсутствия пассивного электрода, значительно меньшей электростимуляции запирающего нерва во время операции на мочевом пузыре, меньшей глубины коагуляционного некроза, более эффективной коагуляции кровеносных сосудов и использования в качестве ирригационной жидкости обычного физиологического раствора. Также биполярная резекция позволяет отказаться от использования миорелаксантов при проведении интраоперационной анестезии.

ТӨМЕНГІ НЕСЕПАҒАР ТАСЫНЫҢ ОРНАЛАСУЛАРЫНДА ЖӘНЕ ӨЛШЕМІНДЕ РИГИДТІ УРЕТЕРОСКОПТЫҢ СӘТТІЛІК ЫҚТИМАЛДЫЛЫҒЫ

- Авторлар: М. Ахайбеков, Н. Бердикулов, А. Қаратаев
 Мекен-жайы: А. Ясауи атындағы клиника-диагностикалық орталығы, Түркістан қ.
 Тұжырым: Бұл зерттеуде ригидті уретероскоп (УРС) қолдана отырып жасаған уретердің төменгі бөлігі тастарында эндоурологиялық емнің ретроспективті зерттеу жасалды және тастың орналасуына және өлшеміне қарай уретероскоптің тиімділігі бағаландырылды.
 Түйінді сөздер: Несепағар тасы, уретероскоп, пневматикалық литотриптор, тассыздық ықтималдылығы.
- Название: Эффективность ригидной уретероскопии в лечении конкрементов нижней трети мочеточников в зависимости от локализации и размеров камня
 Авторы: М. Ахайбеков, Н. Бердикулов, А. Каратаев
 Адрес: Клинико-диагностический центр им. А.Яссауи, г. Туркестан
 Резюме: В статье приводятся результаты использования ригидной уретероскопии для лечения конкрементов нижней трети мочеточников, в зависимости от размера и локализации камня.
 Ключевые слова: камни мочеточника, уретероскоп, пневматический литотриптор, осложнения
- Title: Success of rigid ureteroscopy according to the localization and in size in the lower ureter
 Authors: Mukhtar Akhaibekov, Nurzhan Berdikulov, Azimkhan Karatayev
 Address: Clinical diagnostic center by named A. Yasavi, Turkestan
 Summary: We retrospectively evaluated our rigid ureteroscopy (URS) treatment results in lower ureteric stones and assessed its effectiveness concerning ureteric stone localisation and size.
 Keywords: Ureter stones, ureteroscopy, pneumatic lithotripsy, stone-free rate, complication.

Кіріспе. Уретероскоп (УРС) несеп жолы ауруларында диагностикалық және емдік мақсатта кеңінен қолданылуда. Диагностикалық УРС үшін негізгі көрсеткіш, кішіинвазивті тәсілмен диагноз қойылуы қиын

несепағар және бүйрек тостағаншасының сирек патологиялық аймақтарын анықтау болып табылады [1]. Несепағар тас емінде болса күнімізде барғанша арта бастаған УРС қолданылуы ұсынылуда. Ашық оталар,

өте сирек жағдайлардан (мысалы; сүйек-бұлшықет бұзылысы бар науқастар) басқа кезде қолданылу ұсыныстан алынуда [2].

Дистанционды соққылы-толқынды литотриптормен (ДЛТ) салыстырғанда инвазивті тәсіл болуына қарамастан УРС-нің әсіресе дистальды несеппағар тастарында сәттілік ықтималдылығы ДЛТ-ға қарағанда жоғары екенділігі дәлелденуде [3].

Дамыған эндоурологиялық технологиялар УРС аппаратының кішкентай және қолданымды болуын қамтамасыз етуде [4].

Ұсынылған зерттеуде; несеппағар тастарында тастың көлемі және дейгейіне қарай ригидті УРС-тың әсер еткіштігі және асқынулардың деңгейіне баға берілуі мақсатталған.

Құралдар және тәсілдері. Төменгі несеппағар тасы диагнозымен Қараша 2012 ж.- Шілде 2013 ж. аралығында А. Ясауи атындағы Клиника-Диагностикалық Орталығында ригидті УРС (Karl Storz, 8,0-9,8 Fr, Germany) көмегімен ота жасалған 19 науқастың ретроспективті зерттелді. УРС көрсеткіштері; толық обструкциялы бүйрек, консервативті және/немесе ДЛТ-дан пайда көрілмеген науқастар таңдап анынды.

Науқастар тасының көлеміне байланысты; 7 мм-ден үлкен және 7 мм-ден кіші тасты науқастар етіп екі үлкен топқа бөлініп алынды. Барлық науқастар ота алдыңғы кезеңде жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі және қанның биохимиялық анализдері алынды. Несеп жолы инфекциялы бар науқастарға алдымен инфекцияға байланысты ем жасалды. Тастың орналасуы және көлемін анықтау мақсатында компьютерлік томография, тамырішілік пиелография және/немесе ультрадыбысты зерттеу жасалынды.

Спинальды, тамырішілік немесе жалпы ларенгеальды маскалық анестезиямен ригидті УРС-пен трансуретеральды жолмен тастар форсепс (эндоскопиялық зажим) және баскет катетері (корзинка) көмегімен жалғыз немесе пневматикалық литотриптор (Karl Storz) көмегімен үгітіле отырылып шығартылды (1-кесте). Пневматикалық литотриптор қолданынуы және тастың шығартылуында қолданылған техниканың таңдауы ота барысында анықталды. Таңдау

тастың өлшемі, несеппағардағы тарылуы немесе қабынудың бар-жоқтығына байланысты өзгертіліп отырылды. Несеппағарға кіреп кезде барлығында көмекші жолсерік (Glide Wire) қолданылды. Несеппағарда мукозальды зақымдану, тарылу немесе үдемелі қабыну болған науқастарда несеппағар катетері қойылып 1-2 күнде алынып тасталынды немесе несеппағар стенті (DJS) тағылды. Отадан кейінгі кезеңдерде науқасдың ауырсынуы, гематуриясы және температурасы бақылауда болды және іш қуысының жалпы шолу рентгенография көмегімен тастың бақылауы жасалды. Барлық науқастарда отадан алдыңғы кезеңде тамырішілік антибактериалды ем, отадан кейінгі кезеңдерде пероральды немесе бұлшықеттік антибиотик берілді.

Локализациясына байланысты тастардың үлкенділігі ригидті УРС көмегімен тассыздық мүмкіндіктер және тәсілге байланысты асқынулардың кездесу ықтималдылығы деңгейі статистикалық деңгейде бағаландырылды. Статистикалар SPSS 16,0 (SPSS, Chicago, IL) бағдарламасында анықтаушы статистикалық тесттер қолдана отырылып жасалды.

Нәтижесі. Науқастардың орташа жасы 36,8 (17-76). Науқастардың 8-і (42,1%) әйел, 11-і (57,89%) ер. Тастар 10 науқаста (52,63%) оң, 9 науқаста (47,36%) сол жақта. Тастың өлшемдері; 7 мм-ден үлкен тасы бар 7 науқас (36,8%), 7 мм-ден кіші тасы бар 12 науқас (63,2%). Жалпы тастардың орташа өлшемі 5,8 мм (0,3-1,1 мм). Несеппағарда орналасу ерекшелігі мен өлшемдері, пневматикалық литотриптор қолданылу пайызы, нәтижелер мен асқынулар саны 1-кестеде көрсетілген.

Несеппағар тасының 7 мм-ден үлкен тастардың отадан кейінгі тассыздық ықтималдылығы 100%, 7 мм-ден кіші тастардың тассыздық ықтималдылығы 100%. Пневматикалық литотриптор арқылы майдалаған тас бөлшектері

2 науқаста орта және жоғарғы несеппағарға ота барысында кеткені және ота барысында толығымен тазартылған жағдайлар тіркелді.

Төменгі несеппағардың жоғарғы дәрежелі тарылуы себебінен 1 науқасқа тарылу проксимальында орналасқан тасқа ригидті УРС көмегімен жете алмау себебінен науқасқа 5

Шр несепәғар катетері қойыла отырылып Облыстық орталық урологиялық бөлімге жолданды.

Европа Урология Ассоциациясының (ЕУА) 2009 бағыттарына қарай 10 мм-ден кішкентай тастардағы УРС-нің тассыздық ықтималы төменгі несепәғарда 96-98% [6]. Ал, ДЛТ-дағы тассыздық ықтималы 80-91% [6].

УРС кезінде тастың үгілуі үшін қолданылатын пневматикалық литотриптордың әсерлілігі және сенімділігі байқалған. [10]. Зерттеуімізде де тас үгіру техникасы ретінде кейбір науқастарымызда пневматикалық литотриптор қолданылды. Қолданылмаған науқастарымызда тас жеке бөлінді ретінде форсепс немесе баскет катетер қолданыла отырылып шығартылды. Пневматикалық литотрипторды қолдану ықтималдылығы 7 мм-ден үлкен тастарда 57,1% болса, 7 мм-ден кіші тастарда қолданылу ықтималдылығымыз 0% еді. Тастың өлшемі азайған сайын пневматикалық литотриптордың да қолданылу ықтималдылығы да төмендейтіні байқалды.

Холленберг және достарының литотрипсияда голмиум лазер қолданғандары және УРС-дағы несепәғар перфорация ықтималдылығын зерттеген зерттеуде; бұл ықтималдылықтың проксималь несепәғарда 7%, дистальды несепәғарда 3%, екенділігі анықталған [11].

Сөзен және достарының пневматикалық литотрипторды қолдана жасаған зерттеуінде және перфорация ықтималдылығы 1,5%.. екенділігі анықталған. [12]. Біздің зерттеуде барлық науқастарда несепәғар перфорациясы ықтималдылығы 0%. УРС-ден кейінгі ашық отаға өту зерттеуімізде тіркелмеді.

УРС-ден кейінгі пайда болатын несеп жолы инфекция ықтималдылығы ЕУА 2009 бағыттарында дистальды несепәғар тастарында 2-7%, деңгейінде анықталған [6]. Біздің зерттеуімізде отадан кейінгі қызба және бүйірлік ауырсыну тіркелмеді.

Эндоскопиялық емдерде несеп жүйесі инфекциясының даму ықтималдылығын ескеруде отадан кейінгі кезеңде міндетті түрде қызба деңгейі бақылауы және міндетті болмаса да қажетті науқастарға бактериологиялық егуді бақылауға алу уросепсис дамуын алдын-алуда критикалық маңызға ие.

Қорытынды. Ригидті УРС және пневматикалық литотриптормен төменгі несепәғар тастарының эндоскопиялық емінде жоғары деңгейдегі сәттілікке қол жеткізілді. Несепәғардың төменгі бөліктік тарылуларында несепәғар тасына жетуде және үгітуде мүмкіндігінше кедергі келтіретінділігі және өте байсалды сәтсіздікке ұшырататындылығы анықталды. Пневматикалық литотриптордың 7 мм-ден кішкентай тастарда қолданысының жоқ екенділігі және тастың көлемі өскен сайын қолданысының артатындылығы анықталды.

1- кесте.

	7 мм-ден кіші төменгі несепәғардың тасы Саны (%) 12 (63,1%)	7 мм-ден үлкен төменгі несепәғардың тасы Саны (%) 7 (36,9%)	Жалпы төменгі несепәғар тасы Саны (%) Орташа:5,8 мм (3-11мм)
Тассыздық ықтималдылығы	11 (91,6%)	7 (100%)	18 (94,73%)
Пневматикалық литотриптор қолданылуы	0 (0%)	4 (57,1%)	4 (22,2%)
Ота ұзақтылығы	49,1 мин	50,7 мин	49,7 мин (10-115 мин)
Сәтсіздік	1(8,3 %)	0 (0%)	1 (5,2%)
Анестезия түрі			
Ларингеальды	2(16,6%)	0 (0%)	2 (10,5%)
Тамырішілік	5(41,6%)	1(14,28%)	6(31,5%)
Спинальды	5(41,6%)	6(85%)	11(57,9%)
Инфекция	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Әдебиеттер:

1. Su LM, Sosa RE. Ureterscopy and retrograde ureteral access. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. Campbell's urology, 8th edn. Saunders, Philadelphia, 2002. p.3306-3319.
2. Aghamir SK, Mohseni MG, Ardestani A. Treatment of ureteral calculi with ballistic lithotripsy. J Endourol 2003;17:887-890.
3. Turk TM, Jenkins AD. A comparison of ureteroscopy to in situ extracorporeal shock wave lithotripsy for the treatment of distal ureteral calculi. J Urol 1999;16:45-47.
4. Keeley FX, Pillai M, Smith G, Chrisofos M, Tolley DA. Electrokinetic lithotripsy: safety, efficacy and limitations of a new form of ballistic lithotripsy. BJU International 1999;84:261-263.
5. Serra AJ, Moreno RP, Baron FR, et al. Current Management of Calculi in Horseshoe Kidneys. Scand J Urol Nephrol 2000;34:114-118.
6. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, et al. Management of patients with stones in the ureter. EAU Guidelines on urolithiasis 2009. p.57.
7. Strohmaier WL, Schubert G, Rosenkranx T, Weigl A. Comparison of ESWL and ureteroscopy in the treatment of ureteral calculi: a prospective study. Eur Urol 1999;36:376-379.
8. Küpeli B, Alkibay T, Sınık Z, Karaoğlan Ü, Bozkırlı I. What is the optimal treatment for lower ureteral stones larger than 1 cm? Int J Urol 2000;7:167-171.
9. Bierkens AF, Hendrikx AJ, De La Rosette JJ, Stultiens GN, Beerlage HP, Arends AJ, Debruyne FM. Treatment of mid- and lower ureteric calculi: extracorporeal shock-wave lithotripsy vs laser ureteroscopy. A comparison of cost, morbidity and effectiveness. Br J Urol 1998;81:31-37.
10. Ceyla K, Sünbül O, Şahin A, Güneş M. Ureteroscopic treatment of ureteral lithiasis with pneumatic lithotripsy: analysis of 287 procedures in a public hospital. Urol Res 2005;33:422-425.
11. Hollenbeck BK, Schuster TG, Faerber GJ, Wolf JS. Comparison of outcomes of ureteroscopy for ureteral calculi located above and below the pelvic brim. Urology 2001;58:351-355.
12. Sözen S, Küpeli B, Tunç L, Şenocak C, Alkibay T, Karaoğlan U, et al. Management of ureteral stones with pneumatic lithotripsy. Report of 500 patients. J Endourol 2003; 99:721-724.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

- Авторы:** А.Г. Мартов^{1,2}, Д.О. Джалилов², Д.А. Абдуллаев²
- Адрес:** ¹Кафедра урологии ФГОУ ДПО ИПК Федерального Медико-биологического Агенства, Москва (зав. проф. А.Г. Мартов), Городская клиническая больница №57 Департамента Здравоохранения г. Москвы (Главный врач – И.А. Назарова)
²Российская медицинская академия последиplomного образования, кафедра эндоскопической урологии (зав. – проф. О.В. Тердорович)
- Резюме:** Работа посвящена оценке результатов применения эндоскопических методов лечения у пациентов с обструктивными осложнениями после перенесенной радикальной простатэктомии. В исследование включены 68 пациентов с диагнозом рак предстательной железы в стадиях Т1-Т3, которым выполнялась радикальная простатэктомия. Определена оптимальная лечебная тактика у больных имеющих обструктивные осложнения радикальной простатэктомии
- Ключевые слова:** Рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, уретроцистоанастомоз
- Аталуы:** Радикалды простатэктомиядан кейінгі обструктивті асқынулардың эндоскопиялық зерттеу әдістері және емі.
- Авторлар:** А.Г. Мартов^{1,2}, Д.О. Джалилов², Д.А. Абдуллаев²
- Мекен-жайы:** ФМББМ Федералды Медико-биологиялық агенттігінің урология кафедрасы Мәскеу қ. Мәскеу қ. Денсаулық сақтау департаментінің №57 Қалалық клиникалық ауруханасы. Ресейлік дипломнан кейінгі білім беру медициналық академиясы, эндоскопиялық урология кафедрасы.
- Тұжырым:** Бұл жұмыс радикалды простатэктомиядан кейін обструкциямен асқынған науқастарды эндоскопиялық әдіспен емдеу нәтижелерін бағалау үшін арналған. Зерттеуге радикалды простатэктомия жасалған, Т1-Т3 сатысындағы қуық асты безінің қатерлі ісігі бар 68 науқас алынды. Радикалды простатэктомиядан кейін обструктивті асқынулары бар науқастарға тиімді емдеу тактикасы анықталды.
- Түйінді сөздер:** Қуық асты безінің қатерлі ісігі, радикалды простатэктомия, уретроцистоанастомоз.

Title: Endoscopic methods of diagnostics and treatment of obstructive complications after radical prostatectomy

Authors: A.G. Martov^{1,2}, D.O. Dzhililov², D.A. Abdullaev²

Address: ¹ Urology Department of Federal Medico-biological Agency of Moscow city. Municipal Clinical Hospital 57 of Moscow Health Department
² Russian Medical Academy of postgraduate education, department of endourology

Summary: The scientific work is devoted to assessing the results of endoscopic treatment in patients with obstructive complications after undergoing radical prostatectomy. The study included 68 patients diagnosed with prostate cancer in stage T1-T3, who underwent radical prostatectomy. The optimal treatment policy for patients with obstructive complications of radical prostatectomy

Keywords: Prostate cancer, radical prostatectomy, ureterocystanastomosis

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных и социально значимых заболеваний, занимает второе место по частоте выявления среди всех злокачественных новообразований мужчин во всем мире и шестое место среди причин смерти от рака, при этом наиболее высокие показатели зарегистрированы в развитых странах Европы и Северной Америки. «Золотым стандартом» и наиболее часто встречающимся оперативным вмешательством при локализованном раке предстательной железы является радикальная простатэктомия (РПЭ). Преимуществами РПЭ являются полное удаление опухоли, точное определение стадии заболевания, излечение сопутствующей аденомы предстательной железы, надежное подавление уровней ПСА ниже предела чувствительности качественного анализа. Однако имеется и немало недостатков, к которым следует отнести: послеоперационную летальность (до 0,5%), импотенцию (50-70%), стриктуру уретроцистоанастомоза (5-17%), недержание мочи (3-36%) [1-4]. На основании многоцентровых исследований выявлено, что частота всех осложнений находится в диапазоне 6,5-19,8% [1-4]

Общепринятым считается разделение осложнений на интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные. Интраоперационные осложнения хорошо изучены и включают в себя кровопотерю, сложности наложения уретровезикального анастомоза, повреждение прямой кишки, брюшины, мочеточников, мочевого пузыря, уретры и сосудисто-нервных пучков, неполное удаление ткани предстательной железы, летальный исход.

К ранним послеоперационным осложнениям относятся: отсроченное кровотечение, длительное обильное выделение мочи или лимфы

(лимфоррея) по страховому дренажу, лимфоцеле, несостоятельность анастомоза, выпадение уретрального катетера, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, нагноение операционной раны, инфаркт миокарда, сепсис и другие.

Поздние осложнения являются наименее изученными осложнениями РПЭ. Наиболее значимым поздним осложнением РПЭ, помимо эректильной дисфункции и недержания мочи, является обструкция нижних мочевых путей, обусловленная стриктурой или облитерацией уретроцистоанастомоза (УЦА). [2-4].

Таким образом, предупреждению и своевременному лечению обструктивных осложнений данной категории больных необходимо отводить особое внимание, учитывая их негативное влияние на качество жизни пациентов. Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий открывает новые перспективы в лечении пациентов с обструктивными осложнениями радикальной простатэктомии.

Материалы и методы исследования. В основу работы положено исследование результатов эндоскопического лечения обструктивных осложнений радикальной простатэктомии. Объектом исследования стали 68 больных, находившихся на стационарном лечении в ГКУБ №47 города Москвы (теперь ГКБ №57) с 2004 по 2012 годы. Всем пациентам выполнено оперативное лечение по поводу обструктивных осложнения радикальной простатэктомии. Возраст пациентов колебался от 53 до 83 лет. Показатель сывороточного PSA варьировал от 0 до 1.1 нг/мл.

Всем пациентам проводилось стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование, начинавшееся со сбора и изучения жалоб и анамнеза, физикального осмотра. Ла-

бораторные исследования включали клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму, а также посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Основными инструментальными методами обследования явились ультразвуковое исследование мочевого пузыря, ложа простаты, обзорная урография, восходящая и микционная уретроцистография. В отдельных случаях выполнялась магнитно-резонансная томография органов малого таза, динамическая нефросцинтиграфия. Контрольное обследование было произведено всем пациентам спустя 1,3,6 и 12 месяцев после лечения и включало в себя сбор жалоб по шкале IPSS/QoL, урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и контроль ПСА. Большая часть оперативных вмешательств проводилась под внутривенной анестезией - у 46 пациентов. В остальных случаях, методом выбора явилась перидуральная анестезия.

Всем больным выполнена уретроцистоскопия. Важно отметить, что эндоскопическая картина у пациентов, перенесших ранее радикальную простатэктомию, характеризуется отсутствием нормального анатомического строения мочеиспускательного канала. Из основных особенностей можно выделить нередкое отсутствие семенного бугорка, укорочение задней уретры; рубцово-склеротические изменения шейки мочевого пузыря, наличие или отсутствие элементов наружного сфинктера мочевого пузыря (рисунок 1).

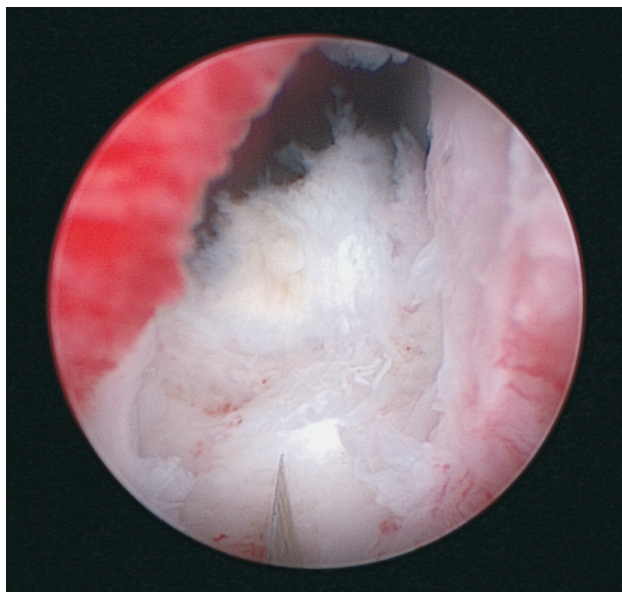


Рисунок 1. Зона уретроцистоанастомоза после радикальной простатэктомии

23 пациента были госпитализированы в стационар по поводу острой задержки мочеиспускания, возникшей на 7-14 месяцы после радикальной простатэктомии, 12 из них выполнялась интерметтирующая катетеризация с одновременным назначением альфа-адреноблокаторов и у 11 больных мочевой пузырь был дренирован троакарной цистостомой. В последующем им всем была выполнена электроинцизия или резекция уретроцистоанастомоза. Во всех остальных случаях выполнена лазерная коррекция уретроцистоанастомоза (рисунок 2) в связи с хронической задержкой мочеиспускания, возникшей на 9-32 месяцы после РПЭ.

