

14-16 сентября 2023

XXIII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

КАЗАНЬ

Организаторы



При поддержке

СБОРНИК АБСТРАКТОВ



CONGRESS-ROU.RU

СБОРНИК АБСТРАКТОВ
МАТЕРИАЛЫ
XXIII КОНГРЕССА РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ
14-16 сентября 2023, Москва

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I: ПРОГРАММНЫЕ ДОКЛАДЫ

Пётр Витальевич Глыбочко

Технологический суверенитет в здравоохранении: время урологов

РАЗДЕЛ II: ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

Валентин Николаевич Павлов

Противоречия в реконструктивно-пластической урологической хирургии

Дмитрий Юрьевич Пушкарь, Владимир Леонидович Медведев, Евгений Алексеевич Безруков, Алексей Дмитриевич Кочкин

Подиумная дискуссия экспертов в лапароскопической и роботической хирургии: Аденома простаты. Хирургический случай. Обсуждаем!

Сергей Владиславович Котов

Функциональная урология (сфинктеры, диверсия мочи, восстановление мочеточника и уретры.)

Сафар Исраилович Гамидов

Новые техники в пенильной и уретральной хирургии

Алексей Георгиевич Мартов

Расширенная эндоурология у нестандартных пациентов

Гагик Нерсесович Акопян, Виген Андреевич Малхасян, Денис Александрович Мазуренко, Нариман Казиханович Гаджиев, Реваз Ревазович Харчилава

Подиумная дискуссия экспертов: Крупный камень ЛМС

Армаис Альбертович Камалов, Игорь Алексеевич Корнеев

Репродуктивное здоровье российских мужчин: задачи, требующие решения

Олег Иванович Аполихин

Репродуктивное здоровье, как маркер общего здоровья мужчин

Всеволод Борисович Матвеев

Периоперативное лечение опухолевых заболеваний в 2023 году

Борис Яковлевич Алексеев

Лечение метастатического рака предстательной железы – смена парадигмы

Владимир Владимирович Протощак

Боевая травма органов мочевой и половой систем в XXI веке

Халид Сулейманович Ибишев

Трудные ситуации в лечении инфекций в урологии

Юлия Лазаревна Набока

Бессимптомная бактериурия у беременных. Пора принять новые факты

Михаил Иосифович Коган

Развитие урологического образования через призму науки

Андрей Дмитриевич Каприн

Состояние Онкоурологической службы в Российской Федерации

Сергей Константинович Терновой

Текущие исследования и изменения в визуализации

Дмитрий Юрьевич Пушкарь

Лазерные технологии в стационаре короткого пребывания

Денис Викторович Бутнару

Развивающиеся технологии в урологии

Марк Сергеевич Тараткин

Новая система доказательств в урологии: систематические обзоры и метаанализы

Андрей Зиновьевич Винаров

Противоречия в клинических рекомендациях

Содержание

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ). БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ТЕРАПИЯ

НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ	48
А.З. Винаров, С.Х. Али, А.М. Дымов, С.Ю. Ткачев, Ю.А. Ли, П.А. Числов, Б.П. Ершов, А.А. Акованцева, Д.В. Бутнару, П.С. Тимашев	
ВЛИЯНИЕ ПИРАЗИНАМИДА НА ФОРМИРОВАНИЕ УРАТНЫХ КАМНЕЙ	49
Д.А. Вишневский, М.А. Прокопович, О.Н. Зубань	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ	49
Д.А. Войтко, М.Ю. Просянных, Н.В. Анохин, О.В. Константинова, Е.Н. Павлов, О.С. Илларионов, А.В. Сивков, О.И. Аполихин	
ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИУРИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	50
С.А. Голованов, А.В. Сивков, М.Ю. Просянных, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко, В.В. Дрожжева	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕНАЖЕРОВ ДЛЯ ПУНКЦИИ ПОЛОСТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧКИ	51
Д.С. Горелов, А.А. Мищенко, В.М. Обидняк, И.Е. Маликиев, Н.К. Гаджиев, С.Б. Петров	
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТАФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА, ОСНОВАННОГО НА ДАННЫХ ДЭКТ	52
Л.Ф. Зуева, Е.А. Безруков	
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОДУКТАМИ СЕКРЕЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК	52
В.И. Кирпатовский, А.В. Сивков, В.Н. Синюхин, А.Д. Каприн	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ГЕСТАЦИОННЫМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ	53
С.В. Котов, Р.А. Перов, П.Ю. Низин, А.А. Неменов	
СОСТАВ КОНКРЕМЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	54
М.М. Кутлуев, Н.А. Григорьев, Р.И. Сафиуллин	
ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	56
В.А. Малхасян, Ю.А. Ким, С.О. Сухих, Т.Б. Махмудов, Д.Ю. Пушкарь	
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	57
О.М. Мосийчук	
СВЯЗЬ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОЧИ И БИОМИНЕРАЛОГИЧЕСКИМ СОСТАВОМ КАМНЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	58
Т.Х. Назаров, У.В. Абулбокиев	
ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	59
О.В. Основин, В.М. Попков, А.Н. Россоловский, Р.Н. Фомкин, А.Н. Понукалин, Д.Н. Хотько, С.А. Твердохлеб, П.Ю. Заигралов	
ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	60
Н.В. Петровский, М.А. Газимиев, В.И. Руденко, И.В. Дьяконов, Г.С. Лебедев	

ФАКТОРЫ РИСКА НЕФРОЛИТИАЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	61
М.Ю. Просянкин, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко, И.М.Шевчук, Т.С. Перепанова, О.В. Константинова, А.В. Сивков, Б.Я. Алексеев, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн	
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	62
В.И. Руденко, Ю.Л. Демидко, Л.С. Демидко	
НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОЛИТИАЗА	63
А.В. Савилов, М. Джайн, А.С. Тивтикян, М.Е. Коцепуга, Д.М. Анохин, Л.М. Самоходская, Д.А. Охоботов, С.П. Шершнев, А.А. Камалов	
ОСТЕОПРОТЕГЕРИН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАРКЕР РЕЦИДИВА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	64
А.В. Савилов, М. Джайн, А.С. Тивтикян, М.Е. Коцепуга, Д.М. Анохин, Л.М. Самоходская, Д.А. Охоботов, С.П. Шершнев, А.А. Камалов	
НОВЫЕ КЛИНИКО-ХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ	65
Д.В. Семёнычев, Л.Л. Семенычева, А.В. Митин, Ф.А. Севрюков, А.Д Кочкин, А.В. Кнутов	
ИНВАЛИДНОСТЬ В СВЯЗИ С УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	66
А.В. Сивков, В.А. Комарова, А.А. Никушина, О.И. Аполихин	
СТРУКТУРА СОСТАВА МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ ЮГА РОССИИ С УЧЕТОМ ТИПОВ И ПОДТИПОВ КОНКРЕМЕНТОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ M. DAUDON	67
В.А. Скнар, И.А. Абян, К.А. Ширанов, С.В. Павлов	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	68
С.О. Сухих, В.А. Малхасян, М.А. Газимиев, А.Г. Мартов, Н.К. Гаджиев, Д.Ю. Пушкарь	
РОЛЬ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛИТИАЗОМ	69
М.А. Узденов, А.М. Узденов, Дипак Сешадри Рамаратхнам	
ОБЩЕЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	70
М.А. Узденов, А.М. Узденов, Дипак Сешадри Рамаратхнам	
ПЕРОРАЛЬНЫЙ ХЕМОЛИЗ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МОЧЕКИСЛЫМ УРОЛИТИАЗОМ	72
И.В. Феофилов, С.С. Шкуратов, А.К. Почивалов	
НЕФРОЛИТИАЗ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ	73
Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин	
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С КРУПНЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК ПРИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ	73
Б.В. Ханалиев, Д.В. Косарева, Е.С. Скрябин, Е.И. Косарев, К.П. Тевлин, А.Г. Барсегян	
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РОСТА МИКРОФЛОРЫ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ УСТАНОВКИ ВНУТРЕННЕГО МОЧЕТОЧНИКОВОГО СТЕНТА	74
Б.В.Ханалиев, А.Г.Барсегян, Е.И.Косарев, Е.С.Скрябин, А.В.Иванов, Д.В. Косарева	

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ), ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ СОСТАВА КАМНЕЙ ПОЧЕК НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	75
Е.А. Яковец, А.И. Губанов	
ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО И ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРОВ, А ТАКЖЕ ВОЛОКОН РАЗНЫХ ДИАМЕТРОВ (150 И 200 МКМ) В РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	76
К.Р. Азильгареева, М.С. Тараткин, В.С. Петов, А.О. Морозов, С.Х. Али, Д.И. Бабаевская, Д.О. Королев, Vincent De Coninck, Г.Н. Акопян, Cesare Marco Scoffone, Д.В. Чиненов, А.А. Андросов, Harun Fajkovic, David Lifshitz, Olivier Traher, Д.В. Еникеев	
СРАВНЕНИЕ ДИРЕКТИВНОЙ ПУНКЦИИ С ТРАДИЦИОННОЙ МЕТОДИКОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ	77
Г.Н. Акопян, Ф.И. Турсунова, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко	
СРАВНЕНИЕ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ С СУПЕРМИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	78
Г.Н. Акопян, Ф.И. Турсунова, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко	
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК	79
Г.Н. Акопян, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, Ф.И. Турсунова, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко	
ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИНИ-ПНЛ И ГИБКОЙ УРС ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК ОТ 2 ДО 3 СМ	80
Г.Н. Акопян, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, Ф.И. Турсунова, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко	
КОНКРЕМЕНТЫ ЧАШЕК: ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ НЕ ХУЖЕ ЭНДОСКОПИИ!/?/...	80
С.М. Алфёров, С.А. Левицкий, В.А. Кривицкий	
О ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ КОНТАКТНОЙ ТУЛИЕВОЙ ЛИТОТРИПСИИ	82
И.А. Арбузов, И.В. Феофилов, С.А. Рахимов, В.С. Чернега	
ЛАЗЕРНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ЧЕРЕЗ ДВА МИНИ-ПЕРКУТАННЫХ ДОСТУПА ПРИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК	83
К.М. Арбулиев, Г.А. Биларов, Г.Д. Гаджиев, О.А. Раджабов, Г.М. Османов, Д.П. Гаджиев	
ПРОБЛЕМА ИНКРУСТАЦИИ И КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СТЕНТИРОВАНИИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА	84
К.М. Арбулиев, Н.М. Гусниев, М.У. Усманов, С.С. Малеев, М.О. Азизов, З.Ш. Зайнулабидов, Р.М. Раджабов, С.Г. Саидов, З.Г. Гамзатов, П.А. Мургазалиева, Т.Ю. Ахмедов, М.А. Магомедов, М.Р. Аммаев	
МЕСТО МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ	85
С.В. Беломытцев, С.В. Котов, С.В. Данилов, Ф.З. Вафин, Р.А. Асриян, Н.М. Агаев	
ОПЫТ СУПРАКОСТАЛЬНОЙ БЕЗДРЕНАЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ «РЖД-МЕДИЦИНА», КРАСНОЯРСК	86
А.Г. Бережной, С.С. Дунаевская, А.В. Ершов	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАНДАРТНОЙ И БЕЗДРЕНАЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	87
А.Г. Бережной, С.С. Дунаевская, А.В. Ершов	

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ НЕФРОЛИТИАЗА	88
А.Г. Бережной, А.В. Ершов, Т.В. Черепанова	
НЕОБХОДИМОСТЬ СМЕНЫ РЕЖИМОВ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ	89
А.З. Винаров, А.М. Дымов, С.Х. Али, Ю.А. Ли, П.А. Числов	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОДНО- И ДВУСТОРОННЕЙ ГИБКОЙ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИИ. ПРОСПЕКТИВНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	90
Н.К. Гаджиев, А.Д. Петров, А.Г. Шкарупа, Д.Д. Шкарупа, И.А. Горгоцкий, И.А. Лабетов, В.А. Малхасян, В.А. Воробьев	
НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНКРУСТИРОВАННЫМИ/ «ЗАБЫТЫМИ» СТЕНТАМИ	91
Н.А. Гончаров, А.А. Кузнецов, Е.А. Морозов.	
ВОЗМОЖНОСТИ И ЛИМИТЫ SECOND-LOOK НЕФРОСКОПИИ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	92
Д.С. Горелов, И.Е. Маликиев, В.М. Обидняк, А.А. Мищенко, Н.К. Гаджиев, С.Б. Петров	
МИНИМИЗАЦИЯ ИНТРАОРГАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ – СТАНДАРТЫ И ИННОВАЦИИ	93
П.В. Глыбочко, Н.Е. Калинин, Д.О. Королев, С.Х. Али, А.М. Дымов, Д.В. Чиненов, Г.Н. Акопян, М.А. Газимиев	
РАЦИОНАЛЬНОЕ ТРЕХМЕРНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ НА ПРИМЕРЕ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ: КАЛИКОВЕНОЗНАЯ ФИСТУЛА	93
П.В. Глыбочко, Н.Е. Калинин, С.Х. Али, Е.А. Безруков, М.А. Газимиев	
КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ НИТИНОЛОВОГО СТЕНТА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА	94
Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, А.М. Загазежев, Е.О. Стецик	
РЕТРОГРАДНАЯ ГИБКАЯ ПИЕЛОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ	95
Б.Г. Гулиев, М.У. Агагулов, А.Э. Тальшинский, А.А. Андрианов	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УСПЕХ УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИИ	96
С.П. Даренков, Е.А.Пронкин, А.М. Домникова, В.А. Новиков, И.Э.Мусаев	
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГОЛЬМИЕВАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ	97
С.Н. Еременко, А.Н. Еременко, А.В. Симонович, В.П. Долгополов, И.А. Алиев	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	98
Д.А. Жарков, Б.В. Долгов, А.Н. Россоловский, А.В. Стативко, Д.Н. Хотько, О.В. Основин, М.В. Солдатенко	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИДЕНТИФИКАЦИИ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ	99
Л.Ф. Зуева, Е.А. Безруков	
ДИСТАНЦИОННАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МКБ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	100
А.Е. Иванов, С.Б. Уренков, А.А. Подойницын	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ: ОПЫТ БОЛЕЕ 350 ОПЕРАЦИЙ	101
М.И. Катибов, М.М. Алибеков, З.М. Магомедов, А.С. Бахмудов, А.М. Абдулхалимов, В.Г. Айдамиров, С.А. Бахмудов, А.А. Гамидов, М.М. Маадзиев, А.М. Магомедов	