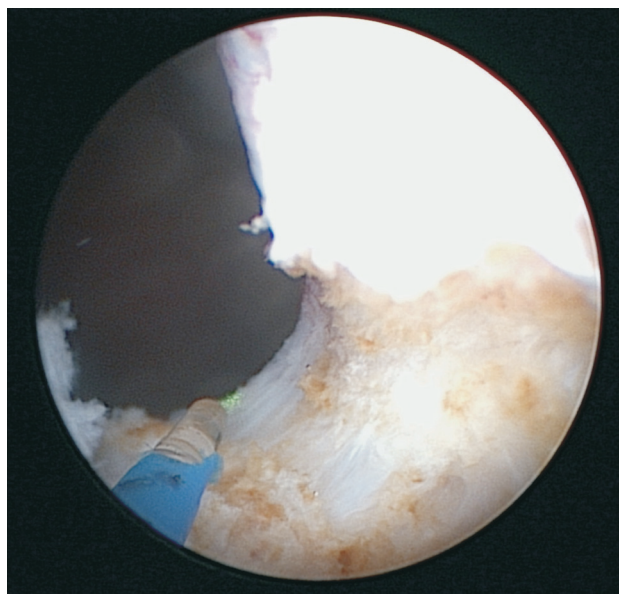


Рисунок 2. Лазерная инцизия уретроцистоанастомоза после радикальной простатэктомии

У 6 пациентов стриктура УЦА сочеталась со стриктурой висячего отдела уретры протяженностью от 0,5 до 1,5 см, что побудило к совмещению инцизии с внутренней уретротомией «холодным ножом» или гольмиевым лазером. 11 пациентам выполнению инцизии УЦА предшествовала цистолитотрипсия, обусловленная конкрементами от 1.0 до 3.0 см. В 2-х случаях конкременты носили лигатурный характер.

Результаты и их обсуждение. Ранний послеоперационный период протекал гладко, всем больным восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Время операции составило от 15 до 45 минут. Среднее время дренирования мочевого пузыря у пациентов без цистостомического дренажа составило

7-9 дней. У больных с цистостомой дренаж удалялся в среднем на 4-5 день, а уретральный катетер через 9-10 дней после операции. У 7 пациентов возникли повторные нарушения мочеиспускания, которые потребовали повторных госпитализаций и вмешательств. Максимальное количество госпитализаций одного пациента по поводу рецидивной стриктуры УЦА составило 5 раз. Рецидив значительно чаще возникал у группы пациентов, которым предпринималось то или иное электрохирургическое воздействие, вследствие этого для лечения этой категории больных мы перестали его применять, заменив электрохирургические резекционные и инцизионные методики на лазер (Ho-Yag).

У 9 пациентов отмечено недержание мочи, возникшее в раннем послеоперационном периоде, которое самостоятельно купировалось к моменту контрольного обследования. Только у троих пациентов недержание

сохранялось и по прошествии года после операции. По результатам контрольных обследований у пациентов средние показатели IPSS/QoI составили 13,1/2,4, Qmax увеличилась в среднем с 5,9 мл/сек, до 20мл/сек. Послеоперационный объем остаточной мочи не превышал 30 мл.

Выводы. Эндоскопические методы диагностики и коррекции обструктивных осложнений у пациентов, ранее перенесших радикальную простатэктомию, можно считать малотравматичными, высокоэффективными методиками, при которых допускается многоэтапное лечение и их неоднократное выполнение. Малая травматичность позволяет сократить послеоперационный койко-день и сроки дренирования мочевого пузыря. Все это позволяет рекомендовать эндоскопические вмешательства в качестве метода выбора для диагностики и лечения обструктивных осложнений радикальной простатэктомии.

Список использованной литературы:

1. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3,478 consecutive patients: long-term results / Roehl K.A., Han M., Ramos C.G., Antenor J.A., Catalona W.J. // J. Urol. 2004. Vol. 172, N 3. P. 910-914.
2. Comparison of transperitoneal and extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy using match-pair analysis / Erdogru T., Teber D., Frede T., Marrero R., Hammady A., Seemann O., Rassweiler J. // Eur. Urol. 2004. Vol. 46, N 3. P. 312-319.
3. Complications and other surgical outcomes associated with extended pelvic lymphadenectomy in men with localized prostate cancer / Briganti A., Chun F.K., Salonia A., Suardi N., Gallina A., Da Pozzo L.F., Roscigno M., Zanni G., Valiquette L., Rigatti P., Montorsi F., Karakiewicz P.I. // Eur. Urol. 2006. Vol. 50, N 5. P. 1006-1013.
4. Complications of open radical retropubic prostatectomy in potential candidates for active monitoring / Loeb S., Roehl K.A., Helfand B.T., Catalona W.J. // Urology. 2008. Vol. 72, N 4. P. 887-891.

ОБСТРУКТИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ – ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Авторы: А.Г. Мартов^{1,2}, Д.О. Джалилов², Д.А. Абдуллаев²
- Адрес: ¹Кафедра урологии ФГОУ ДПО ИПК Федерального Медико-биологического Агентства, Москва (зав. проф. А.Г. Мартов), Городская клиническая больница №57 Департамента Здравоохранения г. Москвы (Главный врач – И.А. Назарова)
²Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра эндоскопической урологии (зав. – проф. О.В. Тердорович)
- Резюме: Работа посвящена оценке результатов применения эндоскопических методов лечения у пациентов с обструктивными осложнениями после перенесенной брахитерапии по поводу рака предстательной железы. В исследование включены 41 пациент с диагнозом рак предстательной железы в стадиях T1-T3, которым выполнялась интерстициальная лучевая терапия. Проведен анализ эффективности различных эндоскопических оперативных вмешательств в условиях лучевого поражения уретры и простаты
- Ключевые слова: Рак предстательной железы, брахитерапия, ТУР простаты.

- Аталуы: Брахи́терапияның обструктивті асқынулары – эндоскопиялық емдеу әдістері.
- Авторлар: А.Г. Мартов^{1,2}, Д.О. Джалилов², Д.А. Абдуллаев²
- Мекен-жайы: ФМББМ Федералды Медико-биологиялық агенттігінің урология кафедрасы Мәскеу қ. Мәскеу қ. Денсаулық сақтау департаментінің №57 Қалалық клиникалық ауруханасы. Ресейлік дипломнан кейінгі білім беру медициналық академиясы, эндоскопиялық урология кафедрасы.
- Тұжырым: Бұл жұмыс қуық асты безінің қатерлі ісігінің брахи́терапиясынан кейін обструкциямен асқынған науқастарды эндоскопиялық әдіспен емдеу нәтижелерін бағалау үшін арналған. Зерттеуге интерстициалды сәулелік терапия жасалған Т1-Т3 сатысындағы қуық асты безінің қатерлі ісігі бар 41 науқас алынды. Үрпі мен простатаның сәулемен зақымдануы жағдайындағы әртүрлі эндоскопиялық оталық араласулардың тиімділігінің талдауын жасау.
- Түйінді сөздер: Қуық асты безі қатерлі ісігі, брахи́терапия, простата ТУР-ы.
- Title: Obstructive complications of brachytherapy – endoscopic methods of treatment
- Authors: A.G. Martov^{1,2}, D.O. Dzhililov², D.A. Abdullaev²
- Address: ¹Urology Department of Federal Medico-biological Agency of Moscow city. Municipal Clinical Hospital 57 of Moscow Health Department
²Russian Medical Academy of postgraduate education, department of endourology
- Summary: The scientific work is devoted to assessing the results of endoscopic treatment in patients with obstructive complications after brachytherapy for prostate cancer. The study included 41 patients with prostate cancer T1-T3 stage, who underwent interstitial radiation therapy (brachytherapy). The analysis of the effectiveness of various endoscopic surgeries and radiation injury of urethra and prostate has been carried out.
- Keywords: Prostate cancer, brachytherapy, TURP

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) сегодня считается одной из самых серьезных медицинских проблем среди мужского населения. В Европе он является наиболее распространенным солидным раком, заболеваемость которым составляет 214 случаев на 1000 мужчин, опережая рак легких и колоректальный рак. К тому же в настоящее время РПЖ занимает 2-е место среди онкологических заболеваний по смертности мужчин [1]. Наряду с «золотым» стандартом терапии локализованных форм РПЖ - радикальной простатэктомией, в последние годы все большую популярность получает метод интерстициальной лучевой терапии - брахи́терапии. Метод основан на внедрении в ткань предстательной железы закрытых лучевых микроисточников (чаще - I¹²⁵).

С начала применения брахи́терапии до сегодняшнего дня соотношение радикальной простатэктомии (РПЭ) к брахи́терапии в пользу последней неуклонно увеличивается. Так, в Соединенных штатах Америки с 1994 по 2003 гг. количество брахи́терапий увеличилось с 4 до 52 тыс. в год. Результатом брахи́терапии является безрецидивная выживаемость от 66 до 95% при сроках наблюдения 5-12 лет [1-3].

Несмотря на то, что брахи́терапия представляется как малоинвазивный метод лече-

ния рака предстательной железы, ему как и любому методу лечения присущи различные осложнения. На основании многоцентровых исследований разработана классификация расстройств мочеиспускания после брахи́терапии, которые включают три степени нарушений: первая степень – это ранняя обструктивная симптоматика, требующая приема альфа-адреноблокаторов. Вторая степень требует интермитирующей катетеризации. При третьей степени требуется либо оперативное лечение, либо, в меньшей степени, цистостомия и бужирование уретры [3]. Осложнения брахи́терапии также разделяют на ранние и поздние. Ранние, возникающие до 12 месяцев после операции – это ирритативные расстройства мочеиспускания, острая задержка мочеиспускания, стриктуры уретры, проктит. Патогенез ранних осложнений, по нашему мнению, в основном обусловлен отеком предстательной железы, лучевым простатитом и уретритом вследствие высокой дозы облучения, приходящейся на эти органы (до 200 Гр для предстательной железы и 120 Гр для уретры). Так частота острой задержки мочеиспускания после брахи́терапии, по данным разных авторов, при достаточном количестве наблюдений составляет от 5 до 22% случаев [1-3]. Консервативное лечение, как правило,

оказывается эффективным, однако применение интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря (нередко затруднительной или осложнённой) может приводить к развитию стриктур или облитераций уретры. В качестве первой медицинской помощи в таких ситуациях обычно больным устанавливают эпицистостому, которая, решая проблему оттока мочи из мочевого пузыря, в свою очередь усложняет последующее восстановление самостоятельного мочеиспускания. Помимо этого имеет место так называемый «пустой» мочевой пузырь, что также увеличивает вероятность развития лучевого цистита.

К поздним осложнениям, возникающим позднее 12 месяцев после брахитерапии, обычно относят: склероз простаты (шейки мочевого пузыря), недержание мочи, стриктуру уретры, гематурию, эректильную дисфункцию, проктит, а также осложнения эндоскопической хирургии после брахитерапии. Так, например, наиболее частой причиной стрессового недержания мочи у больных после брахитерапии ряд авторов считает выполненную с целью ликвидации инфравезикальной обструкции трансуретральную резекцию предстательной железы [1-3].

Таким образом, профилактика и своевременная коррекция осложнений, возникших на фоне проведения интерстициальной лучевой терапии, являются важными факторами лечения больных данной категории и в значительной степени могут улучшить качество их жизни. Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий открывает новые перспективы в лечении пациентов с обструктивными осложнениями брахитерапии рака предстательной железы [4].

Целью работы явилась оценка отдаленных результатов применения эндоскопических методов лечения у пациентов с обструктивными осложнениями брахитерапии.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование был включен 41 пациент в возрасте от 59 до 82 лет с раком предстательной железы в стадии T1-T3, которым в период с 2001 по 2012 годы на базе ГКУБ № 47 г. Москвы (теперь ГKB №57) производилось эндоскопическое оперативное лечение по поводу обструктивных осложнений после

выполненной брахитерапии. Всем пациентам выполнялась брахитерапия с I-125.

16 пациентов были госпитализированы в клинику по поводу острой задержки мочеиспускания (8 – установлена временная троакарная эпицистостома), 24 – в связи с хронической задержкой мочеиспускания и одной больной в связи с болями в правой поясничной области на фоне правостороннего уретерогидрнефроза. У 19 пациентов после брахитерапии продолжался курс адъювантной гормонотерапии, 7 дополнительно проведен курс дистанционной лучевой терапии.

Всем пациентам проводилось стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование, начинавшееся со сбора и изучения жалоб и анамнеза, физикального осмотра. Лабораторные исследования подразумевали клинический и биохимический анализ крови с определением уровня простато-специфического антигена (ПСА), общий анализ мочи, коагулограмму, а также посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Основными инструментальными методами обследования явились ультразвуковое исследование мочевого пузыря и простаты, урофлоуметрия, обзорная урография, восходящая и микционная цистоуретрография. В отдельных случаях выполнялась экскреторная урография, магнитно-резонансная томография органов малого таза, динамическая нефроцинтиграфия. Показатель ПСА после проведенной брахитерапии варьировал от 0,02 до 1,2 нг/мл, объем предстательной железы составлял от 23 до 87 см³.

Большая часть оперативных вмешательств проводилась под эпидуральной анестезией (36 пациентов), в остальных случаях, учитывая выраженные изменения позвоночника, методом выбора был эндотрахеальный наркоз.

8 пациентам по поводу острой и хронической задержки мочеиспускания, возникшей на 9-58 сутки после брахитерапии, выполнялось эндопротезирование простаты (рисунок 1). Были установлены 3 биорастворимых и 5 металлических простатических стента. В последующем через 7-11 месяцев им всем была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) простаты после удаления простатического стента.

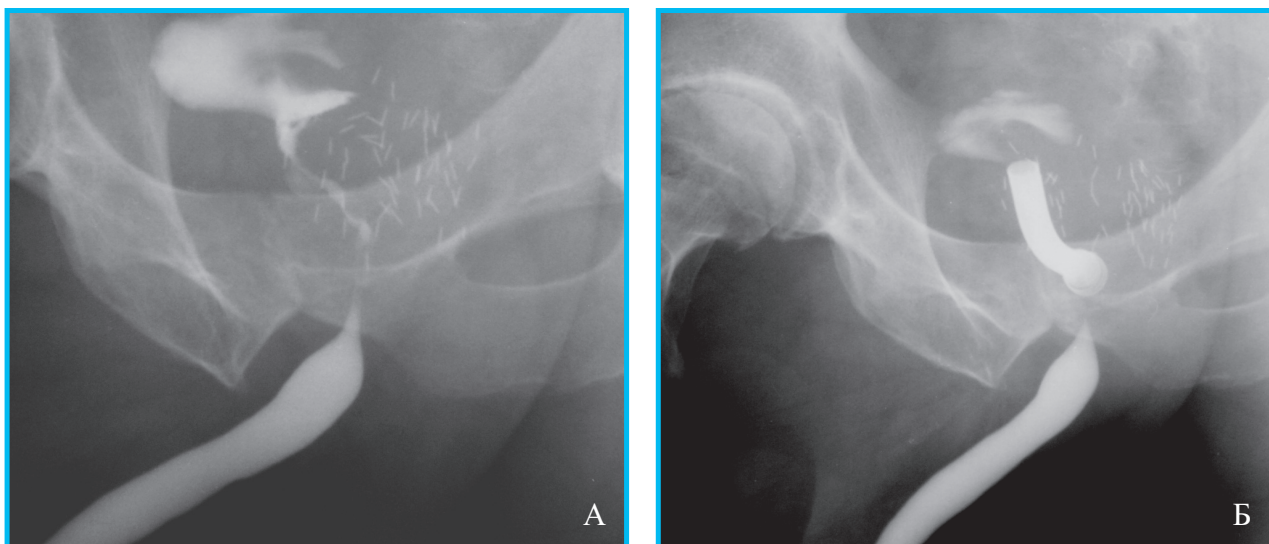


Рисунок 1. Уретрограммы б-го С., 68 лет.
 А. 3 месяца после брахитерапии, хроническая задержка мочеиспускания,
 Б. после установки простатического стента «Мемокат»

14 пациентам выполнена внутренняя уретротомия или реканализация уретры по поводу её стриктуры или облитерации, возникшей на 3-32 месяца после брахитерапии: трём внутренняя уретротомия выполнялась дважды, 1- трижды. В пяти случаях операция завершалась установкой уретрального эндопротеза (рисунок 2) и в 7 наблюдениях внутренняя уретротомия сочеталась с инцизией или ТУР простаты.

18 пациентам через 8-72 месяцев после брахитерапии выполнена ТУР (инцизия) простаты в связи с хронической задержкой мочеиспускания (рисунок 3): 2 больным это выполнено дважды, а у 5 сочеталось с цистолитотрипсией.

У пациента с правосторонним уретерогидронефрозом, обусловленным лучевой стриктурой терминального отдела и камнем нижней трети правого мочеточника, развившейся через 7 лет после брахитерапии в результате чрезмерно близкого расположения к устью имплантируемых радиоактивных зерен, выполнена трансуретральная резекция мочеточникового устья с эндоуретеротомией, уретеролитоэкстракцией и удалением радиоактивных зерен.

Контрольное обследование было произведено всем пациентам спустя 3- 12 месяцев после эндоскопического лечения и включало в себя сбор жалоб по шкале IPSS/QoL, урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и контроль ПСА.

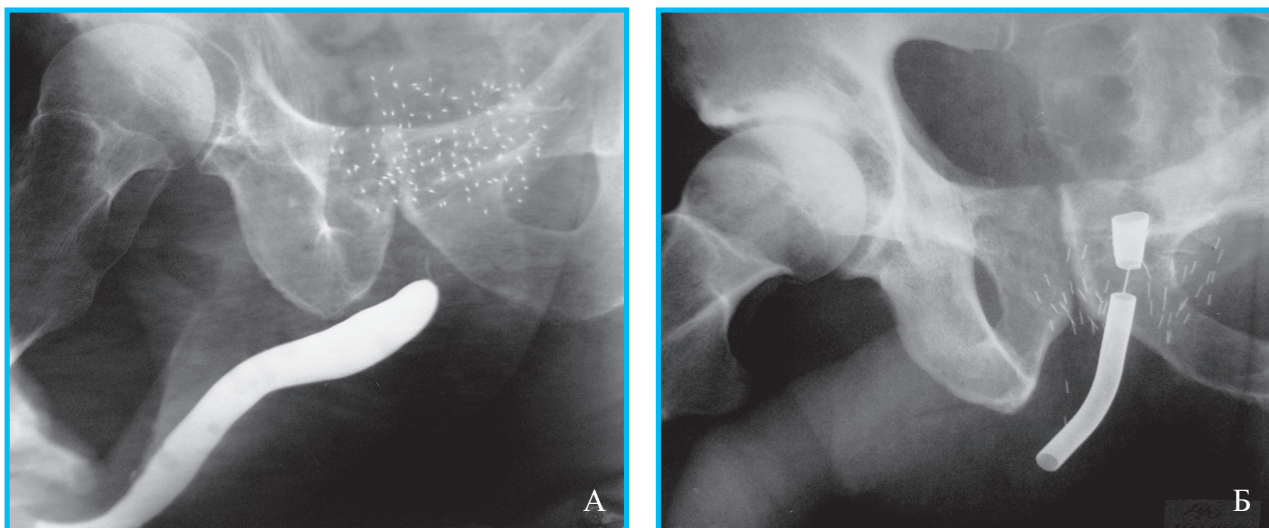


Рисунок 2. Уретрограммы б-го Г., 72 года,
 А. 1 год после брахитерапии, облитерация уретры,
 Б. выполнена реканализация бульбозного отдела уретры с установкой эндопротеза Porges Urospiral 3.

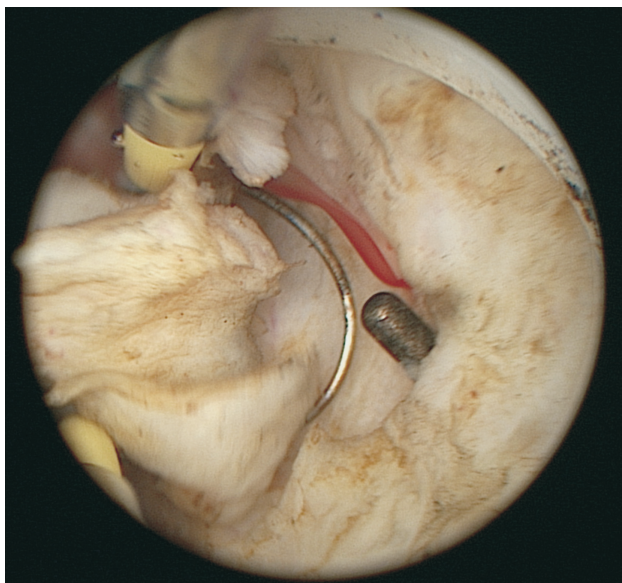


Рисунок 3. Больной Н., 75 лет, 2.5 года после брахитерапии, хроническая задержка мочеиспускания, ТУР простаты. Удаление лучевых источников.

Результаты и их обсуждение. Время операции составило от 20 до 55 минут. Все операции прошли без осложнений. Сроки госпитализации составили от 3 до 10 суток. Сроки контрольного обследования составили от 1 до 11 лет.

Ранний послеоперационный период у большинства больных протекал гладко, всем восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Лишь у одного пациента на 2 сутки после ТУР простаты возник острый эпидидимит, купированный консервативными мероприятиями. В позднем послеоперационном периоде у 2 больных отмечена острая задержка мочеиспускания, вызванная миграцией эндопротеза, потребовавшая его репозиции. 2 пациентам со склерозом шейки мочевого пузыря, возникшим после ТУР простаты, выполнена лазерная инцизия шейки мочевого пузыря с длительным положительным эффектом. У 4 больных с лучевыми стриктурами и облитерациями уретры после брахитерапии возникали повторные рецидивы заболевания после неоднократного эндоскопического лечения – всем пациентам установлены различные модификации уретральных эндопротезов на длительное время (8-27 месяцев). После удаления эндопротезов рецидивов стриктур уретры не отмечали. У 2 пациентов после ликвидации обструктивной симптоматики сохранялось стрессовое недержание мочи.

Во всех случаях нами не было отмечено прогрессии основного заболевания, также не

зарегистрировано значимого изменения ПСА крови. Уродинамические показатели после трансуретральных операций были характерны для необструктивного типа мочеиспускания при отсутствии значимого объема остаточной мочи, показатели IPSS/QoL составили 12,1/3.1. У больного после эндоуретеротомии при контрольном обследовании через 12 и 48 мес., данных за нарушение оттока мочи не выявлено.

Всем пациентам с острой задержкой мочеиспускания в ранние сроки после брахитерапии при неудаче консервативной терапии и интермиттирующей катетеризации мы с успехом применили эндопротезирование простаты. Резекционных и инцизионных оперативных вмешательств не выполняли сознательно, принимая во внимание, что:

- Любая облученная рана плохо заживает,
- При резекции, инцизии и коагуляции ещё больше нарушается кровоснабжение тканей, что значительно увеличивает потенциальную опасность осложнений,
- Вместе с удалением тканей удаляются и радиоактивные зёрна, что снижает эффективность метода.

Технической особенностью резекционных операций в поздние сроки после брахитерапии, когда действие радиоактивных зёрен прекращается (не менее 6-8 мес.), явилось отсутствие чрезмерного радикализма во время вмешательства. Большинство операций выполнено в объёме «паллиативной ТУР» с удалением «средней доли» и щадящим удалением апикальных тканей для профилактики послеоперационного недержания мочи. По этим же причинам и для уменьшения послеоперационной дизурии мы применяли минимальную коагуляцию тканей.

Выводы. Эндоскопические методы лечения являются эффективными и безопасными в ликвидации обструктивных осложнений брахитерапии рака простаты. Использование эндоскопических методов не приводит к прогрессированию рака простаты. Брахитерапия должна с осторожностью выполняться пациентам, имеющим необструктивную аденому предстательной железы, размерами свыше 60 см³. В случае выявления стриктуры уретры (в качестве причины задержки мочеиспускания) целесообразно выполнение внутренней уретротомии, а при рецидивном течении заболевания целесообразно завершить операцию установкой уретрального стента.

- Список использованной литературы:
1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. Рак предстательной железы.- М.-2011.- «АБВ-пресс».- С. 495-561
 2. Костин А.А., Сёмин А.В., Каприн А.Д., Цыбульский А.Д. Факторы прогноза осложнений брахитерапии при комплексном лечении рака предстательной железы // Андрология и генитальная хирургия. - 2010. - №2. -С. 33-38.
 3. Stone N.N., Stock R.G. Complications Following Permanent Prostate Brachytherapy // Eur Urol. - 2002. - Vol. 41. - P. 427 - 433.
 4. Мартов А.Г., Сивков А.В., Ощепков В.Н. Эндоскопические методы лечения обструктивных осложнений брахитерапии.-М.,2010.- Второй Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям.- С. 63-64

УДК: ???

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) У МУЖЧИН

- Авторы:** З.К. Гаджиева
Адрес: Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека
Резюме: В статье отражены основные схемы медикаментозного лечения СНМП, которые наблюдаются у 15-48% мужчин с ДГПЖ. α -АБ являются препаратами первой линии для лечения СНМП у мужчин. Они должны быть предложены для пациентов с умеренными и тяжелыми СНМП. Ингибиторы 5-АР должны быть предложены пациентам, имеющим умеренные или тяжелые СНМП и увеличенную простату. Они могут предотвратить прогрессирование заболевания, острую задержку мочи и необходимость хирургического вмешательства.
Ключевые слова: СНМП, гиперактивность, медикаментозное лечение
- Аталуы:** Ерлердегі төменгі несеп шығару жолдары симптомдарының дәрілік емі.
Авторлар: З. К. Гаджиева.
Мекен-жайы: И.М. Сеченов атындағы Бірінші МММУ, Уронефрология және адам репродуктивті денсаулығы ҒЗИ.
Тұжырым: Бұл мақалада қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы бар 15-48 % ерлердің төменгі несеп шығару симптомын негізгі дәрілік емдеу нұс.аулары көрсетілген. α – АБ ТНШЖС бар науқастарды емдеуде бірінші қатарлы препарат болып табылады. Олар әлсіз және ауыр ТНШЖС бар науқастарға ұсыну керек. 5 – АР ингибиторы әлсіз және ауыр ТНШЖС және ұлғайған простатасы бар науқастарға ұсынылуы керек. Олар аурудың үдеуінің, жедел зәр кідіруін және хирургиялық араласудың алдын алуы мүмкін.
Түйінді сөздер: ТНШЖС, гипербелсенділік, дәрілік емдеу.
- Title:** Medical treatment of lower urinary tract symptoms in men
Authors: Z.K. Gadzhieva
Address: First MMMU named after I.M. Sechenov, SRI of uronephrology and reproductive health
Summary: The article describes the basic regimen for medical treatment of LUTS, which are observed in 15-48% of men with BPH. α -AB are the first-line drugs for the treatment of LUTS in men. They should be offered to patients with moderate to severe LUTS. The 5-AR should be offered to patients with moderate to severe LUTS and an enlarged prostate. They can prevent the progression of the disease, acute urinary retention and the need for surgical intervention.
Keywords: LUTS, overactivity, medical treatment

СНМП у мужчин чаще всего обусловлены механической обструкцией. Кроме того, расстройства мочеиспускания связаны с гиперактивностью гладкомышечных клеток в стенке нижних мочевых путей, что приводит к постоянному или периодическому их

гипертонусу. В то время как механическая обструкция главным образом вызывает обструктивную симптоматику, гиперактивность объясняет как симптомы, как обструкции, так и раздражения. Более того, достаточно выраженные СНМП могут встречаться и без

существенной механической обструкции. У большинства пациентов расстройства мочеиспускания обусловлены как механическим, так и функциональным факторами. Острая задержка мочи — крайнее проявление СНМП. Около 25–30% больных, направляемых для оперативного лечения, по результатам комплексного обследования не отвечают уродинамическим критериям простатической обструкции, а до 30% больных со сниженной сократительной способностью детрузора без признаков обструкции подвергаются хирургическому лечению. Детрузорная гиперактивность исчезает у 60% больных с ДГПЖ после хирургической ликвидации препятствия оттоку мочи. В то же время у 15–48% больных с ДГПЖ после операции сохраняются ирритативные симптомы.

Современные представления о развитии СНМП при инфравезикальной обструкции (Leading Light, 2010):

Плотность холинергических нервных волокон в детрузоре у мужчин с ИВО на 60% меньше, чем при отсутствии ИВО.

При развитии ИВО активизируются немиелинизированные С-волокна.

ИВО может вызывать гиперактивность детрузора вследствие холинергической денервации детрузора и последовательной гиперчувствительности мускариновых рецепторов к ацетилхолину

В результате обструкции увеличиваются метаболические потребности в сочетании с уменьшением притока крови, что приводит к аноксии и гибели нейронов

М-ХР могут играть важную роль в возраст-зависимом повышении ответа альфа1-АР в тканях мочевого пузыря, а облегче-

ние контрактильного ответа, связанного с альфа1А-АР, может быть причиной гиперактивности мочевого пузыря у пожилых людей.

В связи с многофакторностью патогенеза развития СНМП группой экспертов Европейской ассоциации урологов, участвовавших в создании рекомендаций по диагностике и лечению симптомов нижних мочевых путей у мужчин при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) было принято решение по изменению названия главы в руководстве (EAU Guidelines 2011). Название новой главы звучит как «Лечение симптомов нижних мочевых путей у мужчин с неневрологическими заболеваниями, включая гиперплазию предстательной железы» в противовес предыдущему названию «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы». Данное решение объяснено следующим образом: «... В связи с тем, что пациенты ищут помощи по поводу СНМП, а не ДГПЖ, рекомендации по лечению, ориентированные на симптомы, являются более реалистичными и применимыми на практике в отношении разных клинических ситуаций, чем рекомендации, ориентированные на заболевание...».

Фармакологическое лечение мужчин со средним и тяжелым вариантом течения СНМП (Matthias Oelke et al., 2011):

- α_1 -адреноблокаторы
- Ингибиторы 5 α -редуктазы
- Антимускариновые препараты (М-ХБ)
- Аналоги вазопрессина и петлевые диуретики

α_1 -адреноблокаторы являются первой линией терапии для мужчин с беспокоящими СНМП (Oelke M et al., 2012) (рисунок 1).

	α_1 -адреноблокаторы
Общий балл IPSS	↓ 35–40%
Q _{max}	↑ 20–25%
Зависимость эффекта от объема предстательной железы (ОПЖ)	нет, эффективность не зависит от ОПЖ
Скорость наступления эффекта	быстро(дни)
ОПЖ	Не влияют
Долгосрочная эффективность	Сохраняют эффективность при длительном использовании
Побочные эффекты	<ul style="list-style-type: none"> • Со стороны ССС, влияние на регуляцию гемодинамики • Ретроградная эякуляция

Рисунок 1. Действие α_1 -адреноблокаторов, как препаратов первой линии для мужчин с СНМП.

Применение альфа-адреноблокаторов в предоперационном периоде снижает риск острой задержки мочеиспускания. Ишурия зарегистрирована у 2,3% пациентов, получавших альфа-адреноблокатор перед и сразу после оперативного вмешательства, и у 17% пациентов, не получавших альфа-адреноблокаторы (Мельников А.В., 2002).

Наиболее известные альфа-адреноблокаторы, применяющимися в урологической практике (оригинальные препараты):

- тамсулозин (Омник, Омник Окас),
- теразозин (Сетегис),
- доксазозин (Кардура),
- альфузозин (Дальфаз).
- силодозин (Урорек)

Тамсулозин обладает улучшенным профилем безопасности в отношении побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Учитывая указанную положительную особенность тамсулозина, в случае необходимости назначения $\alpha 1$ -адреноблокатора этот препарат можно рекомендовать даже больным со склонностью к артериальной гипотензии. Тамсулозин почти полностью всасывается в кишечнике и обладает практически 100% биодоступностью. Дозировка не требует титрования и индивидуального подбора, как у остальных $\alpha 1$ -адреноблокаторов, и может быть полной терапевтической дозой с самого начала лечения, составляя 0,4 мг (1 капсула) 1 раз/сут после завтрака. Это позволяет обеспечить быстрое начало дей-

ствия и уменьшение выраженности симптомов по сравнению с неселективными $\alpha 1$ -адреноблокаторами, дозу которых нужно постепенно увеличивать (таблица 1).

Среди дженериков тамсулозина используют сонизин, тулозин, тамсулон-ФС, таниз-К, фокусин; дженерики доксазозина — артезин, зоксон, камирен; теразозина — корнам.

Сродство силодозина к $\alpha 1A$ -АР в сравнении с $\alpha 1B$ -АР – в 162 раза. Несмотря на высокую селективность, показанную в исследованиях *in vitro*, по данным клинических исследований силодозин не имеет преимуществ перед тамсулозином по эффективности и уступает по безопасности. Оба препарата одинаковы по эффективности и превосходят плацебо по уменьшению общего балла IPSS и баллов по подшкалам опорожнение и наполнение.

Высокократное увеличение сродства к $\alpha 1A$ -адренорецепторам (локализирующимся в простате) силодозина в сравнении с тамсулозином не обеспечивает увеличение эффективности в отношении СНМП. По результатам нескольких проведенных исследований разница эффективности тамсулозина и силодозина статистически не значима (Watanabe T et al., 2011). В то же время, частота побочных эффектов при применении силодозина выражена более, чем при применении тамсулозина.

Зная побочные эффекты М-холиноблокаторов, целесообразно ли и безопасно ли, применять М-холинолитики у больных

Таблица 1 - Основные побочные эффекты на фоне применения различных $\alpha 1$ -адреноблокаторов.

	Альфузозин	Доксазозин	Теразозин	Тамсулозин	Силодозин
Слабость	2,0 %	8,0 %	6,4 %	1,0 %	
Головная боль	1,6-6,4 %	9,9 %	1,3-14 %	2,1 %	1,1%
Головокружение	6,5-7,2 %	15,6-24 %	3,8 – 11,7 %	1,1-3,0 %	1,8-2,3 %
Гипотензия	0,8-1,9 %	1,7 -8,0%	1,3-7,7 %	0 %	1,2%
Нарушение сердечного ритма	-	0,5 %	0,5 %	0,3 %	
Сердцебиение	1,6 -2,4 %	1,2 %	0,9 %	1,3 %	
Вазомоторный ринит	-	-	3,8 %	0,3 %	1,0-4,5 %
Ретроградная эякуляция				1,1 %	12,5-21,5 %
-автор-	Jurdin, 1990	Christensen M. et al., 1993; Chapple C., et al., 1995;	Lepor 1992	Chapple 1996, Watanabe T et al., 2011	Watanabe T et al., 2011, Montorsi F., 2010

гиперактивным мочевым пузырем при наличии инфравезикальной обструкции вследствие гиперплазии предстательной железы?

У больных ДГПЖ с симптомами ГМП после проведения оперативного лечения симптомы наполнения сохраняются достоверно реже при предоперационной терапии М-холиноблокатором, чем при лечении альфа-1-адреноблокатором - 12,5% и 27,5% (Тангриберганов М.Р., 2011).

Хорошая переносимость селективного М-холиноблокатора у пациентов старшей возрастной группы является значимым моментом в выборе именно данного препарата в лечении императивных расстройств мочеиспускания, так как больные данной возрастной группы и без того отягощены сопутствующими заболеваниями со стороны различных внутренних органов, что осложняет прием препаратов с большим количеством побочных эффектов. Основным недостатком антимускариновых препаратов является то, что они действуют на мускариновые рецепторы в других тканях, что ведет к появлению побочных эффектов. При взаимодействии данных препаратов со слюнными железами возникает сухость во рту. Солифенацин более селективен в отношении мочевого пузыря, чем толтеродин и оксибутинин. Эта относительная селективность препарата по отношению к мочевому пузырю отражается в относительно низкой частоте возникновения сухости во рту при его применении, что в по-

следующем было доказано в исследованиях (Hegde S.S., 2006, Ohtake A, Ukai M, Hatanaka T, et al. , 2004).

Кому показана комбинация альфа-адреноблокатор + холинолитик?

Мужчинам с сочетанием инфравезикальной обструкции и персистирующими симптомами гиперактивности МП, а также с низким риском возникновения ОЗМ (Ch.Chapple et al, EAU 2009, 56, p.534-543):

- Клинически выраженная инфравезикальная обструкция ($Q_{max} < 15$ мл/сек)
- Частота мочеиспусканий ≥ 8 за 24 часа
- Ургентные позывы ≥ 1 за 24 часа, с ургентным недержанием мочи или без
- Ноктурия
- Суммарная IPSS ≥ 12 ;
- QL-качество жизни ≥ 3
- Объем остаточной мочи < 200 мл
- Отсутствие ОЗМ в анамнезе
- ($Q_{max} > 5$ мл/сек)

Комбинированная терапия α -АБ и М-ХБ показывает высокую терапевтическую эффективность у 87,5% больных ГМП в сочетании с ДГПЖ (Козырев С.В., 2008). На фоне комбинированного лечения α -АБ и М-ХБ не выявлено существенного увеличения количества остаточной мочи, равно как и развития эпизодов острой задержки мочеиспускания (рисунок 2).

Выводы. α -АБ являются препаратами первой линии для лечения СНМП у мужчин. Они должны быть предложены для па-

	2001 ¹	2013 ²
Выжидательная тактика, изменение образа жизни	✓	✓
α_1 -адреноблокаторы	✓	✓
Ингибиторы 5- α -редуктазы	✓	✓
Холинолитики		✓
Растительные экстракты	*	*
α_1 -адреноблокаторы + ингибиторы 5- α -редуктазы	*	✓
α_1 -адреноблокаторы + холинолитики		✓
Ингибитор 5 фосфодиэстеразы (PDE5) (с или без тамсулозина)		✓
Аналоги вазопрессина – десмопрессин		✓

рекомендованы
 Не присутствуют в рекомендациях
 * присутствуют в рекомендациях, но не рекомендованы

Рисунок 2. Группы препаратов, включенные в рекомендации EAU 2013.

циентов с умеренными и тяжелыми СНМП. Ингибиторы 5-АР должны быть предложены пациентам, имеющим умеренные или тяжелые СНМП и увеличенную простату. Они могут предотвратить прогрессирование заболевания, острую задержку мочи и необходимость хирургического вмешательства. Пригодны только для длительного лечения. М-ХБ могут рассматриваться как препараты для пациентов с умеренными и тяжелыми СНМП, которые имеют преимущественно сторожевые симптомы (симптомы накопления). Комбинированное лечение АБ с ингибиторами 5-АР должно быть предложено пациентам с умеренными и тяжелыми СНМП, увеличенной простатой, а также снижением Qmax (склонность к развитию прогрессии).

Комбинированное лечение не рекомендуется для краткосрочной терапии (<1 года).

Комбинированное лечение АБ с М-ХБ может рассматриваться у пациентов с умеренными и тяжелыми СНМП, если монотерапия не привела к облегчению симптомов.

Абсолютные показания к хирургическому лечению:

- Симптомы НМП не реагируют на консервативное и медикаментозное лечение,
- Динамика СНМП на фоне медикаментозного лечения не значима для пациента.
- Периодические острые задержки мочи,
- Рецидивирующие ИМП,
- Рецидивирующая макрогематурия,
- Расширение верхних мочевых путей или нарушение функции почек.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ

Авторы: И.И. Абдуллин
Адрес: ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России
Резюме: В статье приведены результаты лапароскопической тазовой лимфоаденэктомии при раке предстательной железы. Выполнение лапароскопической расширенной ТЛЭЭ показано всем больным РПЖ при необходимости проведения лимфодиссекции, а именно пациентам групп промежуточного и высокого риска наличия метастазов в ЛУ при проведении ЛРПЭ.
Ключевые слова: лимфаденэктомия, рак простаты, лапароскопия

Аталуы: Простатаның қатерлі ісігі кезіндегі жамбас қуысының лапароскопиялық лимфаденэктомиясы.
Авторлар: И.И. Абдуллин
Мекен-жайы: Ресей Денсаулық сақтау Министрлігінің «Емдік-реабилитациялық орталық»
Тұжырым: Бұл мақалада Простатаның қатерлі ісігі кезіндегі жамбас қуысының лапароскопиялық лимфаденэктомиясы кезіндегі нәтижелер көрсетілген. Жамбас қуысының лапароскопиялық лимфаденэктомиясы лимфодиссекцияны қажет ететін қуыт асты безінің қатерлі ісігі бар науқастарға, әсіресе лимфа түйіндерінің метастаздануының аралық және жоғары қауып қатер тобындағы науқастарға көрсетілген.
Түйінді сөздер: Лимфаденэктомия, қуық асты безінің қатерлі ісігі, лапароскопия.

Title: Laparoscopic pelvic lymphadenectomy for prostate cancer
Authors: I.I. Abdullin
Address: FSI «Treatment and Rehabilitation Center» Russian Ministry of Health
Summary: The article describes the results of laparoscopic pelvic lymphadenectomy for prostate cancer. Laparoscopic extended pelvic lymphadenectomy indicated to all patients with prostate cancer, especially at patients groups of intermediate and high risk of metastases in the lymph node during radical prostatectomy.
Keywords: lymphadenectomy, prostate cancer, laparoscopy

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных и социально значимых заболеваний. Он занимает второе место по частоте выявления сре-

ди всех злокачественных новообразований мужчин во всем мире и шестое место среди причин смерти от рака. В Российской Федерации заболевание приобрело такой же раз-

мах. Например, в 2009 году РПЖ впервые выявлен у 25215 мужчин, при этом он занимал четвертое место в структуре онкологических заболеваний мужского населения (его доля составила 10,7%). По темпам прироста заболеваемости (на 130,57%) и смертности (на 40,72%) за период с 1999 по 2009 годы РПЖ занимал первое место. Неутешительным остается и показатель смертности от РПЖ. Так, в 2010 г. в России от данной патологии умерли 9971 мужчина, прирост показателя за 10 лет составил 57,56 %. Таким образом, несмотря на улучшение методов диагностики РПЖ и внедрение мониторинга простатспецифического антигена (ПСА), распространенность запущенных форм, а также смертность от РПЖ в России остаются высокими.

Несмотря на существование большого количества методов лечения больных локализованным РПЖ, ведущим их них считается позадилоная радикальная простатэктомия (РПЭ). Это объясняется тем, что метод позволяет полностью удалить пораженный орган и лучше контролировать возможный дальнейший рост опухоли. Применение данной операции способствует более точному определению стадии заболевания, приводит к наиболее благоприятным отдаленным онкологическим результатам и относительно высокому качеству жизни после вмешательства. Более того, РПЭ является единственным методом лечения локализованного РПЖ, который продемонстрировал преимущество в выживаемости по сравнению с выжидательной тактикой в проспективном рандомизированном исследовании.

Метастатическое поражение лимфатических узлов (ЛУ) у больных РПЖ является неблагоприятным прогностическим фактором, существенно сокращающим показатели безрецидивной и общей выживаемости пациентов. Тазовая лимфаденэктомия (ТЛАЭ) – важный диагностический этап при выполнении как хирургического, так и лучевого лечения. Основная цель ТЛАЭ заключается в оценке состояния тазовых лимфатических узлов (ЛУ). Зачастую наличие метастазов в ЛУ, выявленных при плановом морфологическом исследовании после ТЛАЭ, является показанием к назначению гормональной терапии. Стандартная ТЛАЭ до недавнего времени считалась общепризнанным методом диагностики у пациентов с РПЖ. Однако последние исследова-

ния особенностей лимфооттока от предстательной железы и лимфографии, а также результаты лечения больных, перенесших расширенную ТЛАЭ, показали, что ТЛАЭ в стандартном объеме с удалением только наружных подвздошных и обтураторных ЛУ не является адекватным методом оценки состояния лимфатического коллектора у больных РПЖ. Это утверждение основано на том факте, что до 20–50 % метастатических ЛУ остаются неverified при выполнении стандартной ТЛАЭ, что приводит к недооценке категории N практически у половины больных, которым выполняют ТЛАЭ в данном объеме. В исследовании A. Heidenreich и соавт, включившем 311 больных локализованным и местно-распространенным РПЖ, которым выполнены РПЭ и ТЛАЭ, в подгруппе больных с расширенной лимфодиссекцией метастатические ЛУ в 47 % случаев локализовались по ходу внутренних и общих подвздошных сосудов. В 22% случаев метастатические ЛУ локализовались исключительно за пределами границ стандартной ТЛАЭ, с наибольшей частотой именно во внутренней подвздошной зоне. Эти данные также подтверждены крупными исследованиями по лимфографии и изучению особенностей лимфооттока от предстательной железы. Так, работы по изучению локализации сторожевых ЛУ свидетельствуют, что с наибольшей частотой метастазирование происходит в ЛУ, расположенных по ходу внутренней подвздошной артерии и ее ветвей. Все это подтверждает, что внутренние подвздошные ЛУ должны быть обязательно удалены при выполнении ТЛАЭ у больных РПЖ, особенно у пациентов с промежуточным и высоким риском наличия метастазов в ЛУ. Кроме того, интерес к дальнейшему изучению эффективности и результатов расширенной ТЛАЭ поддерживается данными, свидетельствующими о том, что расширение границ лимфодиссекции может способствовать улучшению показателей выживаемости даже у пациентов с наличием лимфогенных метастазов.