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ УДАРНО-ВОЛНОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	102
В.В. Клочков, Л.Е. Белый, А.В. Клочков	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ	104
С.В. Котов, Р.А. Перов, П.Ю. Низин, А.А. Неменов	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ	105
С.В. Котов, Р.А. Перов, П.Ю. Низин, А.А. Неменов	
ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ПРИЗНАКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ УРЕТЕРОСКОПИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ	106
С.В. Котов, А.А. Неменов, Р.А. Перов	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УРЕТЕРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ	107
С.В. Котов, А.А. Неменов, Р.А. Перов	
МНОГОРАЗОВЫЙ VS ОДНОРАЗОВЫЙ ГИБКИЙ УРЕТЕРОСКОП: НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ	108
М.М. Кутлуев, Н.А. Григорьев, Р.И. Сафиуллин	
РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	109
И.Э. Мамаев, К.К. Ахмедов, С.В. Котов	
КОМБИНИРОВАННАЯ МИКРОПЕРКУТАННАЯ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	110
А.Г. Мартов, С.В. Дутов, А.С. Андронов, М.М. Адилханов, С.И. Козачихина	
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ТУЛИЕВЫХ ВОЛОКОННЫХ ЛАЗЕРОВ ПРИ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ	110
А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков, С.В. Дутов, А.С. Андронов, М.М. Адилханов	
НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЕЕ 7000 ПЕРКУТАННЫХ НЕФРОЛИТОТРИПСИЙ	111
Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, К.К. Щамхалова	
СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА КОНКРЕМЕНТА	112
Т.Х. Назаров, М.Э. Топузов, К.О. Шарвадзе, Д.Н. Мадумаров, И.В. Рычков, С.М. Басок	
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МАГНИТНЫМИ СТЕНТАМИ	113
В.М. Обидняк, Д.С. Горелов, Н.К. Гаджиев, И.Е. Маликиев, А.А. Мищенко, С.Б. Петров	
ПРОГНОЗ УРОВНЯ ДИЛАТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПЕРЕД УСТАНОВКОЙ КОЖУХА	114
Д.Н. Орлов, В.В. Протошак, М.В. Паронников, Е.Г. Карпущенко	
СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТСУТСТВИЯ КАМНЕЙ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ, ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ И ГИБКОЙ УРЕТЕРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК	115
О.В. Основин, В.М. Попков, А.Н. Россоловский, Р.Н. Фомкин, Д.Н. Хотько, М.В. Солдатенко, А.В. Стативко, А.Н. Понукалин, С.А. Твердохлеб, Д.А. Бобылев	
ЛАЗЕРНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОВАТНОГО ЛАЗЕРА (ДО 50 ВАТТ) ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА ВСЕХ УРОВНЯХ МОЧЕТОЧНИКА	116
И.В. Патраков, А.Р. Сангинов	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ КОНКРЕМЕНТАХ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ	117
С.В. Попов, И.Н. Орлов, И.С. Пазин, Д.А. Сытник, М.М. Сулейманов, Т.М. Топузов, Е.В. Помешкин	
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГИБКАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА ПРИ КОНКРЕМЕНТАХ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ 2 СМ И БОЛЕЕ	118
С.В. Попов, И.Н. Орлов, Т.М. Топузов, Д.А. Сытник, И.С. Пазин, М.М. Сулейманов, А.Ю. Куликов	
ВЫБОР МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МИКРОПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	119
С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, Е.В. Помешкин, И.С. Пазин, А.Д. Сытник, Давыдов А.В., В.В. Перепелица, Н.И. Холматов	
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КОНКРЕМЕНТОВ ПОЧЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ СТРОЕНИЯ	119
В.М. Попков ¹ , Д.Н. Хотько ¹ , А.И. Хотько ¹ , А.Н. Понукалин ¹ , О.В. Основин ¹ , А.И. Тарасенко ²	
ИЗМЕРЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВНУТРИЛОХАНОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ В ХОДЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	120
В.М. Попков ¹ , Д.Н. Хотько ¹ , А.И. Хотько ¹ , О.В. Основин ¹ , А.И. Тарасенко ²	
ПЕРВЫЕ 100 РИРХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОДНОРАЗОВЫХ ГИБКИХ УРЕТЕРОСКОПОВ И ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА, ВЫПОЛНЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	121
Р.М. Раджабов, К.М. Арбулиев, С.Г. Саидов, Г.П. Газимагомедов, З.Г. Гамзатов, П.А. Муртазалиева, Т.Ю. Ахмедов, М.А. Магомедов, М.Р. Аммаев	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРА ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ КИМ-1 ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЧЕТОЧНИКОВОГО КОЖУХА И БЕЗ НЕГО	122
В.В. Рогачиков, Д.Н. Игнатьев, А.В. Кудряшов, А.С. Сотников, К.М. Григорьева, Д.М. Попов	
МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	124
В.В. Рогачиков, А.В. Кудряшов, Д.Н. Игнатьев, А.С. Сотников, К.М. Григорьева, Д.М. Попов	
ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ОЦЕНКЕ НОВЫХ СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОНКРЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ	125
А.Н. Россоловский, М.Л. Чехонацкая, Д.А. Бобылев, О.В. Основин, И.А. Крючков	
НИЗКОДОЗНЫЙ МСКТ-МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ	126
А.Н. Россоловский ¹ , М.Л. Чехонацкая ² , Д.А. Бобылев ² , О.В. Основин ¹ , И.А. Крючков ²	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	127
Р.В. Роюк, С.К. Яровой, Д.Б. Родин	
ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СЛОЖНЫХ КОНКРЕМЕНТАХ В/З МОЧЕТОЧНИКА	128
Д.В. Сизякин, С.И. Костюков, О.И. Пипченко, Р.Г. Фомкин, А.А. Лагутин, М.И. Коган	
СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ	129
М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.А. Зубков	
НАШ ОПЫТ ПЕРКУТАННОЙ ХИРУРГИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ В ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ	130
С.И. Сулейманов, В.В. Мусохранов, А.С. Бабкин, Д.А. Федоров, К.К.Багатурия, А.А. Тягун	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	130
И.В. Феофилов, С.С. Шкуратов, А.К. Почивалов	

ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	131
И.В. Феофилов , С.С. Шкуратов , А.К. Почивалов	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИБКОЙ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕЖИМА «ЛИТОТРИПСИЯ В ПЫЛЬ» (STONE DUSTING)	132
Б.В. Ханалиев , А.В. Иванов , Е.С. Скрябин , Д.В. Косарева	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЖИМА «ЛИТОТРИПСИЯ В ПЫЛЬ» (STONE DUSTING) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАЗЕРНОЙ ДЕЗЕНТЕГРАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	133
Б.В. Ханалиев , А.В. Иванов , Д.В. Косарева , Е.С. Скрябин	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ: РЕЖИМЫ РАСПЫЛЕНИЯ И ФРАГМЕНТАЦИИ ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	134
Б.В.Ханалиев , А.Г.Барсемян , Е.И.Косарев , Е.С.Скрябин , А.В.Иванов , Д.В. Косарева	
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ФИБРОКАЛИКОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА ПО ХАЙНС-АНДЕРСЕНУ.	135
Б.М. Шайхразиев , К.И. Гайнетдинов	
ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КТ НАВИГАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ	136
А.И Юнкер, М.А Фирсов, А.Е. Герцен, П.А. Симонов , Е.А Безруков , Н.В. Литвинюк .	
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ИМП). БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИНФЕКЦИИ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	
УРОСЕПСИС У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ	137
С.М. Алферов, С.А. Левицкий, Р.Р. Губайдуллин, Н.О. Симонова, Н.С. Ревковская, М.А. Смирнова	
НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	139
А.С. Аль-Шукри, А.В. Максимова, Н.И. Дуб,Ю.А. Пономарёва, С.В. Костюков, А.А. Манченко, С.Б. Петров	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КОМПЕНСАЦИЯ СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ	140
С.С. Андреев, И.И. Титяев, К.В. Удалов, Б.А. Неймарк, С.В. Андреева, В.В. Руссу, А.А. Пожидаев, М.В. Корень, Е.Б. Форофонтова	
СПЕКТР МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	141
Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева	
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ: НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ	142
Н.В. Бычкова, Е.И. Прокопенко, И.Г. Никольская	
МЕСТО ТАНДЕМНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ДЛИТЕЛЬНОМ ПАЛЛЕАТИВНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ	144
К.И. Глинин, С.В. Котов, И.Э. Мамаев	
ЧРЕСКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПИЕЛОНЕФРИТА: ОПЫТ КЛИНИКИ	145
Н.А. Гончаров , А.А. Кузнецов , Е.А. Морозов	

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: ОПЫТ КЛИНИКИ	146
Н.А. Гончаров, А.А. Кузнецов, Е.А. Морозов, И.А. Загороднев	
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРЕПСИИ КРУПНЫХ И КОРАЛЛОВИДНЫХ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ	147
Д.В. Грядунов, А.И. Неймарк	
ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	149
В.В. Елагин, А.С. Панферов, Е.А. Бекреев, А.В. Игошкин, Е.В. Медведева, В.С. Ястребов	
ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ	150
Х.С. Ибишев, Ю.Л. Набока, И.А. Гудима, М.И. Коган	
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ: ОПЫТ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	151
К.П. Олифирова, С.В. Котов, А.Г. Юсуфов	
УЛУЧШЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ БАКТЕРИОФАГОВ	152
Т.С. Перепанова, А.В. Казаченко, Ю.А. Малова, М.Р. Хазан П.Л., Назиров М.Р.	
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ НАХОЖДЕНИЯ ДРЕНАЖЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	153
В.М. Попков, Д.Н. Хотько, А.И. Хотько, О.В. Основин, А.И. Тарасенко	
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ЭРУ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ	154
С.А. Пульбере, С.В. Котов, М.А. Совьяк, Е.А. Желтикова	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	155
Ш.М. Тусматов, Д.А. Рахимов, М.А. Джураев, Г.А. Абдуллохаджаева, М.А. Кенджаева, А. Дж. Гаффаров, Г.А. Солиев, Г.С. Турдалиева, Н.С. Турдалиева, Д.Э. Турдалиева	
НАДЕЖНОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДНЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИЕЙ	156
Б.В. Ханалиев, Д.В. Косарева, К.П. Тевлин, Е.И. Косарев	
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ	157
М.М. Хасанов, Ш.Т. Мухтаров, У.А. Абдуфаттаев, Н.М. Рахимов, А.А. Номонов	
ЭМФИЗЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ СЕПСИСОМ	158
К.А. Шарафутдинов, А.А. Дюсюбаев	
ОСТРЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	159
И.С. Шорманов, Д.Н. Щедров, Д.Ю. Гарова, А.С. Соловьёв, С.А. Жигалов	
ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	
ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА	160
А.С. Аль-Шукри, А.В. Максимова, Н.И. Дуб, С.Б. Петров	

ВОЗМОЖНОСТИ НЕАНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	161
Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри	
ЭНДОВЕЗИКАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА/СИНДРОМА БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	162
О.А. Арефьева, А.В. Зайцев, Л.А. Ходырева, Р.В. Строганов, И.Л. Корсунская	
ДИСБИОЗ ВЛАГАЛИЩА И РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	163
В.А. Барсегян, И.В. Косова, Л.А. Синякова, Д.Н. Колбасов	
АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЦИСТИТА И ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО РЕЦИДИВОВ У ЖЕНЩИН	164
О.И. Братчиков, Д.В. Коновалов, И.А. Тюзиков	
СИНДРОМ ФИОЛЕТОВОГО МОЧЕПРИЕМНИКА – ОСОБАЯ ФОРМА МАНИФЕСТАЦИИ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	165
Р.Р. Гафаров, С.А. Аллазов, З.Р. Шомонова	
ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНКРУСТИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	166
Д.С. Горелов, И.Е. Маликиев, В.М. Обидняк, А.А. Мищенко, Н.К. Гаджиев, С.Б. Петров	
КАК ЛЕЧИТЬ ЦИСТИТ, ЕСЛИ БОЛЬНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ АНТИБИОТИКИ	166
М.И. Давидов, Д.А. Войтко, Н.Е. Бунова	
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА ФЕНАЗОПИРИДОНОМ И ФОСФОМИЦИНОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ 3-ЛЕТНЕГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	167
М.И. Давидов	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	168
Т.И. Деревянко, В.А. Путилин, О.А. Симонов, С.В. Придчин	
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ – СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	169
Х.С. Ибишев, В.К. Мамедов, Ю.Л. Набока, И.А. Гудима, Х.Х. Ильясов, М.И. Коган	
ДИНАМИКА СПЕКТРА БАКТЕРИУРИИ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРСТАТЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	170
С.Н. Иванов, М.И. Коган, В.Л. Медведев, Ю.Л. Набока, Г.А. Палагута, М.В. Архипенко	
НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СКИНЕИТА	171
П.О. Кислицын, В.В. Протошак, Л.М. Синельников, М.В. Паронников, Д.А. Галюк, Т.Н. Гасанбеков, Е.И. Проскурович	
НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ И РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ЭКСПРЕССИЯ PD-L1 В ТКАНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	173
И.В. Косова, В.А. Барсегян, Л.А. Синякова, Л.В. Гундорова, Д.Н. Колбасов	
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ	174
Е.В. Кульчавеня, А.И. Неймарк, А.Ю. Цуканов	
ВЛИЯНИЕ ВИРУСА SARS-CoV-2 НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ	175
Е.В. Кульчавеня, С.Ю. Щевченко	
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ	176
Е.В. Кульчавеня, А.И. Неймарк, А.Ю. Цуканов	

ЖЕНСКИЙ ПРОСТАТИТ, СВЯЗАННЫЙ И НЕ СВЯЗАННЫЙ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	178
А.Г. Паршин, В.А. Король	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НИФУРАТЕЛ (МАКМИРОР) И ПИДОТИМОД (ИМУНОРИКС) У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ. РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОЙ ПРОСПЕКТИВНОЙ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ПИНЦЕТ»	179
П.И. Раснер	
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	180
Д.Р. Саяпова, М.Э. Ситдыкова	
ВЛИЯНИЕ D-МАННОЗЫ НА АДГЕЗИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	181
М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин, Л.А. Краева	
СТОЙКАЯ ДИЗУРИЯ У ЖЕНЩИН: ПЕРСОНФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	182
М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин, Н.О. Кротова, Ю.А. Игнашов, С.Х. Аль-Шукри	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНЫХ ИНСТИЛЛЯЦИЙ В ТЕРАПИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	183
О.В. Теодорович, Г.Г. Борисенко, М.Н. Шагохин, С.И. Сулейманов, Д.А. Федоров, А.С. Бабкин, К.С. Кулясов	
ЖЕНСКИЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА	184
К.В. Удалов, И.И. Титяев, Д.В. Морозов, Н.А. Абдуллаев, А.И. Неймарк, М.Г. Николаева	
ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ УРЕТРЫ И ЭЯКУЛЯТА ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ, БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	185
А.В. Царёва	
ОЦЕНКА ИСХОДА РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ БЕРЕМЕННЫХ	186
А.Ю. Цуканов, И.В. Савельева, Х.С. Ибишев, Е.В. Кульчавеня, М.А. Фирсов, Е.А. Алексеева, Г.В. Кривчик, М. Байпакова	
ОЦЕНКА ИСХОДА РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ БЕРЕМЕННЫХ	187
А.Ю. Цуканов, И.В. Савельева, Х.С. Ибишев, Е.В. Кульчавеня, М.А. Фирсов, А.Е. Алексеева, Г.В. Кривчик, М. Байпакова	
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	188
И.А. Шадёркин, В.А. Шадёркина	
ИНФЕКЦИИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОСФОМИЦИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	189
О.И.Братчиков, И.А.Тюзиков, П.А. Дубонос	
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ	190
Ю.Ю. Винник, А.А. Амельченко	