Впервые лапароскопическая РПЭ (ЛРПЭ) выполнена W. W. Schuessler в 1990 г. В связи с техническими трудностями она не нашла широкого применения. В конце 90-х гг. XX века с усовершенствованием лапароскопического оборудования и хирургического инструментария некоторые урологи вернулись к идее

лапароскопического удаления предстательной железы. В 1999 г. французские урологи В. Guillonneau и G. Vallancien представили свой первый опыт усовершенствованной методики этой операции. В настоящее время ЛРПЭ остается одним из наиболее сложных лапароскопических вмешательств в урологии. Ее преимуществами являются меньшее число интра- и послеоперационных осложнений, относительно короткий период госпитализации и реабилитации пациентов по сравнению с позадилоной РПЭ. Однако успех этого оперативного вмешательства, как и многих других, зависит от опыта хирурга.

Существуют трансперитонеальный и экстраперитонеальный доступы для выполнения данной операции. У каждого из них существуют как положительные, так и отрицательные стороны. Например, при экстраперитонеальном методе брюшина служит как естественный барьер, минимизируя вероятность ранения кишечника, а также препятствует тому, чтобы кишки перемещались в зону оперативного вмешательства и ухудшали обзор хирурга. Кроме того, данный подход помогает ограничить любую утечку мочи, которая может произойти из уретровезикального анастомоза, в пределах области экстраперитонеального вмешательства. А также данный метод является предпочтительным при наличии предшествующих операций на органах брюшной полости или при выраженном ожирении пациента. Одним из негативных моментов при использовании экстраперитонеального способа является малые размеры рабочего места по сравнению с трансперитонеальным доступом.

Список использованной литературы:

1. Медведев В.Л., Коган М.И., Костюков С.И., Стрионов С.И., Вакуленко И.Т. Лапароскопическая радикальная простатэктомия. // Тезисы научных трудов 1-ого конгресса Профессиональной Ассоциации Андрологов России. Кисловодск 2001; 47.
2. Schuessler W, Schulman P, Clayman R, et al., Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience, *Urology*, 1997;50:854–7.
3. Raboy A, Ferzli G, Albert P.: Initial experience with extraperitoneal endoscopic radical retropubic prostatectomy. // *Urology*. 1997 Dec;50(6):849-53.
4. М. Hruza, Н. О. Weiß, G. Pini et al., “Complications in 2200 consecutive laparoscopic radical prostatectomies: standardized evaluation and analysis of learn-

Несколько лет назад экстраперитонеоскопический доступ считался ограничением для выполнения расширенной ТЛАЭ, однако в настоящее время большинство авторов считает, что это не так. При выполнении расширенной ТЛАЭ мы удаляли obturatorную, наружную, внутреннюю, общую подвздошную и пресакральную клетчатку с ЛУ. Границами лапароскопической расширенной ТЛАЭ являются: нижняя – запирающая мышца, m. levatorani дорсально и огибающая артерия вентрально, верхняя – перекрест общей подвздошной артерии и мочеточника, латеральная – бедренно-половой нерв, медиальная – мочеточник и паравезикальная клетчатка, задняя – obturatorная мышца и крестец. При анализе частоты развития интра- и послеоперационных осложнений установлено, что в послеоперационном периоде у больных чаще всего отмечаются длительная лимфоррея и формирование лимфокист, однако на нашем опыте это ни разу не потребовало дополнительных хирургических вмешательств.

Выполнение лапароскопической расширенной ТЛАЭ показано всем больным РПЖ при необходимости проведения лимфодиссекции, а именно пациентам групп промежуточного и высокого риска наличия метастазов в ЛУ при проведении ЛРПЭ. Отказ от выполнения расширенной ТЛАЭ в подгруппе больных с промежуточным и высоким риском может привести к гиподиагностике метастазов в ЛУ. Выполнение лапароскопической расширенной ТЛАЭ при наличии соответствующих навыков и хирургического опыта врача не сопровождается существенным увеличением риска развития осложнений.

ing curves,” *European Urology*, vol. 58, no. 5, pp. 733–741, 2010.

5. P. Dubernard, S. Benchetrit, P. Chaffange, T. Hamza, P. Van Box Som, and A. Hoznek, “Retrograde extraperitoneal laparoscopic prostatectomy (R.E.L.P.) simplified technique (based on a series of 143 cases),” *Progresen Urologie*, vol. 13, no. 1, pp. 163–174, 2003.
6. J. U. Stolzenburg, R. Rabenalt, M. Do, L. C. Horn, and E. N. Liatsikos, “Modular training for residents with no prior experience with open pelvic surgery in endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy,” *European Urology*, vol. 49, no. 3, pp. 491–498, 2006.
7. J. Rassweiler, M. Schulze, D. Teber et al., “Laparoscopic radical prostatectomy with the heilbronn technique: oncological results in the first 500 patients,” *Journal of Urology*, vol. 173, no. 3, pp. 897–903

II. ЕРЛЕР ДЕНСАУЛЫҒЫ ОРТАЛЫҒЫ/ ЦЕНТРЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ/ MEN'S HEALTH CENTERS

О РАБОТЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СЕМЕЙНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

- Авторы: М.К. Алчинбаев
 Адрес: АО «Научный центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова»
 Резюме: В статье представлена информация о проделанной координированной работе по открытию в регионах Республики Казахстан «Региональных центров мужского здоровья и семейного долголетия» в рамках национальной программы «Мужское репродуктивное здоровье». Представлены результаты впервые проведенного в Казахстане социального опроса о сексуальной жизни женщин и их удовлетворенности здоровьем мужчин. Определено, что в исследованных группах мужчин молодого возраста имеются мужчины с эректильной дисфункцией, что говорит о высокой распространенности этой патологии. Отмечено, что работа «Региональных центров мужского здоровья и семейного долголетия» будет направлена на раннее выявление факторов риска эректильной дисфункции и улучшение качества жизни мужчин.
- Ключевые слова: мужское здоровье, региональные центры
- Аталуы: Қазақстан Республикасындағы «Ерлер денсаулығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» аймақтық орталықтардың жұмысы туралы.
- Авторлар: М.К. Алшынбаев
 Мекен-жайы: «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ
 Тұжырым: Мақалада ұлттық «Ерлердің репродуктивті денсаулығы» бағдарламасы аясында Қазақстан Республикасының аймақтарында «Аймақтық ерлер денсаулығы орталығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» орталықтарының ашылуы және жұмысын бағыттау бойынша жұмыстар жөнінде айтылған. Қазақстанда алғашқы рет өткізілген әйелдердің сексуалды өмірі және олардың ерлерінің денсаулығымен қанағаттануы бойынша жасалған әлеуметтік сауалнаманың нәтижелері келтірілген. Зерттелген топтардағы жас ер адамдардың арасында эректілді дисфункциясы бар ер азаматтар анықталған, бұл осы патологияның кең таралғанын көрсетеді. «Аймақтық ерлер денсаулығы орталығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» орталықтарының жұмысы эректілді дисфункцияның қатерлі факторларын анықтауға және ерлер денсаулығының сапасын арттыруға бағытталған.
- Түйінді сөздер: ерлер денсаулығы, аймақтық орталығы
- Title: About regional centers «Men's Health and Family Longevity» in the Republic of Kazakhstan.
 Authors: M.K. Alchinbayev
 Address: JSC "Scientific Center of Urology named after academ.B.U.Dzharbussynov"
 Summary: The article reports on the coordinated work of the regional centers of «Men's Health and family longevity», available under the national program «Men's reproductive health.» Also for the first time in Kazakhstan it was held social survey on the sexual life of women and their satisfaction with the health of men. It was found that even in the younger age groups, there are men with erectile dysfunction, which indicates the high prevalence of this condition. The work of the regional centers will focus on the early identification of risk factors for ED and improving the quality of life of men.
- Keywords: men's health, regional centre

ПРОБЛЕМА МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА!

- Средняя продолжительность жизни мужчин в РК на 10% ниже, чем у женщин.
- Мужчины посещают врачей в три раза реже, чем женщины, в связи с чем связана низкая выявляемость заболеваний на ранних стадиях.
- Мужчины страдают ишемической болезнью сердца в 3 раза чаще, чем женщины, и в 6 раз чаще - сахарным диабетом.
- За последние 5 лет смертность от рака простаты выросла в два раза по сравнению со смертностью от рака молочной железы.
- Смертность среди новорожденных мужского пола в 3 раза выше, чем новорожденных девочек.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- По данным официальной демографической статистики Узбекистана, за годы независимости (1992-2012) население увеличилось на 6,9 млн. человек, или на 33,7% .
- Население Турции в 2012 году по сравнению с 2010 годом выросло на 1,0 млн.человек (1,35%,) составив 74,7 млн. человек.
- По официальным данным Агентства РК по статистике на начало 2013 года процентное соотношение мужчин и женщин пенсионного возраста в Казахстане составляет 28% к 72%. Данные показатели лишней раз подтверждают актуальность проблемы здоровья мужчин.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН РК, ПРОВЕДЕННОГО В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.

- проведено скрининговое исследование состояния мужской репродуктивной системы у 24 396 мужчин, проживающих во всех регионах Республики Казахстан;
- признаки эректильной дисфункции (выраженные в разной степени) были выявлены у 56,3% (13 734) мужчин;
- признаки нарушения фертильности (выраженные в разной степени) были выявлены у 30,4% (7 416) мужчин;
- инфекции, передающиеся половым путем, были выявлены у 42,4% (10 343) мужчин.

ПУТИ РЕШЕНИЯ: Научным центром урологии им. академика Б.У. Джарбусынова разработана и внедряется программа «МУЖЧИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ».

24 декабря 2007 г. данная Программа была заслушана и одобрена на IV заседании Национальной комиссии по делам семьи и гендерной политики при Президенте Республики Казахстан.

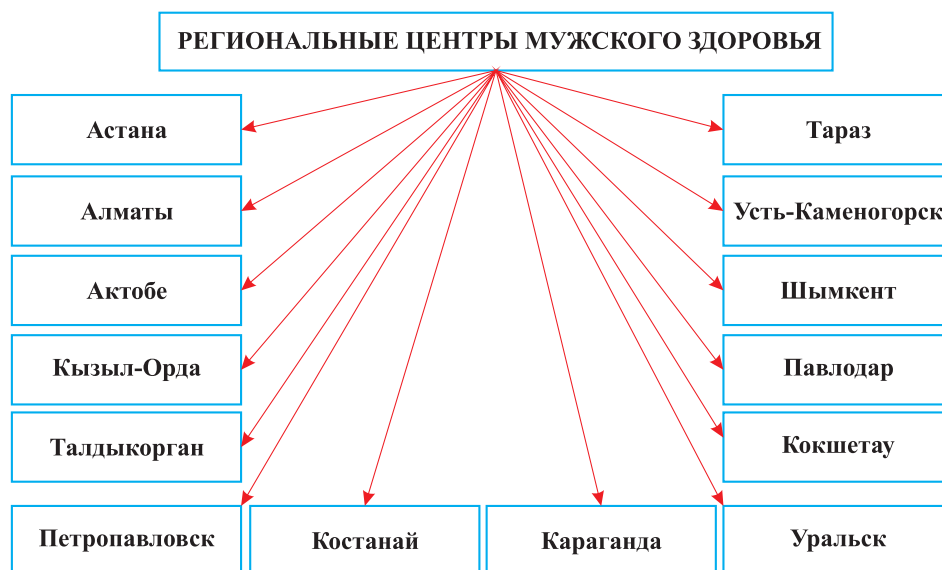
В 2008 году данная Программа была обсуждена и одобрена депутатским корпусом Парламента Республики Казахстан

В рамках реализации программы «Мужчины и репродуктивное здоровье» на сегодняшний день открыты «Региональные центры мужского здоровья» в 14 городах Казахстана. На открытие данных центров выделено более 100,0 млн. тенге из средств местного бюджета.

Роль «Региональных центров мужского здоровья»

Высокая посещаемость «Региональных центров мужского здоровья», так же свидетельствует об актуальности проблемы мужского здоровья в Казахстане. Так в данные Центры с момента открытия (менее 2-х лет) обратилось более 25000 мужчин. Диагностика и лечение данных пациентов осуществлялось по принципу междисциплинарного подхода, что позволило на ранней стадии выявлять те или иные патологии, тем самым значительно улучшая исход лечения и соответственно качество жизни мужчин.

Таким образом, роль «Региональных центров мужского здоровья» весьма важна в ча-



сти первичного выявления и консервативного лечения пациентов с легкой степенью заболеваний, но, к сожалению, на данном уровне пациент со сложной патологией не может получить высокоспециализированную помощь ввиду отсутствия необходимой материально-технической базы и квалифицированного кадрового состава, в связи с чем считаем, что есть потребность в открытии нового, специализированного, не имеющего аналогов в мире «Республиканского научно-практического центра мужского здоровья и семейного долголетия» в г. Астане.

Проделанная работа.

Открыты региональные центры по всем регионам Казахстана (До конца года будут открыты региональные центры «Мужского здоровья» в г. Актау, г. Атырау)

Разработано положение о «Региональных центрах мужского здоровья»

Решается вопрос о финансировании из Республиканского бюджета региональных центров «Мужского здоровья». В положении об урологической службе включено обозначение Региональный центр «мужского здоровья», в котором оговорено оснащение и штатная численность:

- аппарат ЭКГ
- УЗИ с эластографией и УЗДГ
- велоэргометр
- аппарат для проведения уродинамических исследований
- глюкометр
- эндоскопический набор для проведения манипуляций
- физиотерапевтическое оборудование
- аппарат для проведения ударно-волновой терапии (при эректильной дисфункции, болезни Пейрони, калькулезном простатите и т.д.)

В рамках Закона о Государственно-частном партнерстве (ГЧП) решается вопрос финансирования строительства «Республиканского научно-практического центра мужского здоровья и семейного долголетия» в г. Астана на 120 коек и поликлиникой на 300 посещений в смену.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В заключении необходимо отметить, что разработанная программа

«Мужчины и репродуктивное здоровье», а также разработанные в рамках данной программы подходы в диагностике и лечении мужчин и подростков, доказавшие свою состоятельность на практике, уникальны и на сегодняшний день не имеют аналогов в мире.

Таким образом, дальнейшая успешная реализация данного уникального проекта возможна только при непосредственном участии Общества, т.к. последнее обладает необходимым интеллектуальным потенциалом и запатентованными методами междисциплинарного подхода в лечении.

ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Было получены анкетные данные, содержащие вопросы о качестве жизни женщин. Всего было собрано 12400 анкет. После обработки осталось 11649 анкет. Часть анкет были заполнены лишь частично.

1. С какого возраста начали жить половой жизнью?
2. В каком возрасте Вы прекратили половую жизнь?
3. Регулярно ли Вы занимаетесь сексом?
4. Как часто Вы занимаетесь сексом?
5. Как часто Вы возбуждаетесь во время секса?
6. Достигаете ли Вы оргазма при половом акте?
7. Как часто Вы удовлетворены от секса?
8. От кого чаще всего исходит инициатива занятия сексом?
9. Есть ли у Вашего партнера проблемы с эрекцией, которые негативно влияют на Вашу сексуальную активность?
10. Есть ли у Вашего партнера проблемы с преждевременной эякуляцией, которые негативно влияют на Вашу сексуальную активность?
11. Если в настоящее время не живете половой, то по какой причине?
12. Как Вы считаете, достаточно ли одного партнера для полноценной сексуальной жизни?

На вопрос: «С какого возраста начали жить половой жизнью?» большинство женщин (49,47%) ответили 18-20 лет. В возраст

Таблица 1 – Начало половой жизни опрошенных женщин.

Возраст / лет	Количество	%
9-11	2	0.02
12-14	144	1.24
15-17	2052	17.68
18-20	5743	49.47
21-23	2427	20.91
24-26	880	7.58
27-29	241	2.08
30-32	104	0.90
33-35	10	0.09
36-38	3	0.03
39-41	2	0.02
42-45	0	0.00

те 9-11 лет начали жить половой жизнью 2 женщины. Среднее значение возраста, при котором происходит первый половой акт, составляет 19 лет.

Анализ

Анализ частот окончания половой жизни в разные возрастные периоды показал, что в большинстве случаев женщины заканчивали половую жизнь в 46-50 лет.

Причины, по которым женщин прекратили половую жизнь, остались неизвестны. С учетом того, что 46-50 лет не является преклонным или старческим, одной из возможных причин прекращения половой жизни является МУЖСКОЕ БЕССИЛИЕ (Эректильная дисфункция) полового партнера.

Регулярно ли Вы занимаетесь сексом?

Превалирующее большинство женщин (62,6%) регулярно занимается сексом. Как видно из таблицы, 35,9% женщин занимается сексом не регулярно, причем средний возраст этих женщин с нерегулярными половыми отношениями 39,9±9,8 лет, что является вполне молодым возрастом для регулярных занятий сексом.

Следует отметить, что средний возраст женщин, которые регулярно занимаются сексом, составляет 34,3±8,41 лет и их процентное соотношение от общего количества опрошенных женщин составляет 62.6%. Тут надо отметить очевидный факт, что с возрастом регулярность занятия сексом снижается.

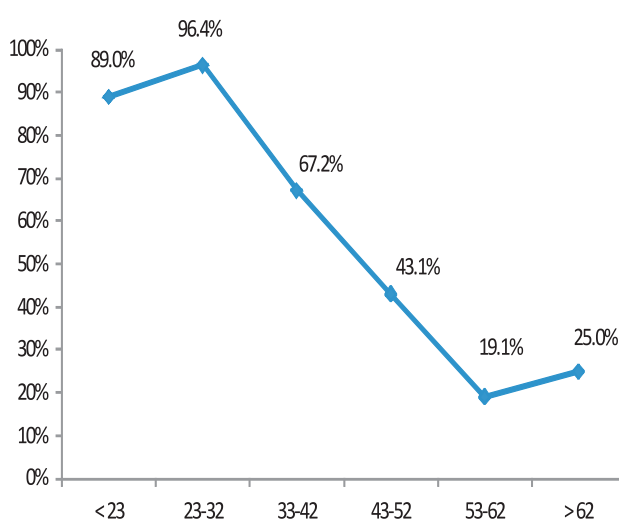


Рисунок 1. Регулярность половой жизни у опрошенных женщин в разрезе возраста.

По результатам анализа ответов на вопрос: Достигаете ли Вы оргазма при половом акте? большинство женщин ответили да.

Однако, 41,9% женщин с результатами иногда (25,8%), редко (12,6%) и никогда (3,5%) составляют большую когорту женщин с проблемами в сексуальной сфере.

Причины, по которым женщины не достигают оргазма, могут быть различными:

- отсутствие постоянного полового партнера
- проблемы со здоровьем у женщины, Психологические проблемы
- ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ У ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ (Эректильная дисфункция, снижение либидо, ранее семяизвержение)
- прочее

Таблица 2 – Результаты опроса о достижении удовлетворения при половом акте.

Частота получения оргазма во время секса	N	%
Всегда	3058	24.3
Обычно	4049	32.1
Иногда	3251	25.8
Редко	1584	12.6
Никогда	438	3.5
Не ответившие	230	1.8
Всего	12610	100.0

Анализ.

Основное количество женщин (50,5%) имеют сексуальные контакты раз в месяц и от случая к случаю. Анализируя результаты исследования, можно сделать выводы, что половина опрошенных женщин Казахстана имеет нерегулярную половую жизнь. Причины, по которым у опрошенных женщин нерегулярная половая жизнь, может быть много:

- Отсутствие постоянного полового партнера
 - Проблемы со здоровьем у женщин
 - Отсутствие социальных возможностей для интимной близости
 - **ПРОБЛЕМЫ С СЕКСУАЛЬНЫМ ЗДОРОВЬЕМ У ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА**
 - Отсутствие желания у полового партнера
- Есть ли у Вашего партнера проблемы с эрекцией, которые негативно влияют на Вашу сексуальную активность?
- Из опрошенных женщин 44,3% ответили, что у их партнеров никогда не было проблем с эрекцией, которые негативно влияли на их сексуальную активность.
 - Тогда как 55,7% респондентов не совсем довольны эрекцией своего партнера, отмечая нарушения эрекции в различной

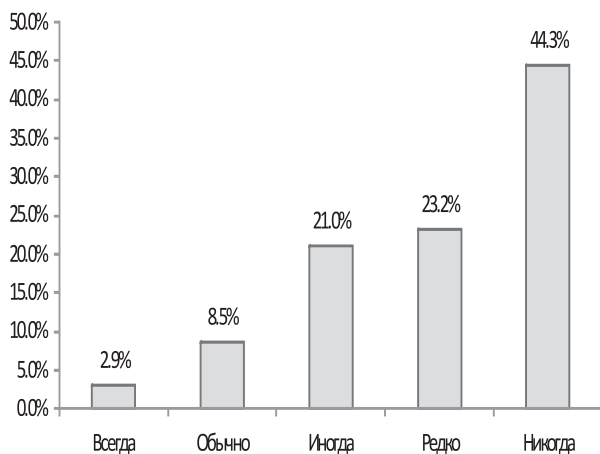


Рисунок 2. Наличие эректильной дисфункции у мужчин по результатам анкетирования женщин.

степени выраженности, которые были отражены в ответах «Иногда» 21,0% и «Редко» 23,2%, а также ответы «Обычно», 8,5%, и «Всегда», 2,9%.

Из результатов опроса женщин можно заключить, что только 44,3% не имеют проблем с эрекцией которые создают проблемы женщине во время полового акта.

В результате у 55,6% женщин мужчины страдают различной степенью тяжести ЭД.

У 11,4% мужчин с результатами ответов «обычно 8,5%» и «всегда 2,9%» по результатам опроса женщин имеют тяжелую степень эректильной дисфункции.

Ответы «иногда» 21% сопоставимы со средней степенью выраженности эректильной дисфункции, а ответ «редко» 23,2% соответствует легкой степени ЭД.

Что совпадает с данными НЦ урологии о наличии эректильной дисфункции различной степени выраженности у 56,3% анкетированных мужчин.

- Суммируя ответы «Иногда» 18,5%, «Редко» 23,3%, «Обычно» 7,7% и «Всегда» 3,5% можно проанализировать, что проблема преждевременной эякуляции встречается у 52,9% мужчин, а тяжелой формой преждевременной эякуляции страдает 11,2% мужчин, что совпадает с данными опроса женщин, которые ответили, что их партнеры страдали тяжелыми формами эректильной дисфункции и их процент составил 11,4% («Обычно», 8,5%, и «Всегда», 2,9%).
- Суммируя эти данные, можно отметить, что у 55,7% женщин половые партнеры страдают нарушениями эрекции в той или иной степени выраженности.
- По результатам программы «Мужское здоровье» признаки эректильной дисфункции (выраженные в разной степени) были выявлены у 56,3% мужчин.

О РАБОТЕ ПАВЛОДАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СЕМЕЙНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

Авторы: Н.К. Касимов, А.К. Ситказинов, Н.М. Садыков, Ж.К. Карменов, А.М. Идрисов
Адрес: Управление здравоохранения Павлодарской области
Резюме: Региональный центр Мужского здоровья был открыт 23 апреля 2013 года в рамках программы: «Репродуктивное здоровье мужчин». В центре открыты консультационные кабинеты уролога, хирурга, терапевта, эндокринолога для всестороннего обследования репродуктивной функции мужского населения.
Ключевые слова: мужское здоровье, региональные центры

Аталуы: Павлодар облысы денсаулық сақтау басқармасының Павлодар өңірлік ерлер денсаулығы және отбасылық ұзақ өмір сүру орталығының жұмысы туралы есеп
Авторлар: Н.Қ. Қасимов, А.К. Ситказинов, Н.М. Садыков, Ж.К. Карменов, А.М. Идрисов
Мекен-жайы: Павлодар облысы Денсаулық басқармасы
Тұжырым: Павлодар өңірлік «Ерлер денсаулығы және отбасылық ұзақ өмір сүру орталығы» Павлодар аудандық емханасы базасында Павлодар облысы денсаулық сақтау басқармасының 2013 жылғы 23 сәуірдегі №407-ө бұйрығы және «Ерлер және репродуктивті (ұрпақ өрбіту) денсаулығы» бағдарламасы шеңберінде ашылды. Емделушілерді учаскелік терапевттерге, хирургтерге және урологтарға кеңес алу қабылдауларына жіберу кепілді көлемдегі тегін медициналық көмек шеңберінде жүзеге асырылды. Жұмыс туралы ақпарат бұқаралық ақпарат құралдарында, қоғамдық көліктерде жарияланады.
Түйінді сөздер: ерлер денсаулығы, аймақтық орталығы

Title: Report on the work of the Pavlodar regional center for men's health and family longevity
Authors: N.K. Kassimov, A.K. Sitkazinov, N.M. Sadykov, J.K. Karmenov, A.M. Idrissov
Address: Health Administration of Pavlodar region
Summary: Pavlodar regional «Center of male health and family longevity» was opened in the framework of the «Men and Reproductive Health» program by the order of Health Administration of Pavlodar region, number 407-ө of 23 April 2013 on the basis of Pavlodar district clinic. Consultative reception of patients by the direction of the district doctor, surgeon and urologist performed within the guaranteed volume of free medical care.
Keywords: men's health, regional centre

Павлодарский региональный «Центр мужского здоровья и семейного долголетия» был открыт в рамках программы «Мужчины и репродуктивное здоровье», приказом Управления здравоохранения Павлодарской области № 407-ө от 23 апреля 2013 года на базе поликлиники Павлодарского района.

В РЦМЗ и СД выделено 5 ставок штатных единиц: врач-андролог 1,0 ставка; м/сестра андролога -1,0 ставка; м/сестра эндоскопии -1,0; регистратор -1,0 ставка; санитарка-1,0 ставка.

В ЦМЗиСД имеются кабинеты приема андролога, уролога, дневной стационар, регистратура, физиотерапевтический, эндоскопический и кабинет забора биологического материала. При необходимости проводится консультативный прием эндокринолога, кар-

диолога, дерматовенеролога, психолога, находящихся в штате поликлиники.

Врачи центра прошли специализацию по андрологическим заболеваниям в НЦ урологии им.Б.У.Джарбусынова г.Алматы. А также были участниками IX международного конгресса «Мужское здоровье» в июле 2013 года в Санкт-Петербурге.

Консультативный прием пациентов по направлению участковых терапевта, хирурга и уролога осуществляется в рамках ГОБМП.

В июне 2013 году были приобретены оборудование: аппаратно-программный комплекс «АНДРО-ГИН», лечебный комплекс «ИНТРА-ТОН-5», анализатор спермы SSSQA-V№1282 (Австрия). Общее количество проконсультированных пациентов в ЦМЗ и СД за 3 (май-июль) месяца работы составило 556 пациентов.

В объем исследований входили: общий анализ крови и мочи, кровь на RW (имелись уже при обращении с места жительства), сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, в том числе пальцевое исследование предстательной железы, бактериологическое исследование биологического материала с определением чувствительности к антибиотикам, определение уровней тестостерона, ЛГ, ФСГ, пролактина в сыворотке крови, ПСА, УЗИ простаты с определением остаточной мочи, УЗИ органов мошонки. Также проводилось анкетирование пациентов по шкалам Международного индекса эректильной функции, IPSS.

По результатам исследований больные распределились следующим образом: уроандрологическая патология была выявлена у 305 (54%) пациентов, из них у 88 (29%) пациентов был диагностирован хронический простатит в возрасте от 26 до 35 лет и у 61 пациента (20%) с ДГПЖ в возрасте от 50 до 75 лет.

Определение уровня тестостерона в сыворотке крови была проведено у 125 мужчин в возрасте от 27 до 60, из них у 56 (44%) мужчин выявлен дефицит тестостерона ниже (12 нмоль/л.) Проводя анализ пациентов с низким уровнем тестостерона с уроандрологическими заболеваниями, выяснилось, что 12 (19%) пациентов страдают хроническим простатитом, средний возраст 27 лет, а 17 (30%) пациентов страдают ДГПЖ, средний возраст составил 57 лет.

Анкетирование по шкале МИЭФ проведено у 80 пациентов, из них у 55 (68%) пациентов диагностирована легкая степень эректильной дисфункции, средняя степень выраженности у 17 (21%) пациентов. Из группы анкетированных пациентов с ДГПЖ (61), жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы предъявили 22 (36%) пациента, было установлено, что 12 (54%) пациентов страдают артериальной гипертензией. Эндокринологом у 9 (14%) пациентов был выявлен сахарный диабет II типа. Также при обследовании у дерматовенеролога выявлены урогенитальные инфекции (хла-

мидии, уреоплазмы, микоплазмы, трихомонады) у 21 (34%) пациентов в возрасте от 23 до 37 лет.

Больным с такими заболеваниями, как хронический абактериальный простатит, хронический бактериальный простатит, хронический простатит в сочетании с ДГПЖ с минимальными нарушениями уродинамики, хронический везикулит, эректильная дисфункция, мужское бесплодие по показанием, связанное с воспалительными процессами половых органов, колликулит проводилась этиотропная антибактериальная, противовоспалительная, иммуностимулирующая терапия, а также назначались препараты, улучшающие гемодинамику в простате, фитотерапия.

Лечение на аппаратно-программном комплексе «АНДРО-ГИН» и лечебном комплексе «ИНТРАТОН-5» проведено 118 пациентам с воспалительными заболеваниями мужских половых органов

У больных 86 (72,8%) отмечено значительное улучшение. 32 (27%) больным, отметившим незначительное улучшения, были назначены повторные курсы лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Более эффективное лечение отмечено у пациентов со сроком заболевания до 1 года. Применение ингибиторов ФДЭ-5 в комплексной терапии позволило улучшить эректильную функцию у 15 (83%) пациентов.

Планируется приобретение УЗИ аппарата с ректальным датчиком и урофлоуметра. Также планируется специализация врача андролога по вопросам репродуктологии.

С открытием центра повысилась выявляемость заболеваний, сформированы диспансерные группы по нозологиям, проводятся профилактические и реабилитационные мероприятия и прочее. Информация о работе ЦМЗиСД регулярно освещается в СМИ, общественном транспорте.

Реализация программы «Мужчины и репродуктивное здоровье» способствует улучшению репродуктивной функции у мужчин и повышает качество жизни населения.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ МУЖЧИН В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СЕМЕЙНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ»

- Авторы:** М.К. Алчинбаев ¹, М.К. Егизбаев ², М.Ш. Жанадилов ²
Адрес: ¹ АО «Научный Центр урологии им. академика Б.У.Джарбусынова»
²Южно-Казахстанский центр «Мужское здоровье и семейное долголетие» ОКБ, г.Шымкент
- Резюме:** «Мужское здоровье и семейное долголетие» показывает, что при коррекции образа жизни, высокоспециализированном обследовании, динамическом наблюдении и лечении происходит восстановление трудоспособности, улучшение качества жизни, нормализация семейной жизни, гармония в семье, уменьшение разводов, увеличение продолжительности жизни мужчин.
- Ключевые слова:** мужское здоровье, региональные центры
Аталуы: Оңтүстік Қазақстандық «Ерлер денсаулығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» орталығында диагностика, емдеу, ерлерді диспансерлік бақылау стандарттарын қолдану.
- Авторлар:** М.К. Алшынбаев, М.К. Егізбаев, М.Ш. Жанәділов,
Мекен-жайы: “Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы” акционерлік қоғамы. Оңтүстік Қазақстандық «Ерлер денсаулығы және жанұялық ұзақ өмір сүру» орталығы ОКА, Шымкент қ.
- Тұжырым:** «Ерлер денсаулығы мен жанұялық ұзақ өмір сүру» өмір салтын коррекциялау жоғары специализациялық тексерілу, динамикалық бақылау және емделу кезінде еңбек қабілетінің қалпына келуін, өмір сүру сапасының жақсаруының жанұялық өмірдің қалпына келуін, жанұядағы үйлесімділіктің, ажырасудың төмендеуін, ерлердің өмір сүруінің ұзаруын көрсетеді.
- Түйінді сөздер:** ерлер денсаулығы, аймақтық орталығы
- Title:** Standartization of diagnostics, treatment and therapeutic monitoring of men in South Kazakhstan center “Men’s Health and family longevity”
Authors: M.K. Alchinbayev ¹, M.K. Egizbayev ², M.Sh. Zhanadilov ²
Address: ¹ JSC “Scientific Center of Urology named after academician B.U. Dzharbusynov”
²South-Kazakhstan regional center “Men’s health and family longevity”, RKN, Shymkent city
Summary: «Men’s health and family longevity» shows that with lifestyle modification, highly specialized examination, the dynamic monitoring and treatment is rehabilitation, improvement of quality of life, the normalization of family life, the harmony in the family, divorce rates decrease, the increase in life expectancy of men.
Key words: men’s health, regional centre

Наблюдение за андрологическими пациентами целесообразно проводить в форме диспансеризации. Под диспансеризацией мужчин понимают метод систематического активного врачебного наблюдения в центре «Мужское здоровье и семейное долголетие» за состоянием мужчин с целью раннего выявления, своевременного лечения, профилактики и предупреждения заболеваний и их

обострений. В таблице №1 показано общее количество диспансерных пациентов и общий финансовый расход.

Консультировано и обследовано 2800 мужчин, из которых 500 взято на диспансерный учет с различными уроандрологическими патологиями: врожденный и возрастной гипогонадизм- 63 мужчин (12,6 %), эректильная дисфункция- 124 (24,8 %), мужское

Таблица 1 – Показатели регионального центра.

Показатели	Годы	
	2012	2013
Количество мужчин, состоящих на диспансерном учете	300	500
Общий финансовый расход	4224,51 тыс. тенге	7300,0 тыс. тенге

бесплодие- 173 (34,6 %), ДГПЖ- 78 (15,6 %), хронический простатит, копулятивные дисфункции- 62 (12,4 %). Составлена база данных всех пациентов (электронный и печатный варианты). Все диспансерные пациенты условно разделены на 3 категории: 1). Подростки и юноши (15-18 лет) составило 3,75 %. 2). Пациенты репродуктивного возраста (18-63 лет) - 68,75 %. 3). Пациенты пожилого возраста (63 и более лет)-27,5 %. Средний возраст мужчин - 46,93±1,8 лет.

Основные жалобы андрологических пациентов: боль, расстройства акта мочеиспускания по обструктивному или ирритативному типу, бесплодный брак, изменения наружных половых органов, изменение либидо, эректильная дисфункция, нарушение эякуляции и оргазма, уретральная симптоматика и патологические выделения из уретры, психоневрологическая отягощённость. При сборе анамнеза выявляются ранее проведенные операции, общие соматические заболевания (сахарный диабет, ИБС, АГ, почечная и печеночная недостаточности), инфекционный паротит, семейный анамнез для исключения генетических причин, получение медикаментозной терапии, воздействие высоких температур, экзогенных токсинов, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем). Проводился измерение веса тела, роста мужчин, осмотр и физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование.

Анкетирование проводилось у всех пациентов согласно протокола: IPSS, LIEF, ADAM, NIH-CPSI, QoL.

Всем мужчинам проведены лабораторно-инструментальные исследования: мазок на флору, микроскопия сока простаты исследование половых гормонов (тестостерон), гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4, Т3), исследование эякулята, ПСА (старше 50 лет), уретрография и уретроскопия, УЗИ почек, надпочечников, простаты, мочевого пузыря, объем остаточной мочи, яичек, ТРУЗИ простаты, УЗДГ сосудов яичка и полового члена. Данные исследования общего тестостерона у всех мужчин выявило снижение уровня Т у 12,6% общего количества пациентов: первичный (гипергонадотропный) гипогонадизм у 13 пациентов (20,7%), вторичный (гипого-

надотропный) гипогонадизм у 9 пациентов (14,3 %), возрастной гипогонадизм у 41 пациентов (65%).

По данным исследования Т3, Т4, ТТГ выявлено 10 пациентов с гипотиреозом, что составило 2% от общего количества.

По данным исследования ПСА у мужчин старше 50 лет – у 22 пациентов ПСА > 4 ng/ml (8,8 %), 12 пациентов ПСА > 12 ng/ml, что составляет 4,8 % мужчин старше 50 лет.

На основании исследования мазков на флору, микроскопии секрета простаты, бактериального анализа спермы выявлены следующие возбудители: *S.trachomatis*- 24 случая, *Tr.vaginalis*- 35 случаев, условно-патогенная флора (кишечная палочка, энтерококк фекалис, стафилококк, грибки) - 229, в остальных случаях – без признаков активного воспаления.

На основании уретроскопии, ретроградной уретрографии, УЗИ почек, мочевого пузыря, объем остаточной мочи, ТРУЗИ простаты, позволяющих выяснить признаки инфравезикальной обструкции, симптомов нижних мочевых путей (СНМП), инфекционно- воспалительных заболеваний простаты, уретры, органов мошонки, определение объема и массы простаты.

УЗИ органов мошонки позволяет выявить объем яичек (важно для контроля лечения при гипогонадотропном гипогонадизме), уроандрологические заболевания: варикоцеле, водянку оболочек яичек, кисты придатков яичек, крипторхизм, опухоли яичек, нуждающихся в хирургическом лечении и инфекционно-воспалительных заболеваний органов мошонки (эпидидимоорхиты, орхиты).

В ЮК центре «МЗ и СД» совместно с центром «ЭКО» применен стандартный алгоритм оценки фертильности ВОЗ (2000-2011):

1 этап- сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, стандартные процедуры исследования спермы (объем, pH, вязкость, подвижность, жизнеспособность, морфология, агглютинация, количество лейкоцитов);

2 этап: диагностика воспалительных процессов и инфекций половой системы мужчин, УЗИ простаты, органов мошонки, гормональные и генетические исследования, MAR-тест, исследование посторгазменной мочи, проба

на проникновение сперматозоидов в цервикальную слизь;

3 этап: FISH-диагностика, биопсия яичек и придатков яичка (цитологическое и гистологическое исследование), исследование HLA- и Rh-совместимости супругов.

При мужском бесплодии наиболее актуальна проблема азооспермии. В ЮК центре «МЗ и СД» проводились биопсии яичек: открытая биопсия с ревизией органов мошонки у 15 человек, что позволяло определить: отсутствие семявыносящих протоков при наличии сперматозоидов в 2 случаях, обтурацию семявыносящих протоков в 4 случаях, что позволило проведение хирургического реконструктивного вмешательства (вазоэпидидиманастомоза «бок-в-бок»), наличие гаплоидных зародышевых клеток, которые можно использовать для ИКСИ. У 8 мужчин произведено аспирационная биопсия (TESA, PESA). Во всех случаях выявлено наличие мужских половых клеток, необходимых для проведения ИКСИ, в 62,5 %. Более целесообразно проведение открытой биопсии, что позволяет получить больше материала для морфологического исследования, позволяет снизить риск развития посттравматического аутоиммунного процесса яичек.

Критерии идеального лечения: стандартизация методов лечения, высокая эффективность и надежность лечения, хорошая переносимость и безопасность, простота применения, рациональная психотерапия, лечение должно быть неинвазивным или малоинвазивным, получение лечения в удобное для пациента время, возможность контроля лечения в динамике и коррекции лечения через 1,3,6 месяцев ежегодно.

Лечение должно начинаться с коррекции образа жизни (рациональное и сбалансированное питание, борьба с гиподинамией и ожирением, регулярный ритм половой жизни) и устранения сопутствующих факторов риска: курение и злоупотребление алкоголем, перегревание, действие токсических веществ, стрессы и неврозы, инфекционно-воспалительные заболевания половых органов, варикоцеле, крипторхизм, нарушения эрекции и эякуляции. При нарушениях развития половой системы наиболее эффективна диа-

гностика и коррекция гормонального статуса в раннем периоде полового развития.

Стандарты лечения мужского бесплодия:

- 1) хирургическое лечение: варикоцеле, крипторхизм, гипоспадия, водянки оболочек яичек, кисты придатков яичек и т.д.
- 2) медикаментозное лечение: гормональная терапия, противовоспалительная терапия, иммунотерапия, энзимотерапия. При идиопатических формах мужского бесплодия - применение эффективной эмпирической терапии.
- 3) вспомогательные репродуктивные технологии применяются при отсутствии эффекта традиционной терапии более 1-2 лет.
- 4) выделение неизлечимых форм мужского бесплодия, требующих применение донорской программы ВРТ или усыновление (удочерение).

Стандарты лечения пациентов с эректильной и сексуальной дисфункциями:

1 линия терапии: пероральная и парентеральная терапия: ингибиторы 5-ФДЭ (индивидуально подбираются препараты короткого или длительного действия и дозировка), стимулирующая гормонотерапия (прегнил, ХГ в/м по 1000-2500 ЕД 2 раза в неделю) без угнетения сперматогенеза и уменьшения размера яичек; заместительная гормонотерапия препаратом «Nebido-1000 mg» в/м 1 раз в 3 месяца под контролем уровня тестостерона, ПСА; при гиперпролактемии-назначение достинекса по ¼ таблетки каждые 4 дня до нормализации уровня пролактина; получение физиотерапии на аппарате «Анрогин» и «Дуолит», психосексуальная терапия, вакуум-констрикторная терапия; стандарты лечения эректильной дисфункции (EAU, 2011г.). У пациентов, получающих длительную медикаментозную терапию общих соматических заболеваний, рекомендовано замена лекарств, не обладающих побочными действием в виде эректильной дисфункции и нарушений эякуляции.

2 линия терапии: интракавернозные инъекции препарата «Тримикс» при высокой эффективности (90%), но низкая комплаентность (из 7 мужчин- 5 прекратили лечение из-за болезненности инъекций, высокой сто-

имости препарата); стандарты эректильных дисфункций (EAU, 2011 г.)

А в случаях органических поражений мочеполовой системы: ДГПЖ, стриктура уретры и т.д. пациенты лечатся согласно стандартному алгоритму лечения:

1) динамическое наблюдение со слабыми и умеренными симптомами нижних мочевых путей и низким уровнем субъективных жалоб (необходимо периодический мониторинг, включающий оценку по шкале I-PSS, урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и наблюдение за качеством жизни).

2) медикаментозную терапию (ингибиторы 5-альфа редуктазы и альфа-адреноблокаторы) минимально 6 месяцев.

3) оперативное лечение: предпочтительное выполнение малоинвазивных методов хирургического лечения (ТУР, ТУПВ ДГПЖ) в зависимости от возраста, стадии ДГПЖ, при сохраненной эрекции, ведь ДГПЖ - прогрессирующее заболевание и любая операция усугубляет и осложняет сексуальное здоро-

вье мужчин. В послеоперационный период – ранняя сексуально-реабилитационная терапия в течение 4-6 месяцев.

Анализ работы центра «Мужское здоровье и семейное долголетие» показывает, что при коррекции образа жизни, высокоспециализированном обследовании (ранее выявление пороков полового развития, органической патологии мужской репродуктивной системы), динамическом наблюдении и лечении происходит восстановление трудоспособности, улучшение качества жизни, нормализация семейной жизни, гармония в семье, уменьшение разводов, увеличение продолжительности жизни мужчин, снижение запущенных форм ДГПЖ, рака простаты на поздних стадиях развития и, соответственно, применение малоинвазивных методов оперативного лечения ДГПЖ со снижением послеоперационных осложнений, оказывается высокоспециализированная диагностика и подготовка к вспомогательной репродуктивной технологии.

Список использованной литературы:

1. Джарбусынов Б.У. Мужское бесплодие. // Алма-Ата, 1991 г.
2. Алчинбаев М.К., Избасаров А.И. Андрологические аспекты бесплодного брака. // Алматы, 1999 г.
3. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э. Лечение мужского бесплодия. // Алматы, 2012 г.
4. Щеплев П.А. Андрология. Клинические рекомендации. Москва, 2012 г.

III. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР/ СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ/ CONTEMPORARY MEDICATIONS

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТУР ДГПЖ

- Авторы: М.К. Алчинбаев, М.А. Малих, А.И. Каимбаев
 Адрес: АО «Научный центр урологии им. академика Б.У. Дзарбусынова»
 Резюме: В данном исследовании изучена эффективность применения препарата Витапрост у пациентов после проведения ТУР ДГПЖ. Было выявлено, что при приеме препарата наряду со стандартной профилактикой воспалительных осложнений, показатели уродинамики и IPSS достоверно лучше.
 Ключевые слова: ТУР, ДГПЖ, профилактика
- Аталуы: Қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясының ТУР операциясынан кейінгі науқастарды бақылау оптимизациясы.
 Авторлар: М.К. Алшынбаев, М.А. Малих, А.И. Кайымбаев
 Мекен-жайы: АҚ «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы Урология Ғылыми Орталығы»
 Тұжырым: Жүргізілген зертеуде ҚАБГ ТУР операциясынан кейінгі науқасға Витапрост препаратын қолдануда нәтижелі әсері анықтады. Науқастарға претаратты стандарты қабынудың алдын алу мақсатында қолданып, науқастарда уродинамикалық және IPSS көрсеткіштері жоғары көрсеткіштерге жеткені дәлелденді.
 Түйінді сөздер: ТУР, ҚАБГ
- Title: Optimization of postoperative treatment of patients after TUR of BPH
 Authors: M.K. Alchinbaev, M.A. Malikh, A.I. Kaimbayev
 Address: JSC "Scientific Center of Urology named after academician B.U.Dzharbussynov"
 Summary: We presented results of own research on efficiency of Vitaprost at patients who underwent transurethral resection of BPH. It was revealed that including Vitaprost in complex of postoperative prophylaxis of inflammatory complication is statistically effective.
 Keywords: TUR, BPH, prophylaxis

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста [1,2]. Эпидемиологические исследования показывают, что ДГПЖ встречается примерно у 50% мужчин 50-60 лет, достигая 90% в возрасте старше 80 лет [3,4]. Трансуретральная резекция (ТУР) является «золотым» стандартом лечения ДГПЖ. Общепринятым считается, что применение трансуретральной резекции (ТУР) возможно при объеме ДГПЖ не более 60 см³, а ее продолжительность не должна превышать 40-60 минут.

Наиболее частыми в ранние сроки после ТУР ДГПЖ являются осложнения инфекционно-воспалительного характера [5,6]. По данным Волчегорского И. А., Тарасова Н. И., Васильковой А. Ю., 2001 в 15-16% наблюдений эта операция осложняется развитием инфекционно-воспалительного процесса. Считается,

что хронический инфекционный простатит, сопутствующий ДГПЖ, существенно увеличивает вероятность послеоперационных осложнений воспалительного характера [7].

Несмотря на высокую эффективность антибактериальных препаратов, включенных в базисную терапию простатитов, в настоящее время широко используются биологические препараты, такие как «Витапрост», «Витапрост Форте», «Витапрост Плюс». Комбинирование Витапроста с базисной терапией показывает достоверно лучшие результаты, это доказано в исследованиях Неймарк А.И. [8], Гомберг В.Г. [9] и др.

Цель исследования — оптимизация послеоперационного ведения пациентов после ТУР ДГПЖ. Основной задачей исследования явилась профилактика воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 60 пациентов с

Таблица 1 – Основные показатели (средние значения) пациентов с ДГПЖ 2-3 стадии, набранных во вторую исследовательскую группу.

показатель	Группы	
	1 группа n=30	2 группа n=30
Возраст, лет	69,4±4,5	73,1±4,9
Длительность заболевания, мес.	38,0±7,5	34,7±5,5
Размер предстательной железы, см ³	55,9±5,3	57,5±3,5
Объем остаточной мочи, мл	85,2±5,1	80,5±5,5
Максимальная скорость потока мочи, мл/сек	5,7±0,7	5,5±0,5
Средняя скорость потока мочи, мл/сек	5,0±0,8	5,1±0,5
IPSS, баллы	21,5±3,8	23,1±2,7
МИЭФ-5, баллы	10,2±2,1	9,7±2,0

ДГПЖ, планируемых на оперативное лечение (ТУР). Средний возраст пациентов составил 72,4±5,1 лет.

Объем исследований пациентов включал в себя: общеклинические анализы крови и мочи, заполнение опросников IPSS, бактериологическое исследование секрета предстательной железы, ультразвуковое исследование предстательной железы, уродинамические исследования.

Препарат «Витапрост Форте суппозитории ректальные 100 мг» представляет собой суппозитории от белого с желтоватым до кремового с сероватым оттенком цвета, торпедообразной формы. Один суппозиторий содержит: в качестве активного вещества: простаты экстракт (Сампросты субстанцию) – 0,1 г (с содержанием 20% водорастворимых пептидов) и вспомогательные вещества: витепсол – достаточное количество для получения суппозитория массой 1,25 г. «Витапрост Форте суппозитории ректальные 100 мг» оказывает органотропное действие на предстательную железу. Уменьшает степень отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализует секреторную и пролиферативную функцию эпителиальных клеток, увеличивает число лецитиновых зерен в секрете ацинусов, стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря, за счёт этого препарат «Витапрост Форте суппозитории ректальные 100 мг» может рассматриваться как препарат выбора при лечении ДГПЖ. Препарат уменьшает тромбообразование, обладает антиагрегантной активностью, препятствует развитию тромбоза венул в предстательной железе.

Пациенты были разделены на 2 группы. 30 пациентов первой группы принимали «Витапрост Форте» в течение 5 дней до и 30 дней после операции. В контрольной группе (30 пациентов) получали стандартное пред- и послеоперационное лечение, включая антибактериальные препараты, лечение симптомов нижних мочевых путей (альфа-блокаторы), симптоматическую терапию – гемостатики, уросептики и т.п.

Клиническая эффективность препарата оценивалась по данным IPSS, уродинамическим показателям, данным ультразвукового исследования предстательной железы.

Статистическая обработка и анализ данных осуществлялась программами MS Excel, Statgraphics 5.0.

Результаты исследования. Перед проведением исследования нами были определены средние значения основных характеристик исследуемых пациентов (таблица 1). Достоверных различий между двумя группами выявлено не было, что определило их репрезентативность.

Все пациентам проводилась ТУР ДГПЖ под спинномозговой анестезией. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. В таблице 2 отражена динамика изменений показателей после операции.

После удаления уретрального катетера самостоятельное мочеиспускание было у всех восстановлено, однако качество микции удовлетворяло лишь 28 пациентов (46,7%), а улучшение качества жизни по IPSS отметили только 11 мужчин (18,3%). 13 пациентов по-прежнему отмечали выраженные дизурические расстройства, 15 пациентов – дискомфорт в промежности.

Таблица 2 – Характеристика пациентов после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Показатели	Срок наблюдения	
	До операции	После операции
Объем предстательной железы, см ³	56,3±4,8	21,6±9,5*
Объем остаточной мочи, мл	85,2±5,1	22,1±7,2*
Максимальная скорость потока мочи, мл/сек	5,6±0,7	9,5±1,5*
Средняя скорость потока мочи, мл/сек	5,0±0,3	7,5±0,7*
IPSS, баллы	22,8±2,5	16,3±4,0*

* - $p \leq 0,001$

Пациентам была назначена планируемая терапия, контрольные осмотры были назначены 1 раз в месяц. Во время визитов нами оценивались показатели уродинамики и субъективная оценка обструктивных и ирритативных симптомов по шкале IPSS.

Оценивая результаты определения основных показателей уродинамики, было выявлено, что через 1 месяц у пациентов 1 группы, принимавших препарат «Витапрост Форте» наблюдалось повышение максимальной и средней скорости потока мочи. У 56,7% пациентов (17 пациентов) показатели уродинамики были в пределах нормы. Среди пациентов 2 группы, принимавших стандартное лечение, процент таких пациентов составлял лишь 30%.

Дальнейшее наблюдение пациентов было проведено с целью оценки длительности эффективности комбинированной профилактики воспалительных осложнений после ТУР ДГПЖ.

Мы установили, что улучшение уродинамики наблюдается в обеих группах, однако у пациентов 1 группы, в лечение которых добавлен препарат «Витапрост Форте» показатели достоверно лучше как при приеме, так и в течение 30 дней после прекращения лечения. Заметно, что через 3 месяца после окончания лечения показатели уродинамики

значительно снижены, что наводит нас на мысль, что курс лечения препаратом необходимо повторять курсами – 1 месяц с перерывом – 2 месяца.

При оценке баллов по шкале IPSS (рисунок 1) были получены данные о значительном улучшении и купировании симптомов у пациентов обеих групп. У пациентов, принимавших Витапрост форте, процент пациентов с положительной динамикой наблюдалось больше – 70% (21 пациент), 7 пациентов отметили незначительное улучшение, 2 пациента не отметили никакой динамики (6,7%). Для сравнения во второй группе процент пациентов, отметивших значительное улучшение мочеиспускания – 56,7% (17 пациентов), 5 пациентов отметили незначительное улучшение, и 8 пациентов не отметили никаких улучшений, что составило 26,7%.

Таким образом, достоверно доказано, что комбинированное лечение, включающее в себя назначение препарата «Витапрост Форте» в дозе 100 мг в течение 30 дней наряду с базисной послеоперационной терапией, значительно улучшает уродинамику и качество жизни пациентов, перенесших оперативное лечение – ТУР ДГПЖ. Это было подтверждено данными урофлоуметрии и результатами опроса и оценки симптомов дизурии по шкале IPSS.

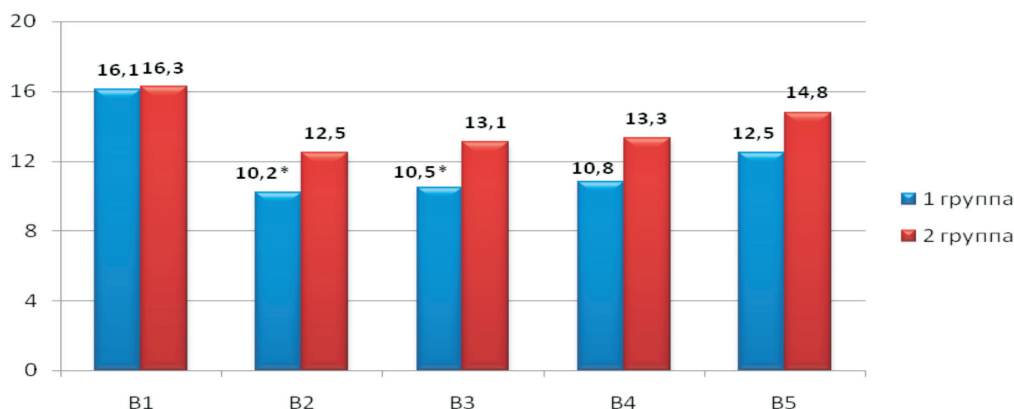
Примечание: В – визиты, * - $p \leq 0,05$

Рисунок 1 – Средний балл по шкале IPSS у исследуемых пациентов, перенесших оперативное вмешательство

Список использованной литературы:

1. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение. // В кн.: X Российский съезд урологов. Тез. докл.- Москва. - 2002. - С. 33-50.
2. Алчинбаев М.К., Мохаммад А.М., Хусаинов Т.Э., Надиров К.Т. Результаты комбинированной терапии больного с доброкачественной гиперплазией предстательной железы //Казахстанский медицинский журнал.- 2011.-№3(21) – С.96-101
3. Сивков А.В., Аполихин О.И., Патаки К.В. Современный алгоритм обследования и лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Consilium medicum. – 2004. - N 7.-С.516-525
4. Miller J, Tarter TH. Combination therapy with dutasteride and tamsulosin for the treatment of symptomatic enlarged prostate. // Clin Interv Aging. 2009. - №4. – pp.251–258.
5. Красильников Т.П., Кислицин В.Н., Помешкин Е.В. Отдаленные результаты трансуретральной резекции аденомы предстательной железы. // Материалы научн.-практ. конф. урологов Западной Сибири. «Вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний». — Белокураха, 2003. - с. 26-27.
6. Rocco B., Albo G., Ferreira R., Spinelli M., Cozzi G. et al. Recent advances in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia // Ther Adv Urol. – 2011. - №3. – pp.263–272.
7. Волчегорский И.А., Тарасов Н.И., Васильков А.Ю. Динамика содержания перекисленных липидов и церулоплазмينا в сыворотке крови больных с неосложненным и осложненным послеоперационным периодом трансуретральной электрорезекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология и нефрология. – 2001.-N 1.-С.16-17
8. Ноздрачев Н.А., Неймарк А.И., Неймарк Б.А. Применение препарата Витапрост® плюс в профилактике инфекционно-воспалительных осложнений трансуретральной резекции простаты у больных аденомой предстательной железы – Урология. – 2011 - №4
9. Гомберг В.Г., Надь Ю.Т. Применение препарата витапрост® форте при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Здоровье мужчины - 2010.-N 1.- С.200-203

IV. БАЛАЛАР УРОЛОГИЯСЫ / ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ / PEDIATRIC UROLOGY

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ

- Авторы:** Л.А. Жантелиева
Адрес: Қазақстан-Росийский медицинский университет
Резюме: Целью данного исследования явилось оценка роли нарушения уродинамики на течение пиелонефрита у детей, страдающих пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Исследовано 276 больных с ПМР. Хроническим циститом чаще болеют дети в возрасте от 4 до 7 лет, что обнаружено у 54,6% обследованных. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипертензионному типу обнаружена у 21,35% больных с ПМР. Хронический цистит его гранулярная форма обнаружена у 81,5%.
- Ключевые слова:** пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уродинамические нарушения, инфекция мочевых путей
- Аталуы:** Қуық – несепағар рефлюксі көрініс берген балаларда уродинамикасының бұзылуы
Авторлар: Л.А. Жантелиева
Мекен-жайы: Қазақстан-Ресей медициналық университетті
Тұжырым: Зерттеудің мақсаты: ҚНАР көрініс берген науқастарда пиелонефриттің дамуына төменгі несеп жолдарының уродинамикасы бұзулуының әсерін зерттеу. Мәлеметтер мен нәтиже: Консервативтік емдік шараларды қабылдаған ҚНАР көрініс берген 276 науқасқа клиника лабораторлық зерттеу жүргізілген, 4 – 7 жас аралығындағы балалар созылмалы циститпен жиі зақымдалған. Науқастардың басым бөлігі созылмалы гранулярлы циститпен сырқаттанған, 4 – 7 жас аралығындағы балаларда қуықтың нейрогенді дисфункциясының адаптацияланбаған формасы кездеседі.
- Түйінді сөздер:** Қуық – несепағар рефлюксі, уродинамиканың бұзылысы қуық дисфункциясы несеп жолдарының инфекциясы
- Title:** Interrelation of infringements urodynamic top and uretelialis reflux at children
Authors: L.A. Zhantelyeva
Address: The Kazakhstan - Russia medical university, Almaty
Summary: The purpose of study of influence of infringements of bottom urinals ways on current pylonefrit at the patients with vur. Materials and methods. clinical - laboratory research 276 patients with vur subjected to conservative treatment. more often chronic cystitis children in the age of from 4 till 7 years suffered. The greatest number of the patients was necessary on a share chronic granular cystitis. By neuroses dysfunction of a urinal bubble, also more often children in the age of from 4 till 7 years and more often his not adapted form suffered. conclusions. The functional infringements of urodynamics vur supported microbus-inflammatory by process promote infringement of urodynamics top of urinals ways, that in turn is the reason of a defeat kidney's parenchyma at the patients with vur
Keywords: vesicular - uretelialis reflux, infringement of urodynamics, children, dysfunction of a urinal bubble, infection

Введение. Проблема хронического пиелонефрита у больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) сохраняет свою актуальность вследствие высокой степени заболеваемости, возрастающей частоты непрерывно-рецидивирующего течения хронического пиелонефрита способствующего поражению интерстициальной ткани, канальцев и чашечно-лоханочной системы почки. Нарушение сложного механизма взаимодействия функционального и анатомического компонентов, координирующихся нейрорефлекторными и нейрогуморальными факторами регуляции приводит к возникновению ПМР [1-6].

Цель. Оценить роль нарушений уродинамики нижних мочевых путей на течение пиелонефрита у больных с ПМР.

Материалы и методы. В НЦ Урологии им. Б.У.Джарбусынова обследовано и подвергнуто консервативному лечению 276 больных с ПМР.

Функциональные нарушения уродинамики НМП проявляются клинически расстройством акта мочеиспускания в виде поллакиурии, императивных позывов, императивного недержания мочи и энуреза. Порой являются реальной единственной причиной развития ПМР, которое в 92% способствует длитель-

ному, хроническому и рецидивирующему течению цистита и пиелонефрита [7,8]. Клинические проявления расстройства акта мочеиспускания у больных с ПМР представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Характер расстройства акта мочеиспускания у больных с ПМР

№	Симптомы	абс.	%
1	Болезненное мочеиспускание	79	28,6
	Боль: в животе	101	36,6
2	- поясничной области	57	20,7
	- внизу живота	98	35,5
3	Учащенное мочеиспускание	114	41,3
4	Редкое мочеиспускание	8	2,9
5	Ночное недержание мочи	89	32,3

Из анамнеза 276 больных выявлено, что частым признаком нарушения уродинамики НМП в 41,3% случаях явилось учащенное мочеиспускание, у 36,6% обследованных боль в животе, боль внизу живота – у 35,5% больных, ночное недержание мочи – у 32,3%, – у 28,6% болезненное мочеиспускание, у 20,7% боль в пояснице и у 2,9 пациентов редкое мочеиспускание.

Результаты клинико-лабораторного исследования свидетельствуют, что частым и постоянным признаком явилась лейкоцитурия, которая обнаружена - у 53,05% больных. У 11,83% больного изменения в анализе мочи носил транзиторный характер, где степень лейкоцитурии варьировал от скрытой, до явной – порой не подлежащей подсчету и выявляемой путем простой микроскопии осадка. Отсутствие - у 35,11% больных изменений в анализах мочи свидетельствовало о стойкой клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита. Лейкоцитурия является прямым признаком воспалительного процесса в мочевыделительной системе.

Бактерия (10/3 микробных тел в 1 мл мочи и более) выявлено у 199 больных. На отрицательные результаты посева мочи у 63 детей по нашему мнению оказало влияние раннее проведенная в педиатрических стационарах и поликлиниках антибактериальная терапия. В 76,2% из посева мочи высеяна кишечная палочка, грамм - отрицательная фло-

ра – у 12, 7%, бактерии рода энтеробактерии - у 6,3%, золотистый стафилококк - у 3,2% и смешанная флора – у 1,6%.

Оценка функции почки по пробе Зимницкого - у 91 больных с III – IV степенью ПМР свидетельствует о глубоких нарушениях функционального состояния почечной паренхимы, где концентрационная способность почек колебалась от 1.005 до 1.015. С целью оценки состояния слизистой мочевого пузыря и функциональных нарушений НМП в комплексе всем больным проведено эндоскопическое и уродинамическое обследование. Первую группу составили 119 больных с хроническим циститом, вторую 157 больных с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

По данным эндоскопического обследования хронический цистит был обнаружен у 119 больных с ПМР. Хроническим циститом чаще болеют дети в возрасте от 4 до 7 лет, что обнаружено у 54,6% обследованных. У 97 обследованных хронический гранулярный цистит, катаральная форма – у 16 и буллезно-фибринозная форма в 6 случаях наблюдений, полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение больных по степени ПМР и форме цистита.

Степень ПМР	Буллезно-фибринозный	Гранулярный	Катаральный
I (n = 24)	-	19	5
II (n = 28)	-	26	2
III (n = 61)	4	48	9
IV (n = 6)	2	4	-
Всего: 119	6	97	16

При распределении больных по степени ПМР наибольшее поражение слизистой мочевого пузыря обнаружено у 61 при III ст. ПМР, в 28 случаях у больных с II ст. заболевания, и у 24 при I ст. и у 6 при IV степени ПМР.

Нарушения уродинамики НМП при незаторможенном мочевом пузыре у детей с ПМР развиваются преимущественно в фазу накопления и характеризуются интермиттирующей внутрипузырной гипертензией [2]. Выраженная внутримочеточниковая гипертензия в ответ на незаторможенные сокращения детрузора создает благоприятные усло-

Таблица 3 – Распределение больных ПМР по форме нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и степени ПМР.

Формы нейрогенной дисфункции мочевого пузыря	Степень ПМР				Итого
	I	II	III	IV	
Норморефлекторный адаптированный	2	1	1	1	10
Гиперрефлекторный адаптированный	35	31	57	4	127
Гиперрефлекторный неадаптированный	1	2	4	2	9
Гипорефлекторный	3	2	5	1	11
Всего	41	36	72	8	157

вия для течения патологического процесса с нарушением оттока мочи из ВМП, в особенно у при II – IV ст. ПМР, что свидетельствует о тесной взаимосвязи функциональных расстройств уродинамики.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) обнаружена у 157 больных. Из них в возрасте от 4 до 7 лет было 75, в возрасте от 8 до 15 лет 35 пациентов. При распределении больных по степени ПМР в сочетаний с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря выявлено следующее, при I степени – у 29, при II ст. – у 48, при III ст. – у 65 и при IV ст. – у 15 больных. Распределение больных ПМР по форме нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и степени ПМР представлено в таблице 3.

Гиперрефлекторная адаптированная форма нейрогенной дисфункции мочевого пузыря обнаружена – у 127, неадаптированная у 9, нормарефлекторная адаптированная – у 10. Гипорефлекторная форма нейрогенной дисфункции мочевого пузыря обнаружена – у 11 обследованных больных с ПМР.

Таким образом, анализ обследования больных с ПМР с нарушением уродинамики НМП выявил – у 43,12% микробно-воспалительное поражение слизистой мочевого пузыря, – у 58,9% функциональные нарушения, данные представлены в таблице 4.

Список использованной литературы:

1. Джавад-Заде М.Д., Державин В.М. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. – Москва – Медицина. – 1989. – 357 с.
2. Nuutinen M., Uhari M. Recurrence and follow-up after urinary tract infection under the age of 1 year. *Pediatr. Nephrol.* 2001; 16 (1): 69 – 72.
3. Зоркин С.Н. Механизмы формирования структурно-функциональных изменений почек при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей: Автореф. дис. ... д-ра, мед.наук. М., 1996.
4. Аничкова И.В. Особенности течения пузырно-мочеточникового рефлюкса и рефлюкс-нефропатии

Таблица 4 – Характер нарушения уродинамики у детей при ПМР.