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ЛЕВОГО ЯИЧКА У ПАЦИЕНТА С COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	191
Т.И. Деревянко, В.А.Путилин, О.А. Симонов, С.В.Придчин	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕПАРАТА «ЛОНГИДАЗА» В КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	192
М.В. Епифанова, А.А. Костин, Е.В. Гамеева, Е.В. Славкина, С.А. Артеменко, А.А. Епифанов	
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	193
Х.С. Ибишев, Ю.Л. Набока, П.А. Крайний, И.А. Гудима, А.Д. Плякин, Я.О. Прокоп	
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРОСТАТЫ	194
Х.С. Ибишев, Р.С. Исмаилов, П.А. Крайний	
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО И ПЕРВИЧНО-ДИАГНОСТИРОВАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	195
Х.С. Ибишев, Ю.Л. Набока, П.А. Крайний, И.А. Гудима, Р.С. Исмаилов, М.И. Коган	
ТУЛИЕВЫЙ ВОЛОКОННЫЙ ЛАЗЕР В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМ УРЕТРЫ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	196
Г.И. Каситериди, Е.С. Сирота, И.М. Дизенгоф, А.А. Сергеев	
БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	197
И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, С.Х. Аль-Шукри	
АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИРУСОМ ГЕРПЕСА	198
Е.В. Кульчавеня, С.Ю. Шевченко, А.А. Барнчукова	
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО И АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	199
Е.В. Кульчавеня, Д.П. Холтобин	
ТУБЕРКУЛЕЗ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	200
Е.В. Кульчавеня, С.Ю. Шевченко	
ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МУЖЧИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ	201
Е.В. Кульчавеня, С.Ю. Шевченко	
ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА АДЕНОПРОСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ КАТЕГОРИИ IIIA	202
Н.А. Ноздрачев, А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, А.В. Давыдов, И.В. Каблова, М.А. Мельник, П.В. Цыплакова	
ГЕРПЕСВИРУСЫ И ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	203
О.А. Османов, А.А. Камалов, Л.М. Михалева, В.К. Карпов, Д.А. Охоботов, Э.П. Акопян, Н.К. Шахпазян, Б.М. Шапаров, О.Ю. Нестерова	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОТОПА УРЕТРЫ И ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИНЫ, С БИОТОПОМ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЖЕНЩИНЫ МЕТОДОМ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ	204
Д.Г. Почерников, А.И. Стрельников, Т.Ю. Горлова	

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРУДНОКУЛЬТИВИРУЕМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ИЗ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПЛЕНОК МЕТОДОМ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ИЗ ОСАДКА ЭЯКУЛЯТА В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ МЕТОДИКОЙ	205
Д.Г. Почерников, А.И. Стрельников, А.Б. Маркова, Е.А. Волкова	
ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПО ДАННЫМ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	206
Д.А. Рахимов, Н.И. Ибодов, А.Ю. Одилов, Х.Х. Ризоев, С.Х. Турдалиев, Ш.С. Бобоев, Д.Р. Махмудов, Р.М. Хаитов, М.А. Рахимов, Ш.Д. Рахими, Х.И. Джураев	
ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ СХТБ-IIIВ КАТЕГОРИИ	207
А.С. Соловьёв, М.И. Азизов, Д.Н. Щедров, С.А. Жигалов, И.И. Можаяев, А.Н. Чирков, И.С. Шорманов	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ СХТБ/ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	208
А.С. Соловьёв, М.И. Азизов, Д.Н. Щедров, С.А. Жигалов, И.И. Можаяев, А.Н. Чирков, И.С. Шорманов	
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК УРЕТРЫ И/ИЛИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	209
Н.И. Чернова, Н.В. Фриго, Т.Г. Маркосян, А.Я. Атабиева	
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОВЕНОИДНОГО ПАПУЛЕЗА У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ МУЖЧИН	210
Н.И. Чернова, Н.В. Фриго, Т.Г. Маркосян	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРУТОМ ГИДАТИДЫ ЯИЧКА ВО ВЗРОСЛОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	211
И.С. Шорманов, Д.Н. Щедров, Д.Ю. Гарова, А.И. Рыжков	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ И ПЧР. РЕЗУЛЬТАТЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕФРЕКТОМИИ	213
И.А. Абян, С.М. Пакус, С.В. Грачев, К.В. Березин	
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА	214
И.А. Абян, Я.В. Куликовских, Д.С. Лужанский, С.М. Пакус	
ОПЫТ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ	214
П.Д. Бессонов, И.В. Баженов, В.Е. Шерстобитов, С.А. Бурцев, Д.А. Деминов, И.И. Кузуб, Е.С. Филиппова, А.В. Зырянов	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК В КРАТКОСРОЧНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ	215
С.В. Вовденко, А.О. Морозов, С.Х. Али, Е.А. Безруков	
РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ	216
А.Ю. Вотяков, Я.Н. Чернов, Д.В. Чиненов, А.А. Курбанов, Е.В. Шпоть	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ПОЧКИ ПУТЕМ ЕЕ РОТАЦИИ ВОКРУГ СОСУДОВ	217
Б.Г. Гулиев, Х.Х. Ягубов	

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ: ВСЕГДА ЛИ НУЖЕН 4 МАНИПУЛЯТОР	218
Б.Г. Гулиев, Р.Р. Болотоков	
АСПЕКТЫ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПОЧКИ. ВЗГЛЯД ОДНОГО ЦЕНТРА	219
Р.Г. Гусейнов, С.В. Попов, А.Ю. Винокуров, Д.Ю. Попов, Е.В. Потапова, А.В. Дунаев, К.В. Сивак, В.В. Перепелица, Н.С. Буненков	
ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ 3D-ИЗОБРАЖЕНИЙ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ КЛЕТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ (G) РАКА ПОЧКИ	220
Х.М. Исмаилов, А.В. Проскура, Д.Н. Фиев, Е.С. Сирота, Е.В. Шпоть, В.В. Козлов, М.М. Черненький, И.М. Черненький, К.Б. Пузаков, К.Р. Азильгареева, Д.В. Бутнару, А.З. Винаров, П.В. Глыбочко	
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ	221
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, Т.Г. Пивазян	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ	222
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, Д.С.Кобзев, Д.А. Фозилов, А.А. Манцов	
СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	223
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, Д.С.Кобзев, А.А. Манцов	
ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ	224
И.Б. Кравцов, В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, С.В. Фастовец	
БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ 3-ТРОАКАРНОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	224
А.А. Курбанов, Я.Н. Чернов, Д.В. Чиненов, А.Ю. Вотяков, Е.В. Шпоть	
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЧЕК	225
М. М. Мирзабеков, С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, Е.В. Помешкин, А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, В.В. Перепелица	
РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ	226
М.С. Мосоян, Д.А. Федоров, А.М. Симонян, Е.С. Гилев	
СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТНХНИКИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	227
М.С. Мосоян, Е.С. Гилев, Д.А. Федоров, Д.А. Шелипанов, А.А. Васильев, А.М. Симонян	
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ТЕПЛОВОЙ ИШЕМИИ ПОЧКИ С НЕФРОПРОТЕКЦИЕЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ	228
В.В. Перепелица, С.В. Попов, Е.А. Жеребцов, В.В. Шуплецов, Р.Г. Гусейнов, К.В. Сивак, Н.С. Буненков, Е.В. Потапова, А.В. Дунаев	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ	229
Д.В. Перлин, И.В. Александров, В.П. Зипунников, А.О. Шманев	
ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧЕК	230
К.В. Поздняков, С.А. Ракул	
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМИ ТРОМБАМИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ	231
Ж.Полотбек уулу, А.А. Грицкевич, А.А. Чевина, В.Ю. Рагузина, С.В. Хромова, Н.А. Карельская, М.В. Кадырова, Ю.А. Степанова, Т.П. Байтман, Д.М. Монаков	

БИОМАРКЕРЫ ОПУХОЛЕВОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБРАЗОВАНИЯМИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ В ПОЧКАХ	232
В.М. Попков, Н.Б. Захарова, В.Н. Понукалин, Ю.М. Комягина, Д.А. Дурнов	
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕЦИДИВА ОПУХОЛИ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ	233
С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, И.Н. Орлов, С.Г. Винцовский, Е.В. Помешкин, П.В. Вязовцев, В.В. Перепелица, К.В. Сивак, Н.С. Буненков	
СИМУЛЬТАННЫЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНХРОННОМ РАКЕ ПОЧКИ И ПРОСТАТЫ	234
А.М. Пшихачев, О.А. Османов, А.М. Тахирзаде, Т.Б. Тахирзаде, В.К. Карпов, А.А. Камалов	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ	235
С.А. Рева, И.В. Зятчин, В.Д. Яковлев, С.Б. Петров	
IN SILICO, IN VITRO И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПРЕССИИ МРНК КАТЕПСИНА В И СТЕФИНА А И ИХ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ	237
М. Руджинска-Радецка, А.С. Фролова, А.В. Балакирева, Н.В. Гороховец, В.С. Покровский, Д.В. Соколова, Ю.А. Светикова, Д.О. Королёв, Н.В. Потолдыкова, А.З. Винаров, А. Пароди, А.А. Замятнин	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В СТАДИИ ТА-В	238
А.Т. Салсанов, В.А. Зубарев, В.Б. Матвеев, Б.К. Комяков	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА	239
А.А. Серегин, А.В. Серегин, К.Б. Колонтарев, И.А. Чехонацкий, А.И. Махмадалиев, Р.И. Алиев, О.Б. Лоран	
ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ	240
Р.Н. Трушкин, Т.К. Исаев, П.Е. Медведев, Н.О. Колесников, Н.В. Морозов, А.Н. Лавров, С.А. Соколов	
ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОБИОПСИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ	241
М.А. Фирсов, Т.А. Гаркуша, П.А. Симонов, Д.И. Лалетин, Е.А. Безруков, С.В. Колеватова, Д.А. Дунц	
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ НЕФРОЛОГОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОБРАЗОВАНИЯМИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ	242
М.М. Черненький, И.М. Черненький, Д.Н. Фиев, А.В. Проскура, Е.С. Сирота, Д.В. Бутнару, П.В. Глыбочко, А.Р. Аджиев, С.А. Амрахов, А.А. Измайлова, И.П. Саркисян, М.Ю. Алексеева	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОАБЛЯЦИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ И ТОПОГРАФИИ ОПУХОЛИ	243
М.В. Четвериков, И.А. Абоян, К.И. Бадьян, Г.П. Нистратов, В.В. Черноусов, А.Н. Морозов	
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	244
С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, Е.Г. Пономарев, М.З. Абед Альфаттах Зубаиди, В.Ю. Нечипоренко, К.С. Шкодкин	
ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНИКИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ НА ОСНОВАНИИ 1,5 ТЫС. ОПЕРАЦИЙ	245
Е.В. Шпоть, А.В. Проскура, Х.М. Исмаилов, Э.Н. Гасанов, Р.К. Шурыгина	

РАК ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДОСТИЖЕНИЯ

РЕТРОГРАДНАЯ ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ АБЛЯЦИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ТУЛИЕВЫМ ЛАЗЕРОМ: НАДЕЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ	246
Р.Ю. Андреев, К.Б. Колонтарев, Д.Ю. Пушкарь	
СРАВНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В ТКАНЯХ ОПУХОЛИ И ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ С РАЗЛИЧНОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА	247
Л.И. Белякова, И.А. Абоян, Е.В. Филатова, А.Н. Морозов, А.Н. Шевченко	
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ICG ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	248
Т.Р. Биктимиров, А.Г. Мартов, Р.Г. Биктимиров, А.В. Баранов, А.М. Хитрых, Н.А. Амосов, Д.С. Ясаков	
БЦЖ-ЦИСТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	249
А.А. Горелова, К.Х. Чибиров, А.Н. Муравьев, А.Н. Ремезова, А.И. Горбунов, А.И. Горелов	
ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ЦИСТЭКТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	250
А.А. Грицкевич, В.А.Оганян, Т.П. Байтман, Д.М. Монаков, Ж. Полотбек, Н.А. Карельская, А.А. Костин	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКОЙ	251
Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, Р.Р. Болотоков	
ФОРМИРОВАНИЕ МОЧЕТОЧНИКО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ	252
Э.В. Гурин, П.В. Нестеров, А.В. Ухарский, Е.А. Метелькова, М.Ю. Тянутов	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИКИ EN-VLOS РЕЗЕКЦИИ И БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЫШЕЧНО-НЕИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	253
С.П. Даренков, Е.А.Пронкин, А.М. Домникова, В.А. Новиков, И.Э.Мусаев	
ИНЦИДЕНТАЛЬНЫЙ УРОТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ПРИ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА	254
А.Б. Доронин, А.В. Капенкин, С.В. Щелков, И.В. Александров, В.Н. Верещагин, А.В. Ефимов	
БЦЖ-ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: КАК ОБСТОЯТ ДЕЛА	254
А.М. Дымов, Ю.А. Ли, М.П. Корчагин, Н.С. Винчевская, А.З. Винаров, М.А. Газимиев	
ВЛИЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ – NLR, PLR, LMR, PD-L1 НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	255
Д.А. Журавский, А.И. Горелов, А.А. Горелова, С.Л. Воробьев, Е.С. Козорезова	
ПИЕЛОНЕФРИТ КАК ФАКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ	256
О.А. Кириченко, А.В. Сергеев, А.Ю. Ульянов	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКИ	257
Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, А.Ю. Ульянов	
КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ЦИСТЭКТОМИЮ С КИШЕЧНОЙ ДЕРИВАЦИЕЙ МОЧИ	258
С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.К. Журавлева	