Степень ПМР	Цистит	НДМП	Итого
I	24	41	65
II	28	36	64
III	61	72	133
IV	6	8	14
Всего	119	157	276

Выводы: Хроническим циститом чаще болеют дети в возрасте от 4 до 7 лет, что обнаружено у 54,6% обследованных. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипертензионному типу обнаружена у 21,35% больных с ПМР. Хронический цистит его гранулярная форма обнаружена у 81,5%.

Нарушение уродинамики одного из отделов мочевыделительной системы приводит к изменению всей системы в целом. В комплексе проведенное уродинамическое, эндоскопическое обследование и своевременная коррекция функционально-обструктивных нарушений НМП у больных с ПМР позволит уменьшить удельный вес непрерывно-рецидивирующего течения хронического пиелонефрита у больных с ПМР, и снизить риск развития склеротического поражения почечной паренхимы.

в детском возрасте: Автореф. Дис. ... канд.мед. наук. СПб., 1997.

5. Sweeney B., Cascio S., Velayudham M., Puri P. Reflux nephropathy in infancy: a comparison of infants presenting with and without urinary tract infection. *J. Urol. (Baltimor)* 2001; 166 (2) 648 – 650.
6. Ческис А.Л., Тульцев А.И., Буйвалова Т.С. и др. Консервативное лечение пузырно-почечного рефлюкса у детей // Педиатрия. – 1984. – № 6. – С. 37-41.
7. Пугачев А.Г., Ешмуханбетов С.Н. Хронический цистит у детей. – Алма-Ата, 1984.

V. ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫ УРОЛОГИЯ/ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ УРОЛОГИЯ/ EXPERIMENTAL UROLOGY

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОНУКЛЕАРНЫХ И МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖИВОТНЫХ

- Авторы:** М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков, С.М. Кусымжанов, А.К. Буйрашев, Б.Г. Токтабаянов
- Адрес:** АО «Научный Центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова»
- Резюме:** В статье приведены особенности изучения экспериментального хронического орхоэпидидимита у лабораторных животных на основе собственных наблюдений и анализе мировой литературы. Подробно описывается методология моделирования и инструментального подтверждения хронического орхоэпидидимита, а также результаты гистоморфологического исследования половых желез лабораторных животных до и после трансплантации стволовых клеток. Представленные в статье данные получены в ходе выполнения грантового научно-исследовательского проекта Министерства образования и науки Республики Казахстан.
- Ключевые слова** хронический орхоэпидидимит, мужское бесплодие, стволовые клетки, клеточные технологии
- Аталуы:** Жануарлардың репродуктивті ағзалар қызметінің бұзылыстарында сүйек кемігінің моноклеарлы және мультипотентті стромалық жасушаларын қолданғандағы эффектілігін зерттеу
- Авторлар:** М.К. Алчинбаев, У.Ш. Медеубеков, С.М. Кусымжанов, А.К. Буйрашев, Б.Г. Токтабаянов
- Мекен-жайы:** «Академик Б.О. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы» АҚ
- Тұжырым:** Бұл мақалада өзіндік бақылаулар және әлемдік әдебиетті талқылау негізінде зертханалық жануарлардағы созылмалы орхоэпидидимитті тәжірибелік зерттеу негіздірі көрсетілген. Созылмалы орхоэпидидимиттің методологиялық моделдеу және аспаптық дәлелдеуі, сонымен қатар бағаналық жасушаларды трансплантацияға дейін және кейін зертханалық жануарлардың жыныс бездерін гистоморфологиялық зерттеу нәтижелері толық көрсетілген. Мақаладағы келтірілген мәліметтер Қазақстан Республикасы Білім беру және ғылым министрлігінің гранттық ғылыми зерттеу жобасын орындау барысында алынған.
- Түйінді сөздер:** орхоэпидидимит, бағаналық жасушалар, ультрадыбыстық зерттеу, гистоморфологиялық зерттеу.
- Title:** The study of the effectiveness of mononuclear and multipotent stromal cells from bone marrow in violation of the reproductive organs in animals
- Authors:** M.K. Alchinbaev, U.Sh. Medeubekov, S.M. Kusymzhanov, A.K. Buyrashev, B.G. Toktabayanova
- Address:** JSC "Scientific Center of Urology named after academician B.U.Dzharbussynov"
- Summary:** The paper presents the features of the study of experimental chronic orchiepididymitis in laboratory animals based on their own observations and analysis of the world literature. Describes in detail the methodology of modeling and verification tool of chronic orchiepididymitis and the results of the study Histomorphological sex glands of laboratory animals before and after stem cell transplantation . Data presented in this paper were obtained during the execution of the grant of a research project of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan .
- Keywords:** chronic orchiepididymitis , male infertility , stem cells, cell technology

Введение. Острое воспаление яичка и придатка (орхоэпидидимит), является одним из наиболее частых урологических заболеваний. Более 27% мужчин на протяжении жизни переносят эпидидимоорхит [1]. Как осложнение после различных перенесенных инфекционных заболеваний эпидидимит и эпидидимоорхит встречаются по данным различных авторов с частотой от 6,3 до 18% случаев [2]. Среди острых воспалительных заболеваний мочеполовых органов острый эпидидимоорхит и эпидидимит занимают первое место

по частоте. Уже эти статистические данные о частоте заболевания свидетельствуют об актуальности его изучения с различных точек зрения: патогенетической, диагностической, лечебной, профилактической.

Переход острого орхоэпидидимита в хронический чреват многими последствиями, среди которых наиболее серьезны нарушение проходимости придатка яичка, развитие склеротического и дистрофического процессов в яичке, что приводит к нарушению репродуктивной функции этих органов на стороне по-

ражения. При двустороннем поражении, что бывает особенно часто при орхоэпидидимите как следствии хронического простатита, т.е. наличии исходного очага инфекции в предстательной железе, как правило наступает аспермия [1, 2].

Несмотря на частоту и тяжесть течения орхоэпидидимита и его осложнений, многие аспекты его патогенеза, диагностики, лечения и профилактики остаются недостаточно изученными.

Цель работы: изучение регенераторных возможностей ткани яичка после трансплантации недифференцированных стволовых клеток в паренхиму половых желез экспериментальных животных при хроническом неспецифическом орхоэпидидимите с нарушением репродуктивных функций.

Материал и методы исследования. В эксперименте использованы беспородные кролики (самцы) массой 4-5 кг в количестве 60 животных.

Животных в начале эксперимента содержали на карантине в течение 20 суток для исключения инфекционных заболеваний. Животные содержались в одинаковых условиях обычного виварного режима при смешанном освещении. Кормление производили 2 раза в день в соответствии с установленными нормами, обеспечение водой не ограничивали.

Для моделирования хронического неспецифического орхоэпидидимита использовалась бактериальная культура - стафилококк + стрептококк в титре 10^6 .

Исследуемой группе, после предварительной обработки 70% спиртовым раствором хлоргексидина, производили инъекции бактериальной культуры инсулиновым шприцем по 0,2 мл на глубину 3 мм в каждую половую железу.

В исследовании использовали следующие лекарственные средства, растворы и реактивы:

- 1) Раствор Хенкса СТ ТОО 980340000548-016-2010;
- 2) Питательная среда Mesencult – Lot:12BU3016;
- 3) Диметилсульфоксид ГОСТ/ТУ: ТУ 2635-114-44493179-08;
- 4) Гепарин РК-ЛС-5-№003295;

- 5) Лизирующий раствор ГОСТ Р89002;
- 6) Этиловый спирт ГОСТ 17299-78;
- 7) Цефазолин ГОСТ 52249-2009.

Выделение моноклеарных клеток костного мозга. Все манипуляции с животными проводили под наркозом с применением 2% раствора рометара и 2,5% аминазина по 0,3 см³. Для обезболивания внутрикостно вводили 0,5 см³ лидокаина гидрохлорида. Аспират костного мозга лабораторных животных и человека получали методом многократных проколов гребня подвздошной кости буферным раствором с последующей вытяжкой костномозговой взвеси. Забор костного мозга у кроликов производили из правого гребня крыла подвздошной кости с помощью иглы 16G. Иглу вводили вдоль костной пластины вовнутрь губчатой ткани. В кость вводили 1-1,5 см³ раствора Хенкса с гепарином и аспирировали костный мозг.

Аспират костного мозга представлял собой смесь гемопоэтических и мезенхимальных стволовых клеток костного мозга и клеток периферической крови. Для получения культур клеток использовали методы обработки аспирата костного мозга лизирующим раствором. Аспират костного мозга равномерно смешивали с охлажденным до 2-40 °С лизирующим раствором в соотношении 1:10. Продолжительность обработки 10-15 мин. Затем суспензию клеток центрифугировали при 1200 об/мин в течение 10 мин. Гемолизированную надосадочную жидкость сливали, а осадок ресуспендировали питательной средой «Mesencult».

Определение ядродержащих клеток и жизнеспособных клеток костного мозга после сепарации. Для проведения дальнейших манипуляций с костным мозгом (проведения заморозки или культивирования) проводили количественный учет ядродержащих клеток и определяли процент живых клеток в суспензии. Для количественного учета ядродержащих клеток использовали автоматический гематологический анализатор, на котором определяли концентрацию ядродержащих клеток, моноклеары, гранулоциты, концентрацию эритроцитов и уровень гемоглобина костного мозга до и после сепарации. При отсутствии автоматического

гематологического анализатора использовали камеру Горяева и раствор Тюрка. К 0,2 мл суспензии клеток после сепарации добавляли 1,8 мл раствора Тюрка, который представлял собой 3% раствор уксусной кислоты, окрашенный метиленовым синим. Содержимое пробирки тщательно перемешивали, оставляли на 3-5 минут. Затем 0,2 мл суспензии переносили в подготовленную камеру Горяева. Ждали 2 мин для осаждения клеток и производили количественный учет окрашенных клеток в 20 больших квадратах сетки. Подсчитывали в 4 сетках, затем находили среднее значение. Для определения концентрации клеток в 1 см³ полученное значение перемножали на коэффициент разведения и 2200. Полученное число показывало концентрацию клеток в 1 см³. Необходимо отметить, что этот метод позволял определить концентрацию ядросодержащих клеток, но не определял мононуклеары и гранулоциты.

Для определения концентрации жизнеспособных клеток в суспензии клеток после сепарации использовали камеру Горяева и 0,5% раствор трипанового синего. К 0,2 мл суспензии клеток после сепарации добавляли 1,8 мл 0,5% раствора трипанового синего. Содержимое пробирки тщательно перемешивали, оставляли на 3-5 минут. Затем 0,2 мл суспензии переносили в подготовленную камеру Горяева. Ждали 2 мин для осаждения клеток и производили количественный учет окрашенных клеток в 20 больших квадратах сетки. Окрашенные клетки считали мертвыми клетками. Живые клетки не окрашивались трипановым синим, т.к. у них целая мембрана и они не поглощали краску. Подсчитывали в 4 сетках живые и мертвые клетки, находим среднее значение. Для определения концентрации клеток в 1 см³ полученное значение перемножали на коэффициент разведения и 2200. Полученное число показывало концентрацию живых или мертвых клеток в 1 см³.

Фенотипирование стволовых клеток костного мозга. Для количественного учета гемопоэтических стволовых клеток и мезенхимальных стволовых клеток костного мозга до и после сепарации использовали проточный цитометр Becton Dickinson (BD) с аргоновым лазером и наборы меченных антител.

Процесс учета сводился к следующим этапам:

- осаждение клеток;
- связывание клеток с мечеными антителами;
- отмывание не связавшихся антител;
- учет клеток связанных с мечеными антителами в приборе проточной цитометрии.

Данный метод позволил определить процентное содержание клеток по маркерам.

Культивирование стволовых клеток костного мозга *in vitro*. Для культивирования стволовых клеток костного мозга *in vitro* образец костного мозга подвергали обработке лизирующим раствором или сепарировали в градиенте фикола- Paque™ LUS с плотностью (1,07). Часть суспензии клеток (5 мл) использовали для бактериологических анализов, определения концентрации ядросодержащих клеток и мононуклеарных клеток, определения процента жизнеспособных клеток. Оставшуюся часть суспензии разводили питательной средой Mesencult до концентрации 1,0 -1,5 млн. клеток/мл. Полученную суспензию разливали по матрасикам Т-25 или Т-75 с вентилируемой крышкой и помещали в СО₂-инкубатор с 5% СО₂ и 95% влажности при температуре 36,8°С.

Через 3 суток после прикрепления клеток, производили замену среды, в результате которой смывались не прикрепившиеся клетки. Последующие замены производили через 3-4 суток. На 4-6 сутки культивирования образовывались колонии фибробластоподобных клеток, к которым прикреплялись округлые клетки. На 10-12 сутки культивирования образовывался монослой клеток, в основном из фибробластоподобных и небольшой части эпителиподобных клеток различных форм. Образовавшийся монослой клеток снимали диспергирующим раствором, состоящим из смеси растворов трипсина и натриевой соли этилендиамин-тетра уксусной кислоты (ЭДТА) в соотношении 1:3.

Процедура состояла из следующих этапов: 1) Удаляли среды из культуры, клетки оставались на подложке. Отмывали клетки раствором Хенкса, чтобы удалить остаточное содержание сыворотки в среде. 2) Добавляли 5 мл диспергирующего раствора, чтобы покрыть клетки и инкубировали при t 37°С

в течение 3 - 7 минут. 3) После визуального отделения клеток, добавляли 1 мл FBS, чтобы нейтрализовать действие трипсина или добавляли 5 мл питательной среды. 4) Переливали трипсинизированные клетки в 15 мл пробирки и центрифугировали клетки при 1200 об/мин в течение 8 минут при комнатной температуре с тормозом. Надосадок удаляли, осажденные клетки ресуспендировали в питательной среде «Mesencult».

При культивировании клеток костного мозга в описанных условиях основное развитие получали мезенхимальные стволовые клетки костного мозга.

Криоконсервация стволовых клеток костного мозга. Замораживание культур стволовых клеток костного мозга проводили с применением фетальной сыворотки КРС и ДМСО. Содержание фетальной сыворотки КРС в суспензии клеток не было ниже 30%. Предварительно суспензия клеток и ДМСО были охлаждены до +4-5°C. ДМСО набирали в стерильную пипетку и медленно по каплям добавляли в суспензию клеток и постоянно покачивали флакон. Это позволяло избежать экзотермической реакции, возникающей при быстром смешивании ДМСО и среды, соответственно уменьшить повреждения клеток. Объем ДМСО не превышал 10% от общего объема суспензии. Затем суспензию разливали по криопробиркам и делали высеv на тиогликолевую среду. Использовали криопробирки объемом 4 мл и 2 мл. Суспензию соответственно разливали по 3,5 и 1,5 мл. Криопробирки объемом 4 мл использовали для разлива всей суспензии, а криопробирки объемом 2 мл для разлива той части суспензии, используемой для различных анализов, т.е. пробирки-сателлиты.

После разлива суспензии криопробирки маркировали и помещали в бытовой холодильник при температуре 4-8°C на 1,5-2 часа для эквilibрации криопротектора в клетки. По истечении срока криопробирки помещали в пенопластовый ящик, который переносили в низкотемпературный холодильник. Через 24 час после начала криоконсервации криопробирки опускали в сосуды Дьюара с жидким азотом.

В исследовании использовали три варианта криосреды: 1) -70% MEM + 10% ДМСО

+ 20% ST; 2) - 60% MEM + 10% ДМСО + 30% ST; 3) - 50% MEM + 10% ДМСО + 40% ST.

Существенной разницы при хранении при температуре минус 70°C и жидком азоте первые тридцать суток не наблюдали. Процент живых и мертвых клеток в размороженной суспензии находился в пределах нормы. При увеличении срока хранения свыше 45 суток существенно увеличивался процент мертвых клеток в суспензии, хранящихся при температуре минус 70°C. В ампулах, хранящихся в жидком азоте, процент мертвых клеток находился в пределах нормы. Увеличение содержания сыворотки в криосреде оказывал небольшое криопротекторное действие. Поэтому процент сыворотки в криосреде не был ниже 30%.

Отработка технологии трансплантации стволовых клеток в половые железы смоделированных лабораторных животных в эксперименте. В качестве объекта исследований использовали беспородных кроликов, самцов, весом 3-4 кг в количестве 27 голов, которым был смоделирован хронический орхоэпидидимит. На 30 сутки после постановки диагноза на основе патоморфологических и ультразвуковых исследований подопытным животным проводили антибактериальную терапию цефазолином в дозе 10 мг/кг веса в течении трех суток.

Экспериментальные животные были разделены на три группы: 1) Испытуемая группа, которым проведено интродупаренхимальное введение аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга; 2) Испытуемая группа, которым проведено интродупаренхимальное введение аутологичных мультипотентных стромальных клеток костного мозга; 3) Контрольная группа - без лечения.

У животных первой группы произвели забор костного мозга из крыла подвздошной кости в объеме 5 см³ с гепаринизированным раствором Хенкса. Сепарацию клеток костного мозга проводили лизирующим раствором в течении 15 минут. После отмывания ядродержащих клеток от эритроцитов осадок ресуспендировали в 1 мл физиологического раствора и вводили в несколько точек паренхимы яичка.

У животных второй группы так же был произведен забор костного мозга из крыла

подвздошной кости в объеме 5 см³ с гепаринизированным раствором Хенкса. После сепарации в градиенте фикола и отмывания ядродержащих клеток от эритроцитов осадок ресуспендировали в питательной среде «Mesencult», специальной среде для культивирования мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток. Клетки высевали в матрицы Т-25. На 5-6 сутки культивирования формировался монослой фибробластоподобных клеток в соответствии с рисунком 1.

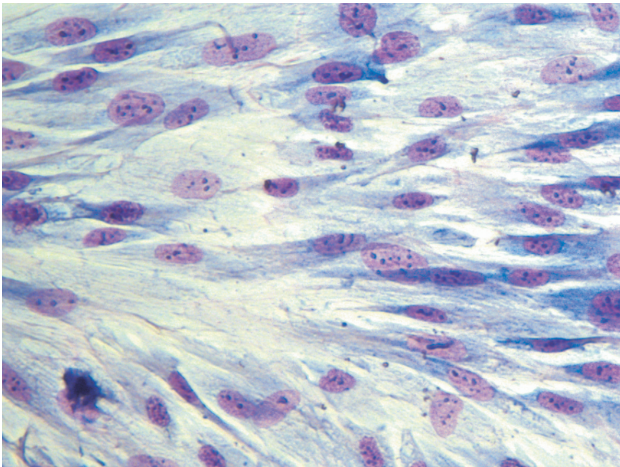


Рисунок 1. Культура клеток ММСК кролика. 6 сутки. Окраска по Гимза. Увеличение 10x20

По достижению монослоя клетки снимали диспергирующим раствором, отмывали раствором Хенкса. После центрифугирования осадок клеток ресуспендировали в физиологическом растворе. Концентрация клеток была 1 млн клеток/см³. Аутологичные мультипотентные мезенхимальных стромальных клетки вводили интрапаренхимально.

У животных контрольной группы клетки не вводили. На 30, 45 и 60 сутки подопытных животных кастрировали, половые железы помещали в 10% раствор формалина для дальнейшего приготовления гистологических препаратов.

Результаты ультразвукового исследования.

3 сутки. Определено увеличение размеров половых желез на 3-5 мм, в структуре выявлены гипоэхогенные включения размерами 2-4 мм, свидетельствующие о наличии воспалительного процесса, сосудистый рисунок желез усилен, количество видимых сосудов увеличено.

7 сутки. Определено увеличение размеров яичка на 5-7 мм, в структуре выявлены

множественные мелкие гипоэхогенные включения, сосудистый рисунок ткани желез усилен, количество видимых сосудов увеличено.

15 сутки. Размеры желез прежние, в структуре определены единичные гипоэхогенные включения, а также участки уплотнения размером 1-2 мм.

30 сутки. Размеры желез нормальные, в структуре определены участки повышенной эхоплотности размером от 3-9 мм, при ультразвуковой доплерографии кровотоков в области уплотнения значительно снижен, отмечено оскуднение и деформация сосудистого рисунка в области участка фиброза. Скорость кровотока снижена по сравнению с контрольной группой.

В таблицах 1 и 2 представлены результаты ультразвуковой доплерографии сосудов половых желез исследованных лабораторных животных.

Таблица 1 - Динамика изменений индекса резистентности в артериях семенников кроликов после введения культуры в различных группах.

Группа	до введения	3 сутки	7 сутки	15 сутки	30 сутки
	0,71±0,1	0,62±0,09	0,59±0,014	0,53±0,12	0,32±0,08

Данные таблицы 1 показывают, что на 30 сутки наблюдаются достоверные изменения индекса резистентности сосудов кроликов после введения культуры.

Таблица 2 - Динамика изменений пульсационного индекса в артериях семенников кроликов после введения бактериальной культуры.

Группа	до введения	3 сутки	7 сутки	15 сутки	30 сутки
	1,41±0,1	1,27±0,17	1,08±0,14	0,87±0,07	0,54±0,14

Аналогичные изменения прослеживались при измерении пульсационного индекса в артериях семенников у кроликов на 30 сутки.

Результаты морфологического исследования. Гистологически паренхима нормальных половых желез представлена семенными извитыми канальцами. Между ними находилась интерстициальная ткань. Дольки семенника состояли из разветвленного семенного канальца. Канальцы имели одинаковые размеры и четко определяемый просвет в

большинстве из них. Стенка канальцев состояла из 4-5 клеточных слоев от базальной мембраны к просвету. Между канальцами определяли соединительная ткань, в которой располагались островки эндокриноцитов, а также небольшое количество лимфоцитов. Снаружи семенной каналец окружен тонкой соединительнотканной оболочкой содержащей фиброциты, коллагеновые и эластические волокна.

Исследуемая группа. Кровеносные сосуды оболочек наполнены кровью, в некоторых участках оболочек отмечали кровоизлияния и небольшое скопление отечной жидкости вокруг сосудов. Сама межканальцевая соединительная ткань набухшая, слегка разрыхлена и отечная. В ней отмечали отёк (красная стрелка) и лимфо-гистиоцитарную инфильтрацию (синяя стрелка) в строме половых желез между извитыми канальцами.