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕУМКОНДУИТА	259
С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.К. Журавлева	
СРАВНЕНИЕ EN-BЛОК РЕЗЕКЦИИ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ОПУХОЛЮ С КОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	260
С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, Ш.М. Саргсян	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙМИОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	261
Т.Г. Маркосян	
ДЛИТЕЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ДВУМЯ ПАРАЛЛЕЛЬНО УСТАНОВЛЕННЫМИ ВНУТРЕННИМИ СТЕНТАМИ КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ОБЛИТЕРАЦИЙ УРЕТЕРОРЕЗЕРВУАРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	262
А.Г. Мартов, С.В. Дутов, А.С. Андронов, С.В. Мишугин, А.Б. Манцаев	
КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	263
А.Г. Мартов, М.А. Шоайдаров, А.С. Андронов, С.В. Дутов, В.М. Поминальная, А.В. Курков	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО (ICG) В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ	265
Г.А. Монастырский, А.О. Васильев, А.В. Говоров, К.Б. Колонтарев, Д.Ю. Пушкарь	
КОНЦЕПЦИЯ РАДИКАЛЬНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	266
И.Р. Нуриев, А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова	
ОПТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА И ПРОГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	266
В.Н. Павлов, Р.Ф. Гильманова, М.Ф. Урманцев	
РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМОВ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ КРИПТОРХИЗМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧКА НА РАННЕЙ СТАДИИ	267
А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, В.А. Самусевич, Э.Э. Мирзоев	
КЛАПАН Кокк ПРИ КОНТИНЕНТНОЙ КОЖНОЙ УРОДЕРИВАЦИИ (ККУД): НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ	268
В.А. Перепечай, О.Н. Васильев, С.И. Сенин, М.И. Коган, Л.В. Перепечай	
КОНТИНЕНТНАЯ КОЖНАЯ УРОДЕРИВАЦИЯ: МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ Кокк: ОПЫТ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	270
В.А. Перепечай, О.Н. Васильев, С.И. Сенин, М.И. Коган, Л.В. Перепечай	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ	271
Д.В. Перлин, В.П. Зипунников, П.А. Куликов, Я.Н. Даньков, А.О. Шманев	
БЕЛКИ КОНТРОЛЬНЫХ ИММУННЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ	272
В.М. Попков, Н.Б. Захарова, В.Н. Понукалин, А.Н. Гайворонская, Д.А. Дурнов	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОДНОПОРТОВАЯ ХИРУРГИЯ ПОЧКИ. КОНЦЕПЦИЯ И ПРОТИВОРЕЧИЯ ТЕХНИКИ	273
С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, В.В. Перепелица, М.М. Мирзабеков, К.В. Сивак, Н.С. Буненков	

РАКОВО-СЕТЧАТОЧНЫЕ АНТИГЕНЫ МОЧИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	274
Н.В. Потолдыкова, А.З. Винаров, Ю.М. Шляпников, Д.О. Королев, Е.А. Малахова, Р.И. Слусаренко, А.О. Морозов, Е.А. Шляпникова, А.А. Замятнин	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ	275
В.В. Протошак, С.М. Гозалишвили	
РАННИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ	276
С.А. Рева, С.Ю. Коняшкина, В.Д. Яковлев, А.С. Мкртчян, С.Б. Петров	
ТОЧНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТАДИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	278
С.А. Рева, С.Ю. Коняшкина, В.Д. Яковлев, А.С. Мкртчян, С.Б. Петров	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	279
А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, Т.Х. Ал-Аттар, Б.К. Комяков	
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО СТАЦИОНАРА	279
О.В. Теодорович, С.И. Сулейманов, Г.Г. Борисенко ¹ , М.Н. Шатохин ¹ , А.С. Бабкин ¹ , К.С. Кулясов ¹	
УДАЛЕНИЕ ОРГАНОКОМПЛЕКСА ЕДИНЫМ БЛОКОМ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПОЧКИ, МОЧЕТОЧНИКИ, МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ, ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ С СЕМЕННЫМИ ПУЗЫРЬКАМИ И УРЕТРУ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	281
Р.Н. Трушкин, С.А. Соколов, Н.Е. Щеглов, Т.К. Исаев, П.П. Тейхриб, П.Е. Медведев	
МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА КИШЕЧНОЙ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОЦЕНКА ИСХОДОВ, НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА	282
Р.А. Узденов	
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ T_a, T_{is}, T₁ И РАННЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	283
Б.В. Ханалиев, Е.И. Косарев, Р.М. Азизов, Д.В. Косарева	
СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	284
А.Ю. Цуканов, Р.А. Казаков, А.Ю. Иванов, А.Р. Пропп	
РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ en bloc – НОВЫЙ СТАНДАРТ ИЛИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ?	285
Ширанов, К.И., И.А. Абоян, К.А. Бадьян, С.Л. Слюсарев, С.В. Шашкин	
РАК ПРОСТАТЫ. БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА	
РАЗРАБОТКА ТЕСТ-СИСТЕМ ВЕРОЯТНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	286
А.О. Васильев, Ю.А. Ким, П.А. Арутюнян, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	
СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	287
А.О. Васильев, Ю.А. Ким, П.А. Арутюнян, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	288
А.А. Витославский, К.Б. Колонтарев, А.В. Говоров, В.В. Дьяков, К.С. Скрупский, Д.Ю. Пушкарь	
РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ ГЛУТАМИНАЗЫ КЛЕТКАМИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРОСТАТЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ	289
С.В. Вовденко, А.О. Морозов, С.Т. Авраимова, Е.А. Коган, Е.А. Безруков	
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	290
С.П. Даренков, Е.А. Пронкин, А.М. Домникова, В.А. Новиков, Н.С. Балабин	
ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ПЭТ-КТ. НАШ ОПЫТ	291
Л.Ф. Зуева, А.С. Савельева, Е.А. Безруков	
ПРЕСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ RT-LAMP ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ	292
А.А. Измайлов, М.Ю. Шкурников, Б.Я. Алексеев	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ	293
Д.Е. Калинин, Л.Д. Жуйкова, В.С. Бощенко, С.Н. Исаева, О.А. Ананина	
ТАРГЕТНАЯ мпМРТ-АССИСТИРОВАННАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОМЕЖНОСТНЫМ ДОСТУПОМ	294
А.В. Корякин, И.С. Толстов, Г.Д. Ефремов, А.В. Сивков, Б.Я. Алексеев, О.И. Аполихин, А.Д.Каприн	
ОЦЕНКА ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛОЙ МЕТОДИК АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ	295
К.М. Мирзоев, А.Г. Иванов, М.Б. Зингеренко	
ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИДКОГО ВЕЩЕСТВА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (НА ПРИМЕРЕ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО) ПРИ ЕГО ВНУТРИКАНЕВОМ ВВЕДЕНИИ	296
Г.А. Монастырский, Е.А. Прилепская, А.О. Васильев, К.Б. Колонтарев, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	
ЗНАЧЕНИЕ ПЛОТНОСТИ ПСА У ПАЦИЕНТОВ С СОМНИТЕЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	297
М.С. Мосоян, А.А. Васильев, Д.А. Шелипанов, Д.А. Федоров, Е.С. Гилев, А.М. Симонян	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЭТ/КТ В СОЧЕТАНИИ С МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	298
М.С. Мосоян, А.А. Васильев, Д.А. Шелипанов, Д.А. Федоров, Е.С. Гилев, А.М. Симонян	
КОГНИТИВНАЯ, мпМР/УЗ ФЬЮЖН- И САТУРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	299
В.С. Петов, А.К. Базаркин, М.С. Тараткин, С.П. Данилов, Я.Н. Чернов, Д.В. Чиненов, Т.М. Ганжа, Д.В. Еникеев, М.Э. Еникеев, А.В. Амосов, Г.Е. Крупинов	
ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ТЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ПОСТАВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ РАКА	300
Е.В. Помешкин, С.В. Попов, И.Н. Орлов, А.И. Брагин-Мальцев, С.А. Помешкина	
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	301
С.В. Попов, И.Н. Орлов, Е.В. Помешкин, М.В. Шамин	

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БИОРЕГУЛЯТОРНЫМИ ПЕПТИДАМИ ПРОСТАТЫ	302
С.А. Рева, В.Д. Яковлев, А.Г. Борискин, С.Б. Петров	
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ЛИМФОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	303
К.С. Скрупский, К.Б. Колонтарев, А.В. Говоров, А.А. Витославский, Д.Ю. Пушкарь	
ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	304
М.Х. Тухтамишев, Ш.И. Гиясов, Ш.Ш. Шавахабов, Ф.Ш. Ахмедова, А.Н. Рахимова	
ВЫПОЛНЕНИЕ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОДПОРОГОВЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ПСА И ЗНАЧЕНИЯХ PI-RADS	305
Б.В. Ханалиев, Е.И. Косарев, Р.М. Азизов, А.Г. Барсегян	
ПРОСТАТИЧЕСКАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ	306
М.Б. Чибибян, М.И. Коган, Е.А. Черногубова, А.В. Аветян	
РАК ПРОСТАТЫ, ЛЕЧЕНИЕ	
ПОВЫШЕНИЕ ГРАДИРУЮЩЕЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: СИСТЕМНАЯ БИОПСИЯ ПРОТИВ КОМБИНАЦИИ ФЬОЖН- И СИСТЕМНОЙ БИОПСИИ	307
И.И. Абдуллин, Н.А. Григорьев, К.М. Юсупов	
АБЛАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ СФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА FOKAL ONE: ОЦЕНКА СОБСТВЕННЫХ 3-ЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ	308
А.И. Алавердян, А.В. Говоров, А.О. Васильев, К.Б. Колонтарев, Д.Ю. Пушкарь	
СРАВНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РОБОТИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	309
А.А. Андросов, А.О. Морозов, М.С. Тараткин, Е.А. Безруков, М.Э. Еникеев, Е.В. Шпоть, Л.М. Рапопорт	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ	310
А.А. Андросов, М.С. Тараткин, А.О. Морозов, К.Р. Азильгареева, Л.М. Рапопорт, Д.В. Еникеев	
ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ HIFU НА АППАРАТЕ Focal One. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ, ВОЗМОЖНОСТЬ ФОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	311
К.И. Бадьян, И.А. Абоян, С.В. Грачев, С.М. Пакус, Б.Н. Адиллов, А.Д. Ермолаев	
ВОССТАНОВЛЕНИЕ УДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РОБОТ-АССИСТИРОВАННУЮ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩУЮ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ С СОХРАНЕНИЕМ РЕТЦИЕВА ПРОСТРАНСТВА	312
Е.Н. Голубцова, Е.И. Велиев, А.А. Томилов, Е.А. Соколов	
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕТЦИЕВА ПРСТРАНСТВА	312
Е.Н. Голубцова, Е.И. Велиев, А.А. Томилов, Е.А. Соколов, О.В. Паклина, Г.В. Кнышинский	
ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	313
Б.Г. Гулиев Д.М. Ильин, П.В. Харченко	

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	314
Б.Г. Гулиев, Д.М. Ильин, П.В. Харченко, Р.Р. Болотоков	
РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ УРЕТРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ: ЗАЧЕМ, КАК, КОГДА?	315
С.Н. Еременко, А.Н. Еременко, В.П. Долгополов, А.В. Симонович, М.А. Алиев	
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НИЗКОГО ДАВЛЕНИЯ: НАШ ОПЫТ	317
М.Б. Зингеренко, А.Г. Иванов, К.М. Мирзоев	
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2020–2022 ГГ.	318
А.А. Измайлов, А.Б. Чапрак, А.Р. Хазиев, О.В. Гончарова, С.М. Измайлова, А.А. Измайлов, Ю.Н. Хризман, М.Ф. Урманцев	
СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НА СИСТЕМЕ Cyber-Knife В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	319
Р.Р. Ишемгулов, В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, М.Ф. Урманцев, А.О. Папоян, Л.М. Кутляров	
ОПЫТ 2000 РАДИКАЛЬНЫХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ	319
С.В. Котов, Г.И. Гуспанов, Д.С. Кобзев, А.Г. Юсуфов, С.А. Пульбере, Р.А. Перов, С.В. Беломытцев, И.Ш. Бядретдинов, А.Г. Павленко	
АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ	321
Т.Г. Лебедь, К.Б. Лелявин	
ПРЕДИКТИВНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	322
Ю.Н. Орлов, И.А. Абоян, В.Э. Абоян, С.М. Пакус	
САЛЬВАЖНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	323
А.Ю. Павлов, Р.И. Мирзаханов, А.Д. Цыбульский, А.Г. Дзидзария	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	324
С.В. Попов, И.Н. Орлов, Е.В. Помешкин, М.В. Шамин	
ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ НОВОЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИЙ	325
А.М. Пшихачев, О.А. Османов, Т.Б. Тахирзаде, А.М. Тахирзаде, А.А. Камалов	
ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО КРАЯ И ИЗМЕНЕНИЯ СТАДИИ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	326
А.М. Пшихачев, О.А. Османов, А.М. Степаненков, А.М. Тахирзаде, К.А. Иванцов, Т.Б. Тахирзаде, С.А. Нарышкин, Н.Б. Забродина, В.К. Карпов, А.А. Камалов	
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА	327
С.А. Ракул, М.О. Скиба, Р.А. Елоев, К.А. Лукинов	

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	328
В.В. Рогачиков, А.В. Кудряшов, Д.Н. Игнатъев, А.С. Сотников, К.М. Григорьева, Д.М. Попов	
СПАСИТЕЛЬНАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ФОКУСИРОВАННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА ПРОСТАТЫ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	330
Р.Н. Фомкин, В.М. Попков, О.В. Основин, А.А. Чураков	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТИНЕНТНОЙ ФУНКЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ СРЕДНЕЙ ДОЛЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	331
Б.В.Ханалиев, Е.И.Косарев, Р.М. Азизов	
ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА РАННЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ УДЕРЖАНИЯ МОЧИ	332
Б.В.Ханалиев , Т.Т.Мехтиев	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТИНЕНТНОЙ ФУНКЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ БОЛЬШИХ ОБЪЕМАХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	333
Б.В.Ханалиев, Е.И.Косарев, Р.М. Азизов	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	334
Б.В.Ханалиев, Е.И.Косарев, Р.М. Азизов, А.Г. Барсебян	
ОЦЕНКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА (ИФДЭ-5)	335
Б.В.Ханалиев, Е.И.Косарев, Р.М. Азизов, А.Г. Барсебян	
САЛЬВАЖНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ РЕЦИДИВЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	337
В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, А.Д. Цыбульский	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	338
Е.В. Шпоть, Я.Н. Чернов, Д.В. Чиненов, А.А. Ковалевский, А.Ю. Вотяков	
КОНТРОЛЬ КОНТИНЕНЦИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИК ТАЗОВОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ	339
М.Б. Чибичян, М.И. Коган, И.И. Белоусов, А.В. Аветян	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	340
Д.В. Чиненов, Е.В. Шпоть, Х.М. Исмаилов, А.В. Проскура, Я.Н. Чернов, Г.Е. Крупинов, А.В. Амосов, Л.М. Рапопорт	
КАЛЬКУЛЯТОР РИСКА ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	341
А.М. Шведов, К.Б. Колонтарев, А.А. Витославский, Д.Ю. Пушкарь	
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ	
ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO	341
О.О. Абдукаримов, О.И. Косимов, Ф.А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, Ф.Н. Рахимова, Я.С. Наджимитдинов	

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	342
Н.Р. Акрамов, Э.И. Хаертдинов, Д.Э. Цыплаков	
ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА	343
Н.Р.Акрамов, А.К. Закиров, А.И. Галлямова	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ФОРМУЛЕ ОЦЕНКИ РАЗМЕРА КАМНЯ (ФОРК) ПОЧКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	344
Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, Д.А. Галицкая, А.Б. Вардак, Д.В. Марухненко, Г.В. Лагутин, Д.К. Алиев	
УРЕТРОПЛАСТИКА STAC ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ: НАШИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	345
Р.Т. Батрутдинов, З.Б. Абдуллаев, С.Т. Агзамходжаев	
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ	346
А.Ш. Бобоев, А.А. Умиров, А.А. Абдуризаев, А.Р. Ачилов	
ВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ	347
В.В. Бурханов, И.Б. Осипов, Н.С. Солонина, Л.А. Алексеева, Д.Е. Красильников, Д.А. Лебедев, А.И. Осипов	
УСПЕШНОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ У ДВУХ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА	348
А.С. Врублевский, С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, А.А.Оганисян, Р.Ю. Валиев	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИБРИДНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ СЕГМЕНТЕ	349
Е.Н. Врублевская, С.Г. Врублевский, Ф.О. Туров, А.С. Врублевский, А.А. Оганисян, Р.Ю. Валиев, В.С. Кочкин, Я.А. Галкина, М.М. Ханов, И.С. Ахметжанов	
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЛАСТИКИ ЛМС ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ, ВЫЗВАННОМ АБЕРРАНТНЫМ СОСУДОМ, У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА	350
И.С. Галочкин, А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова	
АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ	351
Д.А. Гасанов, М.А. Барская, С.С. Терёхин, Е.Г. Мелкумова, А.Н. Бастраков, С.М. Бутуев, Д.В. Ким, Е.В. Мережко	
АНОМАЛИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МАЛЬЧИКА – МАРКЕРЫ ГИПОГОНАДИЗМА МУЖЧИНЫ	352
Т.И. Деревянко, В.А. Путилин, О.А. Симонов, Р.Р.Абдульменов, С.В.Придчин	
ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ	353
С.Н. Зоркин, О.Д. Никулин, Е.Л. Семикина, Д.С. Шахновский	
ПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА АППЕНДИКСОМ ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	354
И.М. Каганцов, Е.А. Кондратьева	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	355
С.А. Карпачев, С.Н. Зоркин, А.С. Гурская, Р.Р. Баязитов	
ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ, ГИПОГОНАДИЗМА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКОВ	356
Е.В. Кузнецова, Н.С. Обухов, Е.В. Пищаев	

ВЕНОЗНЫЙ ПРИАПИЗМ У ДЕТЕЙ: СЕРИЯ ИЗ ТРЕХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ	357
И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов	
НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ «КЛАПАННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ» НА ПОЧЕЧНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ	358
Д.Т. Манашерова, Г.В. Козырев, В.Д. Кулаев, Д.Д. Абретенева, П.М. Гаджиева, Д.А. Сайдулаев	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЗДАНИЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО КОНТИНЕНТНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА У ДЕТЕЙ С РАБДОМИОСАРКОМОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	359
Д.Т. Манашерова, Г.В. Козырев, А.А. Власова, И.Н. Скапенков	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ УДВОЕНИЯ УРЕТРЫ У МАЛЬЧИКОВ	360
Д.Т. Манашерова, Г.В. Козырев, В.С. Прокофьева	
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА УТРОЕННЫХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СПРАВА	361
Н.С. Обухов, Е.В. Пищаев Е.В. Кузнецова	
ДЕРИВАЦИЯ МОЧИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ПЛАСТИКАХ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ	362
А.Ю. Павлов, А.А. Соболевский, Г.В. Симонян, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова	
ТЕХНОЛОГИЯ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ГИДРОНЕФРОЗА	363
А.Ю. Павлов, Г.В. Симонян, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, А.А. Соболевский	
УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМ МЕГАУРЕТЕРОМ	364
А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, А.А. Соболевский, Г.В. Симонян	
СЕЛЕКТИВНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННЫХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ	365
А.В. Пирогов, В.В. Сизонов, М.И. Коган	
СЕЛЕКТИВНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННЫХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ	366
А.В. Пирогов, В.В. Сизонов, М.И. Коган	
«БЕЗНЕФРОСТОМНАЯ» ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ	367
Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, А.Б. Вардак, Д.А. Галицкая, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин, Н.В. Поляков	
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ	368
Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, А.Б. Вардак, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин, Д.К. Алиев, Н.В. Поляков	
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ TWIST (TESTICULAR WORKUP FOR ISCHEMIA AND SUSPECTED TORSION) В РЕГИОНАХ РОССИИ, МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	369
Д.Е. Саблин, В.В. Сизонов, И.М. Каганцов, Ю.М. Габанов, Н.В. Марков, Д.Н. Щедров, Д.Ю. Гаров, Е.В. Морозов, А.А. Логваль	
НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ	370
А.С. Саидахмедов, Я.С. Наджимитдинов, О.О. Абдукаримов, О.И. Косимов, А.Н. Рахимова	
РЕЗУЛЬТАТЫ «КЛАССИЧЕСКОЙ» АППЕНДИКОЦИСТОКУТАНЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ	371
И.Б. Осипов, С.А. Сарычев, Е.В. Соснин, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов, Д.А. Лебедев, Л.А. Алексеева, А.Ю. Щедрина	
ВНЕПУЗЫРНАЯ ЭКТОПИЯ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОДВЗДОШНО-ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ У ДЕВОЧКИ	372
В.В. Сизонов, А.Х-А. Шидаев, А.Г. Макаров, В.Р. Жуля, С.Н. Власов, А.В. Филоненко	

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ ФОРМ РЕТЕНЦИИ ПАЛЬПИРУЕМЫХ ФОРМ КРИПТОРХИЗМА	372
В.В. Сизонов, А.Г. Макаров, Г.В. Новошинов	
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ЛОХАНКИ ПРИ ВНЕШНЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ	373
В.В. Сизонов, А. Х.-А. Шидаев, Е.А. Синельник, Е.Г. Журавлева, Е.В. Орлова	
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ	374
Р.Н. Урасин, В.Г. Егоров, Р.Р. Марданов, В.А. Мокрушина, Э.М. Шокуев	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ МАТЕМАТИЧЕСКИХ РАСЧЕТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ, ПОЛУЧЕННОЙ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ УРОГРАФИИ	375
А. Х.-А. Шидаев, В.В. Сизонов, М.И. Коган, Е.В. Орлова	
УРОАНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	376
А.Ю. Щедрина, С.В. Иванов	
ИНФЕРТИЛЬНОСТЬ, БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ	
УЛУЧШАЕТ ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Е ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР	377
Ф.А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, А.Б. Шомаруфов, В.А. Божедомов, Ш.И. Гиясов, Ж.Х. Мирхамидов, Ш.А. Аббосов, А.А. Камалов	
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПРОЕКТНЫЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ	378
О.И. Аполихин, С.С. Красняк	
РЕФЕРЕНТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БАЗОВОГО АНАЛИЗА ЭЯКУЛЯТА ФЕРТИЛЬНЫХ МУЖЧИН: РОССИЙСКИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	379
В.А. Божедомов, И.А. Корнеев, Н.А. Липатова, Г.Е. Божедомова, Р.А. Камарина, А.А. Камалов	
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОБЩУЮ АНТИРАДИКАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЭЯКУЛЯТА И УРОВЕНЬ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ	380
С.Ю. Боровец, М.К. Потапова, М.А. Рыбалов, А.Г. Горбачев, С.Х. Аль-Шукри	
ЛИПИДОМНЫЕ МАРКЕРЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ	381
С.И. Гамидов, Т.В. Шатылко, Т.Б. Бицоев, А.Х. Тамбиев, А.О. Токарева, В.В. Чаговец, Н.Л. Стародубцева, В.Е. Франкевич	
ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ЭЯКУЛЯТА В ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	382
Х.С. Ибишев, Е.А. Синельник, Г.А. Магомедов, М.И. Коган	
СНИЖАЕТСЯ ЛИ ФЕРТИЛЬНОСТЬ РОССИЙСКИХ МУЖЧИН: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЯКУЛЯТА В ЦЕНТРЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ С 2016 ПО 2022 Г.	383
И.А. Корнеев	
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОРОТКОГО КУРСА МНОГОДОЗОВЫХ МЕНОТРОПИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	384
С.С. Красняк, О.И. Аполихин, Г.Ж. Мсахалая, С.В. Боголюбов	

ДИНАМИКА ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ ПОСЛЕ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ	385
В.А. Ланков, С.Ю. Боровец, Е.С. Невирович, С.Х. Аль-Шукри, О.М. Мосийчук, Н.Ю. Костенков	
ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕБО НА КАЧЕСТВО СПЕРМЫ И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ	386
А.О. Морозов, Э.Б. Утигалиева, А.Ю. Суворов, М.С. Тараткин, Е.А. Безруков, G.I. Russo, Д.В. Еникеев	
ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМОГРАММЫ НА ЧАСТОТУ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ХГЧ-ОТВЕТА В ПРОГРАММЕ ВРТ	387
Н.П. Наумов, Т.В. Шатылко, С.И. Гамидов, А.Ю. Попова	
РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ПЛАЗМЫ И ЦИТОКИНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ	388
Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова, С.И. Гамидов	
АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕГИОНЕ КАК МАРКЕР ОТНОШЕНИЯ К МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ В РОССИИ	389
А.В. Полищук, С.В. Шкодкин, С.В. Чирков	
МОЖЕТ ЛИ ОЦЕНКА УРОВНЯ АМГ В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЫТЬ ПОЛЕЗНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	390
А.И. Рыжков, С.Ю. Соколова, И.С. Шорманов	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ В КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ	391
А.И. Рыжков, С.Ю. Соколова, И.С. Шорманов	
КАК КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ ВЛИЯЕТ НА ТАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ	392
ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ ПЕРЕД ЭКО: В ЧЕМ ПРОБЛЕМА	393
А.В. Сагалов	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ ЯИЧКА	395
Д.В. Сизякин, С.И. Костюков, О.И. Пипченко, Р.Г. Фомкин, А.А. Лагутин, М.И. Коган	
ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГОНАДНЫХ ВЕН КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ЯИЧКА	395
Б.В. Ханалиев, А.Г. Барсебян, Е.С. Скрыбин, Е.И. Косарев, Д.И. Марчак, М.А. Масленников	
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН И СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ	
ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	397
Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри	
БЛОКАДА РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ КЛИМОФЕНА ЦИТРАТОМ НЕ ОКАЗЫВАЮТ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	398
В.А. Божедомов, Н.А. Липатова, И.М. Рохликов, Г.Е. Божедомова, Р.А. Камарина	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ПОЗИЦИИ ВРАЧА-СЕКСОЛОГА	399
С.В. Выходцев	
ОБРЕЗАНИЕ МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ. ПОЛЬЗА. ВРЕД. ВЛИЯНИЕ НА ДАЛЬНЕЙШУЮ ЖИЗНЬ	400
Т.И. Дервянко, В.А. Путилин, О.А. Симонов, Э.В. Рыжкова, С.В. Придчин	

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	401
М.В.Епифанова, А.А. Костин, Е.В. Гамеева, С.А. Артеменко, А.А. Епифанов	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СНИЖЕНИЯ ВОЛЮСТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, АССОЦИИРОВАННОГО С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА	402
Х.С. Ибишев, С.С. Тодоров	
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ. ВЫБОР ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	403
Н.Ю. Игловиков, Н.Н. Харитонов, Н.П. Кушниренко, П.А. Бабкин, И.М. Питомцев, В.В. Протошак	
ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МНОГОЭТАПНУЮ УРЕТРОПЛАСТИКУ	404
М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.В. Митусов, Д.В. Сизякин	
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКРЫТЫХ НЕЙРОГЕННЫХ ПРИЧИН ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	405
Т.Г. Маркосян ¹ , С.С. Никитин ²	
СЕЛЕКТИВНАЯ КРИОАБЛАЦИЯ НЕРВОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ	406
Я.Б. Миркин, П.С. Кызласов	
ВЛИЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	407
А.Т. Мустафаев, П.С. Кызласов, Г.Г. Абуев	
СОГЛАСОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ПО МИЭФ-15 И МОНИТОРИНГА НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	408
О.Ю. Нестерова, А.А. Камалов, М.Е. Чалый, Д.А. Охоботов, Н.И. Сорокин, А.А. Стригунов, А.С. Тивтикян	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ	409
Р.И. Овчинников, С.И. Гамидов	
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	410
Р.И. Овчинников, С.И. Гамидов	
CONTEMPORARY RESEARCH TRENDS IN LIFELONG AND ACQUIRED PREMATURE EJACULATION	411
J.R. Rikhsiboev, F.A. Akilov, A.T. Makhmudov, Sh.Sh. Shavakhabov, S.U. Aliev, A.Q. Tulaboev	
ЭЯКУЛЯТОРНЫЕ НАПУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	413
М.Н. Рустамов, О.Ф. Галиуллин, А.З. Винаров	
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	414
Т.М. Топузов, С.В. Попов, И.Н. Орлов, М.Л. Горелик	
РАЗВИТИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА	415
Б.В. Ханалиев, А.В. Иванов, А.Г. Барсегян, Е.И. Косарев	
ОЦЕНКА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧЕК ДО ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ	416
Р.Ф. Холбобозода, А.А. Костин, Н.В. Воробьев, Д.М. Монаков, А.О. Толкачев, А.А. Крашенинников	

ГИПЕРОКСИГЕНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	417
С.Н. Шибанов	
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОД – ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ПРЕДНЕЙ УРЕТРЕ	418
В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук	
УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	419
В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук	
МУЖСКОЙ ГИПОГОНАДИЗМ И ПЕНИЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	
РАСОСТРАНЕННОСТЬ ЛАБОРАТОРНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА (МНОГОЦЕНТРОВОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОДНОМОМЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	420
В.А. Божедомов, Н.А. Липатова, Г.Е. Божедомова, Р.А. Камарина, А.А. Камалов	
СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕГИСТРИРУЕМЫЕ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА, ДЛИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯВШИХСЯ В НЕМЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ	421
Х.С. Ибишев, В.А. Шарбабчиев, М-Х. М. Ужахов, А.И. Палёный, А.Д. Межидова	
МЕСТО ПРОМЕЖНОСТНОГО ДОСТУПА В ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ	422
П.С. Кызласов, А.Т. Мустафаев, Г.Г. Абуев	
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВО-БЕДРЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПОВОГО ЧЛЕНА: АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	422
Е.А. Метелькова, Э.В. Гурин, П.В. Нестеров, А.В. Ухарский	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕСТИКУЛЯРНЫХ ПРОТЕЗОВ	424
Т.Х. Назаров, И.В. Рычков	
КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ	424
А.В. Печерский	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ГИПОГИНОДИЗМА. ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	425
А.В. Полищук, С.В. Шкодкин, С.В. Чирков	
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФУНКЦИЮ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ	426
А.В. Полищук, С.В. Шкодкин, С.В. Чирков	
ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	427
И.С. Шорманов, Д.Н. Щедров, Ю.С. Спасская, Д.Ю. Гарова, Е.В. Морозов, Н.А. Сидорова	
ВСЕ О НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ, ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ, МОЧЕВЫЕ СВИЩИ	
ОПЫТ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РОБОТИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ В ГБУ РО «КДЦ «ЗДОРОВЬЕ» В Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ	428
И.А. Абян, С.В. Шашкин, С.Л. Слюсарев, К.А. Ширанов	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	429
Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри, Н.О. Кротова, С.Б. Петров	