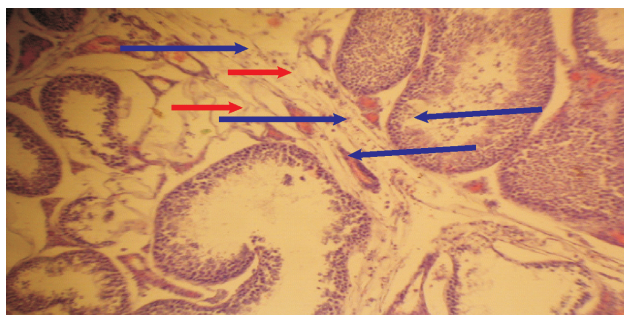


Рисунок 2. Испытуемая группа. 15 сутки. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x20

У лабораторных животных после введения бактериальной культуры на 15 сутки в семенниках обнаружили изменения, свидетельствующие о нарушении сперматогенеза. Картина строения была резко смазана за счёт разнокалиберных, но в основном, больших очагов некроза стромы и паренхимы, как яичка, так и придатков. В строме яичка и придатков наблюдали выраженную очаговую лимфогистиоцитарную инфильтрацию, в зоне некроза - умеренную лейкоцитарную инфильтрацию.

Кроме того, наблюдали очаги некроза на разных его стадиях: от кариорексиса до кариолизиса. В очагах некроза были сохранены единичные участки извитых канальцев, в них, как и вне участков некроза, сперматогенез почти отсутствовал: просвет извитых ка-

нальцев «пустой», сперматогонии были расположены в 1 ряд, в нескольких случаях в 2 ряда, сперматоциты отсутствовали. Просвет выводных протоков был пуст, выражен фиброматоз стромы, отчего выводные канальцы сгруппированы по 2-5 с перифокальной лимфоцитарной инфильтрацией и склерозом с гиалинозом.

На 30 сутки в семенных канальцах выявлены очаговые нарушения сперматогенеза. В большей части обоих яичек органоидная структура строения была смазана за счёт массивной диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрации и разрастания соединительной ткани с замещением стромы и паренхимы яичка, примерно в 60-70%. В оставшейся ткани яичка просветы извитых канальцев пусты: сперматогонии расположены в 1, редко в 2 слоя, без признаков пролиферации. В соединительной ткани множественные разнокалиберные очаги базофильных кристаллических масс (кальциноз), сохранившиеся выводные протоки пусты.

Результаты проведенных работ показали, что половые клетки разных стадий развития чувствительны к действию повреждающих агентов инфекционной природы. Морфологическое исследование экспериментального материала показало, что распространение инфекционного процесса имеет строгую последовательность. При введении клеток бактерий (клинический штамм) в семенник путём его пункции, воспалительный процесс развивался первоначально изолированно в яичке, в более отдаленные сроки, захватывая придаток яичка. Микроскопия показала, что инфекционный процесс проходил ряд закономерно сменяющих друг-друга стадий: первоначальная адгезия возбудителя к эпителию, микроколонирование, альтерация эпителия и далее выраженная эксудативная реакция. Воспалительный инфильтрат распространялся на яичко, начиная с его средостения, и затем мозаично захватывая его дольки.

Эксудативная реакция приводила к выраженному отёку, нарушению гемо- и лимфодинамики, что проявлялось резким расширением сосудов микроциркуляторного русла и лимфатикосов. Эксудативная реакция была настолько выражена, что отмечали наличие

Таблица 3 - Динамика изменений размеров семенников, индекса резистентности и пульсационного индекса в артериях семенников кроликов после введения стволовых клеток

Показатели	До эксперимента (средние значения)	15 сутки после введения бак. культуры	45 сутки после введения стволовых клеток	60 сутки после введения стволовых клеток	p
Размер семенников, мм	22,7±0,5	29,4±1,1	25,2±0,7	23,1±0,4*	0,05
Индекс резистентности	0,71±0,05	0,32±0,12	0,52±0,02	0,68±0,07*	0,03
Пульсационный индекс	1,41±0,07	0,42±0,09	1,19±0,06	1,37±0,01*	0,04

эозинофильного эксудата в просвете протока. Появление лейкоцитов во внутрипротоковом эксудате свидетельствует о распространении воспалительной реакции на вышележащие отделы протока с постепенным вовлечением в патологический процесс ткани придатка.

Таким образом, созданная у экспериментальных животных модель инфекционного орхоэпидидимита показала развитие воспалительного процесса в яичке при инфицировании бактериями.

Результаты ультразвукового исследования после трансплантации мононуклеарных клеток в паренхиму яичка лабораторных животных.

В ходе проведения экспериментальных исследований для оценки эффективности применения стволовых клеток использованы следующие показатели, представленные в таблице 3.

Анализ данных таблицы 3 показал, что показатели размеров семенников лабораторных животных, индекса резистентности и пульсационного индекса сосудов половых желез достоверно приближаются к своей нормальной величине на 60 сутки после введения мононуклеарных стволовых клеток.

Результаты гистоморфологического исследования после трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток в паренхиму яичка лабораторных животных. Для оценки динамики течения неспецифического хронического орхоэпидидимита у лабораторных животных были проведены гистоморфологического исследования после трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток в паренхиму половых желез лабораторных животных на 30 сутки эксперимента.

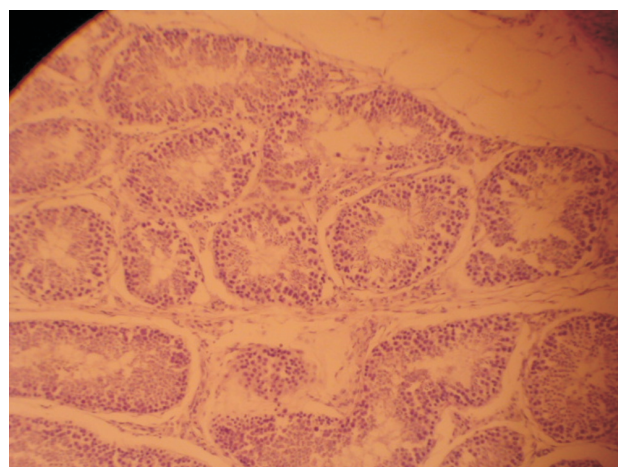


Рисунок 3. Первая группа. 30 сутки эксперимента. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x10

Как показано на рисунке 3, в материале наблюдали ткань (паренхима) яичка с нормальной фиброзной стромой без признаков настоящего воспаления или его организации. Сперматогенез выражен удовлетворительно во всех извитых канальцах (15%).

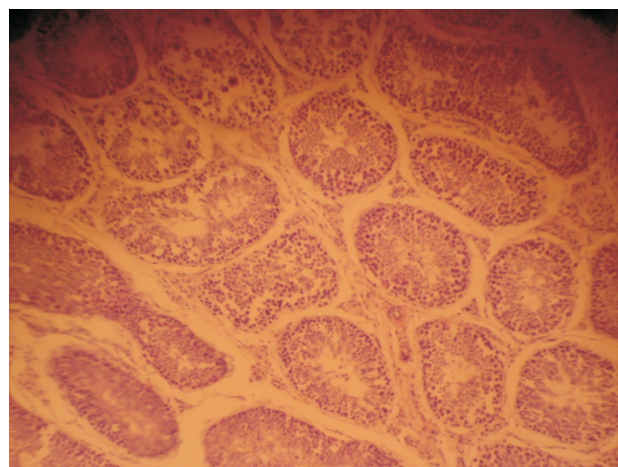


Рисунок 4. Первая группа. 30 сутки. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x10

Как показано на рисунке 4, в материале исследования наблюдали ткань яичка, нор-

мального гистологического строения. Строма яичка нежно-волокнистая, хорошо васкуляризирована, без признаков воспаления или его организации. Во всех канальцах наблюдали хорошо выражен сперматогенез (слегка «запустевшие» канальцы единичны: около 10%).

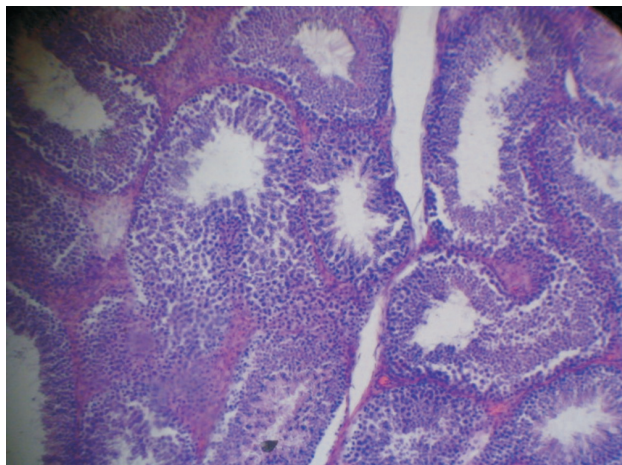


Рисунок 5. Первая группа. 30 сутки. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x10

В исследуемом материале нормальная ткань яичка. Признаков воспаления или его организации в строме и в паренхиме не обнаружено. Сперматогенез выражен хорошо («полупустых канальцев около 25%).

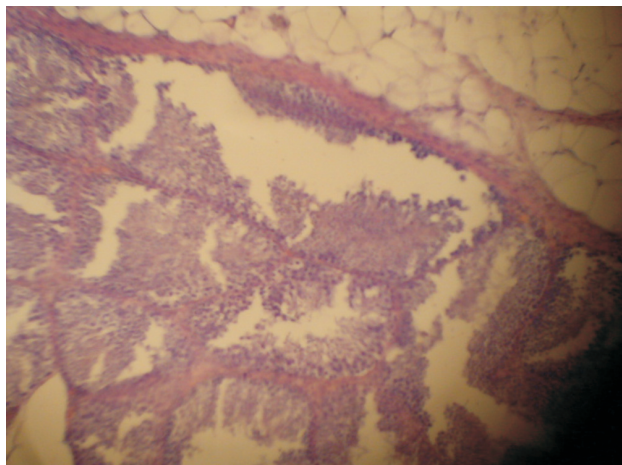


Рисунок 6. Первая группа. 30 сутки. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x10

Как показано на рисунке 6, в материале ткань яичка без признаков настоящего воспаления в строме и паренхиме яичка, а так же в прилежащих тканях. Сперматогенез выражен удовлетворительно.

В исследуемом материале ткань яичка нормального гистологического строения, без

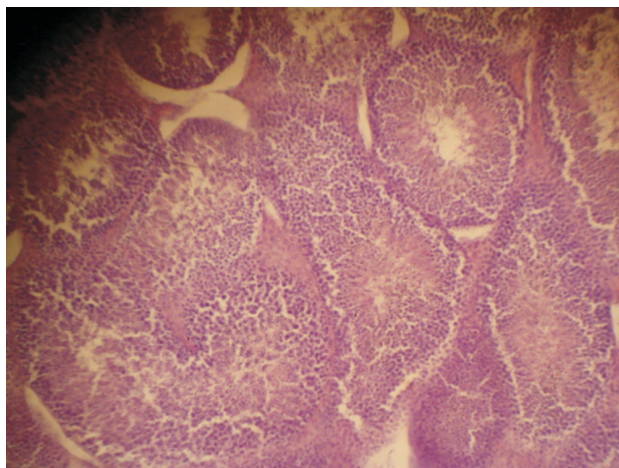


Рисунок 7. Первая группа. 30 сутки. Извитые канальцы семенника. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 10x10

признаков воспаления или его организации в строме и в паренхиме. Сперматогенез отличный: «полупустых» канальцев менее 5 %.

Результаты гистоморфологического исследования после трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга в паренхиму яичка показывают, что при этом наблюдается положительный эффект, выражающийся в нормализации фиброзной стромы, хорошей васкуляризации стромы, уменьшении «запустевшихся» канальцев (5-25%). Таким образом, доказано, что трансплантация аутологичных мононуклеарных клеток КМ в паренхиму яичка приводят к уменьшению и исчезновению признаков воспаления и, главным образом, улучшает сперматогенез.

Результаты гистоморфологического исследования препаратов после трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток в паренхиму яичка показывают, что наблюдается положительный эффект, выражающийся в:

- нормализации фиброзной стромы;
- удовлетворительной или хорошей васкуляризации стромы;
- уменьшении «запустевших» семенных канальцев.

Обсуждение. Учитывая актуальность поиска новых методов лечения infertility у мужчин, в экспериментальной работе проведена комплексная оценка регенерационных возможностей яичек у животных, перенесших воздействие неспецифической бактериальной флоры на паренхиму яичек. Подробно освещена методика моделирования экспериментального орхоэпидидимита, описаны из-

менения структуры паренхимы яичек, а также показателей скорости кровотока и периферических индексов у лабораторных животных.

Изучены особенности повреждения сперматогенеза у экспериментальных животных на разных сроках, разработана и обоснована эффективная техника моделирования экспериментального орхоэпидидимита, которая является удобной для изучения и внедрения новых методов лечения infertility и может быть использована для экспериментального лечения этих заболеваний.

Экспериментальным путем установлены нормальные показатели размеров яичек, показателей скорости кровотока, индекса резистентности и пульсационного индекса у лабораторных кроликов.

Морфологически доказано влияние неспецифической бактериальной культуры на функциональное состояние половых желез у лабораторных животных.

Была разработана технология выделения и подсадки аутологичных моноклеарных клеток в паренхиму яичка лабораторных животных.

Таким образом, по результатам экспериментального исследования можно сделать следующие выводы:

Наиболее оптимальным методом сепарации клеток костного мозга является обра-

ботка суспензии клеток лизирующим раствором. Метод позволяет максимально выделить стволовые клетки костного мозга. Сепарация клеток в градиенте фикола приводит к потере до 40% клеток, хотя нет остаточного количества эритроцитов. Поэтому в дальнейшем нами проводилась в основном обработка клеток костного мозга лизирующим раствором для выделения МНК.

Полученные результаты показали, что интрапаренхимное введение аутологичных моноклеарных стволовых клеток костного мозга в зону хронического воспаления привело к положительным изменениям, и может считаться методом выбора подсадки стволовых клеток.

На 60 сутки проведена оценка ультразвуковых показателей, которые именно в эти сроки достоверно изменились до своих нормальных значений. Индекс резистентности $0,68 \pm 0,07$ ($p \leq 0,03$) и пульсационный индекс $1,37 \pm 0,01$ ($p \leq 0,04$). Результаты гистоморфологического исследования после трансплантации аутологичных моноклеарных клеток костного мозга в паренхиму яичка показывают, что при этом наблюдается положительный эффект, выражающийся в нормализации фиброзной стромы, хорошей васкуляризации стромы, уменьшении «запустевших» канальцев.

Список использованной литературы:

1. Цынкаловский О. Р, Вик-Мо А, Ферейра С, Лярум О. Д. Фьюсо А. Использование проточной цитометрии для определения кровяных стволовых клеток рыб *Danio regio* // Российский иммунологический журнал. -2008 Т. 2 (11). -N 2-3. - 116.
2. Сафаров Ш.А. Современные подходы к лечению острого эпидидимоорхита. //Дисс. канд. мед. наук. Москва. 2007.
3. Цынкаловский О. Р., Зайденов В. А, Пахотных А. С. Андрианов В. А. Использование «side population» для выделения стволовых клеток в нормальных и опухолевых тканях // Медицинская иммунология. 2008 - Т. 10.-N 4-5.- 319-326.
4. Сафонов И.А., Коршунов А.В., Хлебов О.П. Острый эпидидимит в послеоперационном периоде у больных доброкачественной гиперплазией простаты // Всероссийское научное общество урологов. Пленум: Материалы. Киров. 2000. - С. 220.
5. Цынкаловский О. Р, Розенлюнд Б, Сотерн Р. Б. Лярум О. Д. Изменение экспрессии mVmall, контролирующего циркадные ритмы, в кровяных клетках костного мозга мышей происходит неритмично // Аллергология и иммунология. 2008 - Т. 9. -N 3. - 258.
6. Насникова И.Ю., Маркина Н.Ю., Кислякова М.В., Милехин А.П., Алферов С.М. Ультразвуковая диагностика заболеваний мошонки. Медицинская визуал. 2005. №6. - С.95-103.
7. Цынкаловский О. Р., Розенлюнд Б., Эйкен Х. Г. Лярум О. Д. Разработка методики оценки экспрессии циркадных генов, контролирующих суточные ритмы кровяных клеток костного мозга // Аллергология и иммунология. 2008 - Т. 9. - N 1. - С. 4.

РЕЗОЛЮЦИЯ
ПЛЕНУМА УРОЛОГОВ КАЗАХСТАНА
«ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЯХ.
ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ»
 16-17 сентября 2013 г., г. Тараз

Заболевания нижних мочевых путей являются наиболее распространенной группой среди всей урологической патологии.

Инфравезикальная обструкция (далее-ИВО), при которой развивается дизурия различной степени тяжести, значительно снижает качество жизни мужчин любого возраста. Основными причинами возникновения ИВО являются доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее-ДГПЖ), склероз шейки мочевого пузыря (далее-СШМП) и стриктуры уретры различной этиологии.

В рамках работы Пленума урологов Казахстана были представлены доклады об эпидемиологии, диагностике и лечении ИВО.

С основным программным докладом «Малоинвазивные технологии в лечении инфравезикальной обструкции» - выступил генеральный директор АО «Научный центр урологии им. академика Б.У. Джарбусынова», главный внештатный уролог Министерства здравоохранения РК, Лауреат Государственной премии РК, Член-корреспондент НАН РК, доктор медицинских наук, профессор Алчинбаев М.К.

Были представлены современные методы хирургического лечения таких заболеваний, как ДГПЖ, склероз шейки мочевого пузыря, стриктуры уретры.

Особый акцент был сделан на дифференцированном подходе в выборе метода хирургического лечения ДГПЖ в зависимости от размера предстательной железы, стриктур уретры – от локализации, первичности процесса и протяженности дефекта. Сравнительный анализ эффективности различных малоинвазивных вмешательств позволил выработать четкую схему выбора оптимального метода хирургической коррекции с наименьшим риском осложнений.

На Пленуме урологов Казахстана были заслушаны и проанализированы отчеты о состоянии урологической службы Жамбылской, Южно-Казахстанской, Кызылординской и Алматинской областей. Главным урологам областей были сделаны критические замечания, касающиеся работы урологических стационаров по оказанию помощи с использованием малоинвазивных технологий.

Пленум урологов Казахстана **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Рекомендации по диагностике ИВО:

- С целью улучшения своевременной диагностики инфравезикальной обструкции, определения дальнейшей тактики лечения, до и после операционной подготовки, профилактики осложнений и адекватной реабилитации больных, рекомендуется создать во всех областных центрах кабинеты уродинамических исследований.

2. Рекомендации по хирургическому лечению ДГПЖ:

- При размерах ДГПЖ до 40 см³ оптимальным методом хирургического лечения является трансуретральная плазменная вапоризация. Небольшой размер аденомы значительно сократит время операции и длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре. Уретральный катетер может быть удален на 2-е сутки.
- При размерах ДГПЖ от 40 см³ до 60 см³ показано проведение лазерной вапоризации. Эффективность данного метода значительно выше стандартной ТУР за счет хорошего интраоперационного гемостаза. Уретральный катетер может быть удален в течение 24 часов. Также по данным исследований 2012-2013 года после лазерной вапоризации, эректильная дисфункция встречается значительно реже.
- При размерах ДГПЖ от 60 см³ до 80 см³ показано применение биполярной ТУР, так как при вапоризации, время операции значительно увеличится, что потребует удлинение сроков послеоперационной катетеризации.
- При размерах ДГПЖ более 80 см³ целенаправленно развивать и внедрять метод трансуретральной энуклеации простаты (в том числе лазерной).
- При наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии (сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушения мозгового кровообращения, коагулопатия) независимо от размеров ДГПЖ показано применение плазменной или лазерной вапоризации как паллиативный метод лечения.

3. Рекомендации по хирургическому лечению склероза шейки мочевого пузыря.

- Оптимальным современным методом хирургической коррекции склероза шейки мочевого пузыря является лазерная рассечение склерозированной ткани. Сроки удержания уретрального катетера после операции могут быть сокращены до 15-17 часов.

4. Рекомендации по хирургическому лечению стриктуры уретры.

- Лазерная уретротомия является методом выбора хирургического лечения первичных стриктур уретры любой локализации протяженностью до 1 см.
- При первичных и рецидивирующих стриктурах, протяженность которых больше 1 см, показана открытая уретропластика.
- Уретротомия «холодным» ножом показано только при первичных стриктурах до 0,5 см.
- Трансуретральная резекция стриктуры уретры может применяться при первичных стриктурах бульбозного отдела протяженностью до 1 см, а также при первичных стриктурах мембранозного и простатического отдела уретры протяженностью до 0,5 см.
- Лазерную уретротомию желательнее проводить не более двух раз, при неэффективности показано проведение открытой уретропластики.
- Противопоказаниями к применению малоинвазивных методов лечения при стриктурах уретры являются: протяженность более 1 см, рецидивирующая стриктура, неэффективность от предыдущих эндоурологических операций, множественные стриктуры.

- Для послеоперационного дренирования после любой эндоурологической коррекции стриктуры уретры оптимально использовать силиконовые катетеры с антибактериальным покрытием. Срок удержания катетера в среднем 14 дней.
- После проведения эндоурологической операции по поводу стриктуры уретры необходимо соблюдать режим планового бужирования во избежание рецидивов стриктуры на сроках 1-3-6 месяцев.
- Генеральный директор АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова», Лауреат Государственной премии РК, Член-корреспондент НАН РК, д.м.н., профессор **Алчинбаев М.К.**
- Заведующий отделением МКБ и эндоурологии, АО «Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова», д.м.н., профессор **Малих М.А.**
- Профессор кафедры урологии Национальной медицинской академии последипломного образования Украины, старший научный сотрудник Института андрологии-сексологии (г. Киев), д.м.н., профессор **Гурженко Ю.Н.**
- Ведущий научный сотрудник НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ПГМУ им. И.М. Сеченова, (г.Москва), д.м.н., профессор **Гаджиева З.К.**
- Заведующий кафедрой урологии, СЗГМУ им И.И. Мечникова, (г.Санкт-Петербург), д.м.н., профессор **Новиков А.И.**
- Заведующий отделом постдипломного образования ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ (г.Москва), д.м.н., **Казаченко А.В.**
- Заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексопатологии АГИУВ, д.м.н., профессор **Шалекенов Б.У.**
- Главный врач ОМЦ г.Кызылорда, д.м.н., профессор **Табынбаев Н.Б.**
- Заведующий отделением урологии ОУЦ г.Усть-каменогорск, к.м.н., **Куандыков Н.К.**
- Руководитель отдела клинических исследований ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ (г.Москва), к.м.н., **Ощепков В.Н.**
- ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ (г.Москва), Президент Ассоциации Молодых Урологов России, к.м.н., **Абдуллин И.И.**