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РЕГУЛИРУЕМЫХ СЛИНГОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	430
Б.Л. Григорян, Г.Р. Касян, Г.Г. Шадян, Д.Ю. Пушкарь	
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «УРОПРОКТОКОР» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО УРОЛОГА	431
Я.А. Ивина, П.Н. Коротаев, А.И. Пестриков	
МЕСТО СОЛИФЕНАЦИНА И МИРАБЕГРОНА В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	432
Е.И. Карпов, А.М. Ананьин, Б.А. Ананьин	
ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН ПУТЕМ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	433
А.А. Качмазов, Д.В. Перепечин, П.Л. Пеньков, И.Н. Огнерубова, С.А. Серебряный, О.В. Осипов, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СУБУРЕТРАЛЬНОЙ ПЕТЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ С КОНТРОЛЕМ НАТЯЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	433
Г.Р. Касян, С.О. Сухих, Ю.А. Куприянов, Р.В. Строганов, Д.Ю. Пушкарь	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	434
Н.А. Колпакова, С.Г. Горелик, А.В. Солошенко, П.Н. Белоусов	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	435
В.Р. Латыпов, М.В. Ключев, Д.Б. Ахмедов, З.А. Гасымов, Р.А. Матросов	
СРЕДНЕУРЕТРАЛЬНЫЙ СИНТЕТИЧЕСКИЙ СЛИНГ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ РАННЕЙ МОБИЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН	436
И.А. Лабетов, Н.Д. Кубин, Ф.П. Султонов	
ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН	437
О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов	
СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПО ДОЛГОСРОЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ	438
О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов	
ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ УРЕТРОСУСПЕНЗИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ТЕХНОЛОГИИ КОЛЬПОСУСПЕНЗИИ И ОПЕРАЦИИ TVT	440
В.Н. Миронов, В.А. Бычковских, Е.В. Копасов	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ, ОПЫТ ГАУЗ ОКБ № 3, ЧЕЛЯБИНСК	441
А.В. Нуриев	
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОСФИНКТЕРА С ПОМОЩЬЮ СЕРОЗНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ	442
Р.М. Сафаров, А.А. Качмазов, В.И. Кирпатовский, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО ГЕТЕРОГЕННОГО ИМПЛАНТИРУЕМОГО ГЕЛЯ «СФЕРО®ГЕЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН	443
А.В. Сивков, В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина	

ИНКОНТИНЕНЦИЯ И КОНТИНЕНЦИЯ DE NOVO ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА	443
О.В. Снурницына, А.Д. Шпикина, Б.А. Слободянюк, А.Н. Никитин, М.В. Лобанов, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ УСТАНОВКИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ. МЕТОД LIR'A	444
С.И. Сулейманов, Д.А. Павлов, С.Э. Аракелов, А.С. Бабкин, А.М. Агузаров, К.К. Багатурия, З.И. Ашуров	
УНИЛАТЕРАЛЬНАЯ ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА, МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЛОСКУТНАЯ МЕТОДИКА	445
Д.А. Сучков, Р.А. Шахалиев, Н.Д. Кубин, А.С. Шульгин, Д.Д. Шкарупа	
ИМПЛАНТАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО МОЧЕВОГО СФИНКТЕРА: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ	446
А.А. Томилов, Е.И. Велиев, Е.Н. Голубцова, А.Т. Козлова	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СУБУРЕТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕОЖАНИИ МОЧИ НАЧАЛЬНЫХ СТУПЕНЕЙ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН	447
А.Ю. Цуканов, А.А. Мирзакадиев	
ПРИЧИНЫ ЭКСПЛАНТАЦИИ СУБУРЕТРАЛЬНОГО СЛИНГА У ПАЦИЕНТОК СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	448
Р.А. Шахалиев, Н.Д. Кубин, А.С. Шульгин, Д.А. Сучков, А.А. Добродеева, Н.В. Пивень, Ф.П. Султонов, Д.Д. Шкарупа	
РАЗРАБОТКА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	449
Р.А. Шахалиев, А.С. Шульгин, Н.Д. Кубин, Д.А. Сучков, Ф.П. Султонов, Д.Д. Шкарупа	
САЙТ-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С БИЛАТЕРАЛЬНОЙ САКРОСПИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРОПЕКСИЕЙ VS ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ OPUR	450
А.Д. Шпикина, О.В. Снурницына, Б.А. Слободянюк, А.Н. Никитин, М.В. Лобанов, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев	
MIDLINE ХИРУРГИЯ VS САЙТ-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА	451
А.Д. Шпикина, О.В. Снурницына, Б.А. Слободянюк, А.Н. Никитин, М.В. Лобанов, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев	
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ И РАЗВИВШИМСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ – НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	452
В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук	
БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ. КАК ДЕЛАТЬ, КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	
БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД МРТ-НАВИГАЦИЕЙ	453
И.А. Абоян, К.И. Бадьян, С.В. Грачев, С.М. Пакус, Н.Б. Волконская	
ОСОБЕННОСТИ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ГИСТОСКАНИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УРОЛОГА: ОПРОС ПРАКТИКУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ	454
А.О. Васильев, Ю.А. Ким, А.В. Садченко, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	
МОСКОВСКАЯ ПРОГРАММА ПО ГИСТОФЬЮЖН-БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАКА ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ БИОПСИИ	455
А.В. Говоров, Б.А. Кузин, А.О. Васильев, Ю.А. Ким, А.В. Садченко, К.Б. Колонтарев, М.Д. Тер-Ованесов, Д.Ю. Пушкарь	

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ	457
Ю.А. Ким, А.О. Васильев, А.В. Садченко, К.А. Медведева, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ FUSION ТЕХНИКИ ПРИ ПОВТОРНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	458
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, М.С. Жиров	
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ САТУРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	459
А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, А.Д. Цыбульский, С.В. Фастовец, И.Б. Кравцов	
ТРИАДА ДИАГНОСТИКИ РПЖ: ПСА, МРТ 3 ТЕСЛА, FUSION-БИОПСИЯ	460
С.В. Попов, И.Н. Орлов, Т.М. Топузов, П.В. Вязовцев, С.М. Малевич, С.П. Семикина, М.Л. Горелик	
РОЛЬ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПИН ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	461
Е.А. Яковец, В.Г. Куликов	

ДГПЖ, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ CYP2D6 И CYP3A4/5 НА ТЕРАПИЮ СНМП ПРИ ДГПЖ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	462
Ш.П. Абдуллаев, М.Н. Шатохин, С.Н. Тучкова, О.В. Теодорович, Ш.П. Абдуллаев, Д.А. Сычев	
ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ. ОПЫТ 600 ОПЕРАЦИЙ	462
И.А.Абоян, А.Н. Толмачев, С.В. Грачев, С.М. Пакус, К.А. Ширанов, К.И. Бадьян	
СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ	463
И.А. Абоян, К.А. Ширанов, А.Н. Толмачев, С.М. Пакус, С.Л. Слюсарев	
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ВЫГОДА ОТ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ	464
А.И. Акимов, О.И. Братчиков, И.Г. Лещенко	
ПОЧЕЧНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ	465
С.А. Аллазов, Р.Р. Гафаров	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ОДНОМ ЦЕНТРЕ	466
Р.Ю. Андреев, К.Б. Колонтарев, Д.Ю. Пушкарь	
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ	467
А.Г. Бережной, Т.В. Черепанова, С.С. Дунаевская, Г.О. Черепанов	
НОВЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДГПЖ	468
О.И.Братчиков, И.А.Тюзиков, Е.А. Шумакова, М.М. Кондрашов	
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ	469
Р.Р. Гафаров, Ш.И. Гиясов	
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ С УЧЕТОМ ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ	470
Р.Р. Гафаров, Ш.И. Гиясов	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ	471
А.Р. Гоняев, Д.П. Холтобин, Б.А. Бердичевский, В.Б. Бердичевский, А.Е. Скекбаев	

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМ И ГИГАНТСКИМ ОБЪЕМОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	473
К.В. Горбачев, Р.А. Семенов, Д.Н. Суренков	
РЕТРО- И ПРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ТЕХНИКАМИ	474
Ч.Д. Дибиралиев, Ч.Н. Абдулаев, С.П. Данилов, А.М. Дымов, Р.Б. Суханов, Е.А. Безруков	
ПРИМЕНЕНИЕ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	474
В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, Р.Р. Шакиров, А.В. Егошин, О.В. Михайловский	
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДГПЖ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ	475
К.С. Елюбаев, А.И. Неймарк	
БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОГО КАТЕТЕРА С ПОЛИМЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ ИЗ PDMS-ШТАМПА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	477
А.А. Камалов, Н.И. Сорокин, А.В. Кадрев, Б.М. Шапаров, О.Ю. Нестерова, А.А. Стригунов, Е.В. Афанасьевская, Е.М. Бадмаева, О.А. Синдеева, Г.Б. Сухоруков, А.А. Крицкий, Н.А. Пятаев	
ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	478
Т.Т. Каракотов, А.М. Дымов, А.А. Коваленко, В.Ю. Лекарев, Л.М. Рапопорт	
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПОМОЩЬЮ НОВОГО ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА FIBERLASE UMAX	479
Т.Т. Каракотов, А.М. Дымов, В.Ю. Лекарев, Л.М. Рапопорт	
ТУЛИЕВАЯ ВАПОЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (THUVER): 36-МЕСЯЧНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ	480
М.И. Катибов, М.М. Алибеков, З.М. Магомедов	
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ НАКОПЛЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ В МНОГОФАКТОРНОЙ МОДЕЛИ	481
М.И. Коган, В.Л. Медведев, С.Н. Иванов, Г.А. Палагута	
ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	482
Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, Т.Х. Ал-Аттар, В.А. Очеленко	
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	483
Н.Ю. Костенков, С.Х. Аль-Шукри, Е.С. Невирович, И.Н. Ткачук, О.М. Мосийчук, В.А. Ланков	
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	484
С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, Д.А. Богданов, А.П. Семенов	
СРАВНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРУПНЫХ РАЗМЕРОВ	485
С.В. Котов, Р.А. Перов, А.А. Новиков, А.А. Неменов, И.А. Жестков	

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	486
С.В. Котов Р.А. Перов, А.А. Новиков, А.А. Неменов, И.А. Жестков	
ПОТЕНЦИАЛ ЛИРАГЛУТИДА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С СНМП/ДГПЖ	486
К.Б. Леявин	
РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ	487
И.Г. Лещенко, О.И. Братчиков, А.И. Акимов	
ЭЯКУЛЯТОРНО-ПРОТЕКТИВНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ	489
А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков, К.А. Аслиев, Н.А. Байков	
ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	490
В.С. Мартянова, А.О. Морозов, Ю.Г. Егорова, Р.Б. Суханов, Е.А. Безруков	
ОПЫТ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ИНЦИЗИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ СКЛЕРОЗЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ	491
В.Н. Павлов, А.А. Казихинуров, Р.А. Казихинуров, М.А. Агавердиев	
КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ	492
А.С. Панферов, Е.А. Бекреев, В.В. Елагин, Е.В. Медведева, В.С. Ястребов, А.В. Игошкин	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ: ЧТО-ТО НОВЕНЬКОЕ?	493
Д.В. Перлин, А.О. Шманев, Ш.Н. Шамхалов, П.А. Куликов	
МЕТОДЫ ПЛАЗМЕННОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	493
В.А. Перчаткин, Н.Р. Акромов, Я.В. Прокопьев, А.П. Андреев, Ф.А. Севрюков	
МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ И ТУЛИЕВАЯ ВОЛОКОННАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (>120 СМ³)	494
В.С. Петов, А.К. Базаркин, М.С. Тараткин, Д.В. Еникеев, М.Э.Еникеев, Е.А. Безруков, Р.Б. Суханов, Е.В. Шпоть, А.М. Дымов, Л.М. Рапопорт	
ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (СНМП) ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	495
А.Д. Петров, Н.К. Гаджиев, А.Г. Шкарупа, И.А. Горгоцкий, И.А. Лабетов, Д.Д. Шкарупа, С.Г. Винцовский	
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДГПЖ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОМ	497
С.В. Попов, И.Н. Орлов, И.В. Сушина, Е.А. Гринь, С.М. Малевич, П.В. Вязовцев	
СОСТОЯНИЕ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	498
С.В. Попов, И.Н. Орлов, Т.М. Топузов, А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Е.А. Гринь, И.В. Сушина, С.М. Малевич, А.Р. Орлов	
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	499
С.Г. Саидов, К.М. Арбулиев	

НОКТУРИЯ И НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	500
А.В. Сивков, В.В. Ромих, В.В. Пантелеев	
ЧАСТОТА РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ	501
Р.Н. Симанов, Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	502
М.Э. Ситдыкова, И.Р. Нуриев, Р.М. Шайдуллин, А.Ю. Зубков	
ОФФ-ЛЕЙБЛ ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	503
Е.А. Соколов, Е.И. Велиев, О.Б. Лоран	
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ	504
Г.А. Степаненко	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ И ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	505
С.И. Сулейманов, В.В. Мусохранов, А.С. Бабкин, З.И. Ашуров, А.А. Тягун, А.М.Агузаров, Д.А. Федоров	
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ЦИСТОСТОМИИ	506
Ю.В. Сушкова, И.Э. Мамаев, С.В. Котов	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ СНМП, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ДГПЖ, ПРЕПАРАТОМ АЛФУПРОСТ® М	507
М.А. Узденов, А.М. Узденов	
ВЛИЯНИЕ АНГИОАРХИТЕКТониКИ МАЛОГО ТАЗА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	508
Б.В.Ханалиев, А.Г.Барсегян, Е.С. Скрыбин, Е.И.Косарев, Д.И. Марчак, М.А. Масленников	
АКТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ	509
Д.П. Холтобин, С.А. Неклюдов, Д.В. Устинов, А.О. Набиев, Н.В. Анисимов, Е.В. Кульчавеня	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ И ПОЗАДИЛОННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ	510
И.А. Чехонацкий ¹ , И.В. Лукьянов ¹ , А.В. Серегин ^{1,2} , О.Б. Лоран ^{1,2}	
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	511
Б.М. Шапаров, В.К. Карпов, А.Г. Златовратский, О.А. Османов, А.А. Камалов	
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АНГИО- И ГИСТОАРХИТЕКТониКА ДЕТРУЗОРА	513
И.С. Шорманов, С.В. Куликов, А.С. Соловьёв, Н.С. Шорманова	
КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА СОСУДИСТОГО РУСЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	514
И.С. Шорманов, С.В. Куликов, А.С. Соловьёв, Н.С. Шорманова	

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ	515
И.С. Шорманов, С.А. Жигалов, О.В. Бажина, А.С. Соловьёв	
НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ МОЛОДЫХ УРОЛОГОВ РОУ И ОРДИНАТОРОВ В УРОЛОГИИ	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ИНДЕКСОВ НЕФРОМЕТРИИ (RENAL, RADUA, C-INDEX) ВРАЧАМИ УРОЛОГАМИ И РЕНТГЕНОЛОГАМИ В ПРОГНОЗЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ПОСОБИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ	516
А.Р. Аджиев, Е.С. Сирота, П.В. Глыбочко, Д.В. Бутнару, Ю.Г. Аляев, М.М. Черненький, И.М. Черненький, Д.Н. Фиев, А.В. Проскура, А.А. Измайлова, И.П. Саркисян, М.Ю. Алексеева, К.Б. Пузаков	
СОЗДАНИЕ ПУНКЦИОННОЙ НАСАДКИ ДЛЯ КОНВЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДАТЧИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ 3D-ПЕЧАТИ	517
А.А. Алоян, И.А. Горгоцкий, А.Г. Шкарупа, Н.В. Пивень, Д.Д. Шкарупа, Н.К. Гаджиев	
КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	518
А.Ю. Архипова, Б.А. Неймарк, А.И. Неймарк	
ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	519
Г.В. Бадаква, С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, А.Д. Болотов, А.П. Семенов, Д.А. Богданов, М.А. Сосьяк	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	520
Д.В. Борисенко, Б.А. Неймарк, А.И. Неймарк	
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОДУКТОВ С ИСКУССТВЕННЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ	521
А.О. Васильев, Ю.А. Ким, П.А. Арутюнян, А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь	
ВЫБОР ДОСТУПА И ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЕМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	522
Д.А. Галицкая, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, А.Б. Вардак, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин	
РАССЕЧЕНИЕ ПОДВЕШИВАЮЩЕЙ СВЯЗКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	523
К.С. Гулузаде, С.И. Гамидов, Т.В. Шатылко	
КАРБОКСИКРИОАБЛЯЦИЯ СВИНОЙ ПОЧКИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	524
А.Д. Дамиев, Е.В. Шпоть, Г.Н. Акопян, Р.Р. Харчилава, М.А. Газимиев	
УРЕТРОПЛАСТИКА В РАННИЕ СРОКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	525
А.В.Капенкин	
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ	526
А.Е. Карасев, О.Д. Маркова, Г.Р. Касян	
ВЛИЯНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТКОНТРАСТНОМ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК	527
М.М. Кондрашов, Е.А. Шумакова, Е.С. Герасимова	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМ ВАРИКОЦЕЛЕ	528
Н.Д. Корочкин, С.В. Котов	

ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОНЕФРОЗА У ВЗРОСЛЫХ	529
А.И. Махмадалиев, А.А. Серегин	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТ ПОЧЕК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	530
П.А. Симонов, М.А. Фирсов, Т.А. Гаркуша, Д.И. Лалетин, Е.А. Безруков, Д.А.Дунц	
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КИСТ ПОЧЕК НА ПОЧЕЧНУЮ ФУНКЦИЮ	531
С.О. Сухих, В.А. Малхасян, Т.Б. Махмудов, Ю.Ш. Гильфанов, И.В. Семенякин, Д.Ю. Пушкарь	
ПАРАФУНИКУЛОВЕЗИКУЛЯРНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ КАК ИСТОЧНИК ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	531
А.С. Трапезов, С.В. Трапезов, К.Б. Пузаков, С.К. Ефетов, М.М. Чёренький, С.П. Данилов, Д.Н. Фиев, Е.А. Безруков, А.З. Винаров	
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ	532
А.С. Панферов, Е.А. Бекреев, В.С. Ястребов, В.В. Елагин, Е.В. Медведева, А.В. Игошкин	
ОДНОМОМЕНТНАЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ МИНИ-ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ	533
С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, Е.В. Помешкин, А.В. Давыдов, И.С. Пазин, В.В. Перепелица, А.Р. Уразметов	
МЕЗЕНХИМНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА	534
А.Н. Ремезова, А.А. Горелова, А.Н. Муравьев, Н.М. Юдинцева, Т.И. Виноградова	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА «ВЛИЯНИЕ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ НА СТАНОВЛЕНИЕ ВРАЧА	535
В.Р. Фараджуллаева, Ф.А. Медведев, Е.П. Брянских, А.Л. Саруханян, Р.В. Строганов, Д.Ю. Пушкарь	
ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТОК НА ПРОБЛЕМУ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА	536
М.В. Шевнин, В.А. Тарасов	
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В УРОЛОГИИ	
ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ РЕТЕНЦИОННО-ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕК	537
Р.З. Атаев	
КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	538
О.Ю. Берлизева, И.А. Абоян, А.В. Амосов, Е.Е. Усенко	
ОСОБЕННОСТИ КТ КАРТИНЫ ЭКСТРАВАЗАЦИИ МОЧИ ПРИ ПИЕЛОСИНУСНЫХ РЕФЛЮКСАХ. ПРИЗНАК «ПСЕВДОДИССЕКЦИИ» ЛОХАНКИ	539
А.И. Громов	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В УРОЛОГИИ	540
Н.М. Гусниев, А.Г. Гамзатов, К.М. Арбулиев, Г.А. Газимагомедов, Ш.М. Абдулкаримов	
ОЦЕНКА РОЛИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МАЛОГО ТАЗА И НОМОГРАММЫ MSKCC В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭКСТРАКАПСУЛЯРНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ПЕРЕД РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИЕЙ	541
Д.А. Лахно, М.Б. Зингеренко, Ю.М. Семенова	

ТЕКСТУРНЫЙ АНАЛИЗ 3D-МОДЕЛЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ РАКА ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	542
Е.С. Сирота, П.В. Глыбочко, Д.В. Бутнару, Ю.Г. Аляев, М.М. Черненький, И.М. Черненький, Д.Н. Фиев, А.В. Проскура, А.В. Коньшев, А.Р. Аджиев, С.А. Амрахов, А.А. Измайлова, И.П. Саркисян, М.Ю. Алексеева, В.Н. Гридин, П.В. Бочкарёв, И.А. Кузнецов	
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРОЛОГИИ	543
Б.В. Ханалиев, А.Г. Барсемян, Е.С. Скрябин, Е.И. Косарев, Д.И. Марчак, М.А. Масленников	
СООТВЕТСТВИЕ ВИЗУАЛЬНЫХ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И РАДИОНУКЛИДНОЙ СЦИНТИГРАФИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК	544
К.А. Чиглинцев, А.Ю. Чиглинцев	
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗДЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОДНОСТОРОННЕЙ ОПУХОЛИ НА ОСНОВАНИИ ПОСТПРОЦЕССИНГОВОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	545
З.С. Шомукимова, Х.М. Исмаилов, А.В. Проскура, В.В. Борисов, Д.В. Бутнару, Е.А. Безруков, М.М. Черненький, И.М. Черненький, А.Ю. Суворов, С.Н. Алленов, Д.Н. Фиев, Е.С. Сирота	
НЕЙРОУРОЛОГИЯ	
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ УРОФЛОУМЕТРИИ У МУЖЧИН СО СТРЕССОВЫМ И УРГЕНТНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	545
И.А. Абян, В.Э. Абян, С.В. Павлов, Ю.Н. Орлов	
СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	546
Е.А. Алексеева, Г.Р. Касян, М.А. Фирсов, А.Н. Вохмин	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА У БОЛЬНЫХ ДГПЖ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ	547
Р.Э. Амдий, Р.Н. Симанов, С.Х. Аль-Шукри	
АНКЕТА ОЦЕНКИ ТАЗОВОЙ БОЛИ (PELVIC PAIN ASSESSMENT FORM): ЛИНГВОКУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ	548
Ю.А. Аносова, Т.Н. Макеева, Г.А. Ломанова, Ю.И. Аносов, Ю.Ю. Мадыкин	
АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА INTERSTITIAL CYSTITIS SYMPTOM AND PROBLEM INDEX ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ МОЧЕПУЗЫРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	549
Н.А. Беккер, Е.С. Филиппова, А.В. Зырянов, И.В. Баженов	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫМИ ВАРИАНТАМИ МИЕЛОПАТИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА	550
А.И. Горбунов, А.А. Горелова, Д.А. Каюмова, М.А. Мушкин, К.Х. Чибиров	
ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТРУЗОРНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	552
Н.А. Колпакова, А.В. Солошенко, С.Г. Горелик, П.Н. Белоусов	
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	553
Г.Г. Кривобородов, О.Н. Ткачева, Н.С. Ефремов, Д.А. Ширин	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЛИЦ СТАРШЕ 65 ЛЕТ: ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ЭВКАЛИПТ»	554
Г.Г. Кривобородов, Н.М. Воробьева, Ю.В. Котовская, Н.С. Ефремов, Д.А. Ширин, О.Н. Ткачева	

ДИАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ УРЕТРАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	554
А.С. Куяров, О.С. Стрельцова, Т.И. Маслова, Ф.А. Севрюков	
ТРАНСВЕРТЕБРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	556
Г.В. Ковалев, И.А. Лабетов, О.В. Волкова, Р.Р. Шакирова, Д.Д. Шкарупа	
РОЛЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ БУЛЬБОКАВЕРНОЗНОГО РЕФЛЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОВОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	557
И.А. Лабетов, Г.В. Ковалев, О.В. Волкова, Р.Р. Шакирова, А.А. Бердичевская, А.О. Зайцева, О.Ю. Старосельцева, Д.Д. Шкарупа	
НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИИ СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ	557
Д.А. Лысачев, Н.А. Коновалов, Н.А. Дзюбанова, Г.Р. Касян, Р.В. Строганов, Л.А. Ходырева, С.В. Пронина, Д.Ю. Пушкарь	
УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СФИНКТЕРА УРЕТРЫ У МУЖЧИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	558
Ю.Н. Орлов, И.А. Абоян, В.Э. Абоян, С.М. Пакус	
УВЕЛИЧЕНИЕ БИОДОСТУПНОСТИ РАСТВОРА БОТУЛОТОКСИНА А ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	559
С.В. Поройский, Д.В. Перлин, О.Г. Струссовская, Н.А. Гончаров, А.А. Кузнецов, Е.А. Морозов	
СТРУКТУРА СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ	560
В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина, А.В. Захарченко	
СОСТОЯНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО SPINA BIFIDA	561
А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, Ю.Р. Салюкова	
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ/ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ	562
М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин, Ю.А. Игнашов, С.Х. Аль-Шукри	
ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА	563
В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, Р.В. Салюков, Е.В. Касатонова	
АУТОПЛАЗМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ	564
Е.С. Филиппова, И.В. Баженов, А.В. Зырянов, Н.А. Беккер	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРЕПАРАТОМ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А-ГЕМАГГЛЮТИНИН КОМПЛЕКС	565
Б.В. Ханалиев, Д.В. Косарева, В.Е. Робышев	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ ДЕТРУЗОРА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	566
Б.В. Ханалиев, Д.В. Косарева, В.Е. Робышев	
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СНМП С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ РАЗЛИЧИЙ	567
И.С. Шорманов, С.В. Куликов, А.С. Соловьёв, Д.Н. Щедров, С.А. Жигалов	

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИКАЦИЙ ЛИГАМЕНТОТОМИИ ПРИ МАЛОМ ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ	568
О.В. Абаймов, С.В. Лепеха, Н.Д. Темников	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОЛЛАГЕНОВОЙ БЕСКЛЕТОЧНОЙ МАТРИЦЫ В АУГУМЕНТАЦИОННОЙ	569
МЕГАЛОМЕАТУС ПРИ ГИПОСПАДИИ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА	570
Н.Р. Акрамов, Д.Р. Салиева	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	571
Н.Р. Акрамов, Э.И. Хаертдинов, М.С. Поспелов	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ	572
Т.Х. Ал-Аттар, Б.К. Комяков, Х.М. Мханна	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРЕЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ	573
А.А. Амельченко, В.Ю. Омельчук, Е.В. Старосельцев, Т.А. Шагеев, П.С. Федоров	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТЕРОИЛЕОСИГМОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	574
А.В. Артеменко, Г.В. Козырев, С.П. Даренков, И.С. Пинчук, Манашерова Д.Т.	
ВЛИЯНИЕ ТЕХНИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОТКРЫТОЙ РПЭ НА УДЕРЖАНИЕ МОЧИ	574
И.И. Белоусов, М.И. Коган, М.Б. Чибичян, З.Р. Гусова.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЗИМСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОСПАДИЕЙ	576
А.Г. Буркин, С.П. Яцык, Е.А. Володько	
К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА	577
А.Г. Гамзатов, Г.А. Газимагомедов, К.М. Арбулиев, Н.М. Гусниев, Д.П. Гаджиев	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРКУМЦИЗИИ	578
С.И. Гамидов, Н.К. Дружинина, Т.В. Шатылко, Н.Г. Гасанов, Р.И. Сафиуллин, К.С. Гулузаде	
ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННОЙ ТРАВМЫ УРЕТРЫ: СТАНДАРТЫ И ИННОВАЦИИ	579
П.В. Глыбочко, С.А. Яндиев, М.А. Газимиев	
ПЛАСТИКА УРЕТРЫ БЕЗ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА ПО MUNDY ДОСТУПОМ ПО ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ: ОПЫТ ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ	580
Н.А. Гончаров, А.А. Кузнецов, Е.А. Морозов	
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ СТРИКТУР ПИЕЛОУРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА	581
Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, Ж.П. Авазханов, Е.И. Король	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БУККАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПИЕЛОУРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА. РЕЗУЛЬТАТЫ 27 ОПЕРАЦИЙ	582
Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, Ж.П. Авазханов, Е.И. Король	
РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ	583
С.П. Даренков, И.С. Пинчук	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОГО КОНТИНЕНТНОГО ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ	584
О.Н. Зубань, А.А. Волков, Р.М. Чотчаев, М.А. Прокопович	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕРМАТОЦЕЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИ-ДОСТУПА	585
В.А. Зубарев, А.И. Архангельский, И.В. Довжанский, Е.А. Рябков, И.М. Свиридов, И.В. Алексева	
ОПЕРАЦИЯ KULKARNI ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ: 36-МЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	586
М.И. Катибов, М.М. Алибеков, З.М. Магомедов	
ТУЛИЕВАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТРОТОМИЯ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ	587
М.И. Катибов, А.Б. Богданов, М.М. Алибеков, З.М. Магомедов	
ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЭТАПНЫХ УРЕТРОПЛАСТИК, СООБЩАЕМЫЕ ПАЦИЕНТАМИ	588
М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.В. Митусов, Р.С. Исмаилов, Д.В. Сизякин	
ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОЭТАПНЫХ УРЕТРОПЛАСТИК	589
М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.В. Митусов, О.Н. Васильев, Д.В. Сизякин	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР БУЛЬБАРНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ	591
М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.А. Бугаенко	
25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ АППЕНДИКОУРЕТЕРОПЛАСТИКИ	592
Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Б.Г. Гулиев, Х.М. Мханна, А.Д. Соловьева	
ДВУСТОРОННЯЯ КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ	593
Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Ю.С. Пирожок	
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАВАГИНАЛЬНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ	594
Б.К. Комяков, В.А. Тарасов, М.В. Шевнин	
НЕОБХОДИМОСТЬ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ ЕЕ ЭКСТРАВАГИНАЛЬНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ	595
Б.К. Комяков, В.А. Очеленко, М.В. Шевнин, В.А. Тарасов	
ОСЛОЖНЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕТОЧНИКОВ	595
Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Х.М. Мханна, Ю.С. Пирожок, А.Д. Соловьева	
ИМПЛАНТАЦИЯ И РЕИМПЛАНТАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У МУЖЧИН. ТЕХНИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ	597
Д.О. Королев, Д.И.Бабаевская, Л.М.Рапопорт, М.Э.Еникеев	
ПЛАСТИКА РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ ФИСТУЛ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ. МНОГОЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНИК И РЕЗУЛЬТАТЫ	597
Д.О. Королев, И.В. Фокин, А.А. Воробьев, К.Р. Азильгареева, Д.И.Бабаевская, С.К. Ефетов, П.В. Царьков, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУРЫ МОЧЕИСПУКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МУЖЧИН	598
С.В. Котов, М.М. Ирицян, А.А. Клименко, Э.М. Алекберов, А.П. Бут	

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНОЙ СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ	599
С.В. Котов, М.М. Ирицян	
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ИНЦИЗИЯ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ	600
С.В. Котов, М.М. Ирицян, А.А. Клименко, Р.А. Рахматов	
СТРАТЕГИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	600
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов	
ОЦЕНКА ДОНОРСКОГО УЧАСТКА ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ	601
С.В. Котов, М.М. Ирицян, А.А. Клименко, Р.А. Рахматов	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЧЕТОЧНИКЕ	602
С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Л. Хачатрян, М.А. Совьяк	
ВЛИЯНИЕ ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРПОРОПЛАСТИКИ С ЗАМЕЩЕНИЕМ ДЕФЕКТА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ГРАФТОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ	603
С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, Н.М. Соколов, Р.У. Маммаев	
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА	604
С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, Р.И. Гуспанов, А.А. Хачатрян	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ ПЕРФОРИРОВАННЫМ РАСЩЕПЛЕННЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН	606
П.С. Кызласов, Г.Г.Абуев А.Т. Мустафаев, В.А. Кокотов	
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	607
Д.И. Лалетин, М.В. Бруцкая, М.А. Фирсов, Н.В. Савватеева, А.Н. Вохмин, В.С. Шик	
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ПЕНИЛЬНОГО СИНДРОМА	608
К.Б. Лелявин	
ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ	609
И.Г. Лещенко, Б.В. Полутин	
КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУРАХ	610
О.Б. Лоран, С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, Д.А. Богданов	
УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА	610
О.Б. Лоран, С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, С.А. Пульбере, Д.А. Богданов	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ У МУЖЧИН	611
Т.Г. Маркосян ¹ , Н.И. Чернова ²	
НУЖНО ЛИ ДЕЛАТЬ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИЮ ПЕРЕД ПЛАСТИКОЙ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА	612
А.Г. Мартов, П.М. Голубев, М.Ю. Голубев, Д.А. Абдуллаев	

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ КРУПНЫХ СИНУСНЫХ КИСТ ПОЧЕК	613
А.Г. Мартов, С.В. Дутов, А.С. Андронов, С.С. Сериков, А.О. Мужайлов, А.А. Мартов, З.Т. Тохтиев	
МЕАТОФИКСАЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН	614
В.Н. Миронов, В.А. Бычковских, Е.В. Копасов	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ	615
В.В. Митусов, В.П. Глухов, О.Н. Васильев, Б.Г. Амирбеков, З.А. Мирзаев	
ПРИМЕНЕНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО (ICG) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА	616
Г.А. Монастырский, А.О. Васильев, А.В. Говоров, К.Б. Колонтарев, Д.Ю. Пушкарь	
ВНУТРЕННЯЯ ОПТИЧЕСКАЯ УРЕТРОТОМИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ	617
Х.Н. Нажмидинов, Р.Х.Олимов, Х.С. Одинаев	
УВЕЛИЧЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО СПОСОБА	618
Т.Х. Назаров, И.В. Рычков	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	619
Н.В. Орлова, А.Н. Муравьев, А.А. Горелова, А.Н. Ремезова, Т.И. Виноградова, Н.М. Юдинцева, Ю.А. Нащекина	
ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ УРЕТРЫ	620
М.Г. Османов, К.М. Арбулиев, Д.П. Гаджиев, Г.М. Кадиев	
АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЧЕТОЧНИКА	621
А.С. Панферов, Е.А. Бекреев, Е.В. Медведева, В.В. Елагин, В.С. Ястребов, А.В. Игошкин	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ СТРИКТУРАХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА	622
А.С. Панферов, В.А. Малхасян, Е.А. Бекреев, В.В. Елагин, Е.В. Медведева, А.В. Игошкин, В.С. Ястребов	
СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ И РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	623
Д.В. Перлин, А.В. Терентьев, А.О. Шманев, П.А. Куликов	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БУККАЛЬНОГО ЛОСКУТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	624
Н.В. Поляков, Д.А. Галицкая, А.В. Казаченко, А.В. Артемов	
НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ	625
Ю.А. Пономарева, А.С. Аль-Шукри, С.В. Костюков, А.А. Манченко, А.В. Максимова, Н.И. Дуб, С.Б. Петров	
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМ СТЕНОЗОМ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	626
С.В. Попов, И.Н. Орлов, А.В. Цой, Т.М. Топузов, Б.А. Неймарк	
НАБЛЮДЕНИЕ АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	627
В.В. Протошак, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, Н.Ю. Игловикив, Т.Н. Гасанбеков	

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ	628
С.А. Рева, Т.Г. Гиоргобиани, Д.Ш. Халтурсунов, С.Б. Петров	
ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКТОПИЕЙ МИКРОФАЛЛОСА И ГИПОПЛАЗИРОВАННЫМ ЕДИНСТВЕННЫМ КАВЕРНОЗНЫМ ТЕЛОМ. ФАЛЛОПЛАСТИКА ПО ДЕ КАСТРО	629
Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, А.Б. Вардак, Г.В. Лагутин, Д.К. Алиев	
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ СЕГМЕНТАХ МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	630
Д.А. Сайдулаев, П.М. Гаджиева, И.А. Милосердов, Р.Г. Биктимиров, С.В. Садовников	
ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ГОЛОВЧАТОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ	631
Л.М. Синельников, В.В. Протошак, Е.И. Проскуревич, П.О. Кислицын, Т.Н. Гасанбеков, Д.А. Галюк	
РЕГИСТРАЦИЯ И ОБРАБОТКА ИЗОБРАЖЕНИЙ ДЛЯ РАСЧЕТА ФОТОПЛЕТИЗМОГРАММЫ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	632
Е.С. Сирота, Д.Н. Гордуладзе, Г.И. Каситериди, И.М. Дизенгоф, А.А. Сергеев, А.В. Гурьлева, А.С. Мачихин	
ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ	633
О.В. Снурницына, А.Д. Шпкина, Б.А. Слободянюк, А.Н. Никитин, М.В. Лобанов, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИДРОНЕФРОЗОМ ША СТ. НЕ ПОЛНОСТЬЮ УДВОЕННОЙ ЛОХАНКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРЕДЛОЖЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ МЕТОДУ	634
М.А. Узденов, А.М. Узденов	
БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ ПО КОМЯКОВУ ПРИ ПОСТКОИТАЛЬНОМ ЦИСТИТЕ	635
И.В. Феофилов, С.С. Шкуратов, А.К. Почивалов	
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК	636
Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин, Е.Н. Павлов	
ПОМОЩЬ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ МОЧЕТОЧНИКА	639
Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин, Е.Н. Павлов	
ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ ИЛЕОУРЕТЕРОПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА. АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	640
И.В. Фокин, К.Р. Азильгареева, С.К. Ефетов, М.В. Лобанов, А.Ф. Абдусаламов, Л.М. Рапопорт, П.В. Царьков, М.Э. Еникеев	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕТРО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ТРАНСССФИНКТЕРАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ (ОПЕРАЦИЯ ЙОРКА-МАСОНА)	641
М.А. Франк, С.М. Демидов, М.О. Мурзин, Р.Ш. Шамуратов, А.В. Замятин	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКТОПИЕЙ И ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ УРЕТРЫ	642
Б.В. Ханалиев, А.Г. Барсегян, М.Д. Амиров	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРОЙ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА	643
М.М. Хасанов, У.А. Абдуфаттаев, А.А. Номонов	

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ	644
Д.А. Чеснов, Б.Р. Гвасалия, М.У. Бабаев, Ю.П. Горобец, Д.Ю. Пушкарь	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «МАЛОГО» МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	646
К.Х. Чибиров, А.А. Горелова, А.И. Горбунов, П.К. Яблонский	
ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА	647
Г.Ш. Шанава, М.С. Мосоян, А.А. Сиваков, Р.Е.Никулин	
КРАЕВАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	648
А.Н. Шибаев, Ю.В. Павлова, В.В. Базаев, Д.И. Султанов, В.Г. Шестакова, Р.Д. Павлов, В.М. Терехов, А.А. Подойницын	
ОСОБЕННОСТИ МИКРОАНГИОАРХИТЕКТониКИ LAMINA PROPRIA СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА	649
А.Н. Шибаев, Ю.В. Павлова, В.В. Базаев, Г.Р. Сетдикова, А.А. Подойницын	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЕ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	650
В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМОГО В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ	651
В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук	
РАЗНОЕ	
ГЕМОСТАЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ	652
С.А. Аллазов, И.С. Аллазов, Ю.Н. Искандаров	
ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ МАССИВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМАТУРИЯХ	653
С.А. Аллазов, Х.С. Аллазов, Б.Т. Ишмурадов	
ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	654
В.В. Протощак, М.В. Паронников, Е.Г. Карпущенко, Д.Н. Орлов, А.В. Слепцов	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТЫМИ КИСТАМИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА	655
А.И. Рыжков, С.Ю. Соколова, И.С. Шорманов	
ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	656
Р.Н. Трушкин, П.Е. Медведев, О.С. Шевцов, А.А. Губко, С.А. Соколов, Н.Е. Щеглов	
МОРФОГЕНЕЗ ПОЧЕЧНОЙ РАНЫ ПРИ ТРАВМАХ	657
К.А. Чиглинцев, А.Ю. Чиглинцев ²	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК	658
К.А. Чиглинцев, А.Ю. Чиглинцев ²	

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ). БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ТЕРАПИЯ

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь. Новые методы диагностики

НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ФИЗИКО- ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ

А.З. Винаров¹, С.Х. Али¹, А.М. Дымов¹,
С.Ю. Ткачев², Ю.А. Ли¹, П.А. Числов¹,
Б.П. Ершов², А.А. Акованцева², Д.В. Бутнару¹,
П.С. Тимашев²

¹Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека, ФГАОУ ВО «ПМГМУ им.
И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва,
Россия

²Институт регенеративной медицины, ФГАОУ
ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава
России, г. Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, литотрипсия,
компьютерная томография, геобиомедицинские
исследования.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках исследования мочекаменной болезни и поиска решений для снижения заболеваемости и частоты рецидивирования в последние годы начала развиваться новая парадигма исследования мочевых конкрементов под названием GeoBioMed, объединяющая геологию, биологию и медицину. Парадигма GeoBioMed включает методы и подходы из вышеперечисленных областей науки, такие как стратиграфия, автофлуоресцентная микроскопия сверхвысокого разрешения и рентгеновская микротомография. *Цель исследования:* оценить возможности и применимость геологических методов исследования в анализе мочевых камней для определения значения структурных, физических и химических свойств мочевых камней в контексте эффективности различных способов их разрушения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках данного исследования собирается база данных различных видов мочевых камней и проводится поиск корреляций между доступными их клиническими и лабораторными характеристиками (относительная рентгенологическая плотность по шкале Хаунсфилда, размер, локализация, внешний вид, химический состав) и фактическими структурными и механическими свойствами. В комплекс исследований входят микротомографическое исследование с определением пористости, структурной плотности и ее распределения, распознаванием минеральных компонентов, определение плотности по методу Архимеда, анализ микротвердости по Виккерсу, КР- и ИК-спектроскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В этой работе мы охарактеризовали три минералогически различных образца уrolитов, включая камни из мочевой кислоты, оксалата-моногидрата и дигидрата оксалата кальция, с помощью цифрового анализа горных пород. Полученные трехмерные микротомографические изображения образцов с высоким разрешением были нормализованы в единицах Хаунсфилда на основе предварительно калиброванных сканов. После этого изображения были сегментированы для оценки и количественного определения пористости: был применен анализ поровой сети для извлечения морфологических особенностей пор в контексте их топологии. Мы получили полный набор общих дескрипторов, обычно применяемых к минеральным породам, таких как пористость, проницаемость, площадь поверхности, извилистость и результирующие кривые капиллярного давления путем компьютерного моделирования эксперимента по внедрению ртути. Эти параметры были сравнены с различными образцами песчаника и карбоната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные дают представление о внутренней структуре камней в почках и потенциальных применениях различных современных методов цифровой физики горных пород, недавно разработанных для исследования пористых образцов в рамках гео- и материаловедения.

Благодарности/Источники финансирования

Данное исследование осуществляется при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта № 22-75-10100.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Уратные камни

ВЛИЯНИЕ ПИРАЗИНАМИДА НА ФОРМИРОВАНИЕ УРАТНЫХ КАМНЕЙ

Д.А. Вишневский, М.А. Прокопович,
О.Н. Зубань

ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пиразинамид, уролитиаз, мочево́я кислота, ураты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пиразинамид – препарат, широко распространенный во фтизиатрии. Известно свойство пиразинамида повышать уровень мочево́й кислоты в плазме крови, что является фактором риска образования уратных камней. Однако крупных исследований по их формированию у пациентов, длительно принимающих пиразинамид, на сегодняшний день нет. *Цель исследования:* оценить влияние длительного приема пиразинамида на развитие мочекаменной болезни у больных туберкулезом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 42 пациента, получавшие пиразинамид по поводу туберкулеза легких или генерализованного туберкулеза в клинике № 1 и в клинике № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ. Из них 24 мужчины и 18 женщин. Средний возраст – $44,1 \pm 20,6$ года. У пациентов определяли начальный уровень креатинина, мочевины и мочево́й кислоты до назначения препарата, через 1, 2 и 3 месяца. Всем пациентам выполнено УЗИ почек до назначения препарата и через 3 месяца после начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 31 (73,8%) пациента из 42 отмечено повышение уровня мочево́й кислоты более 420 ммоль/л на фоне приема препарата. Средний уровень мочево́й кислоты у мужчин – 490 ± 26 , у женщин – 498 ± 34 , $p > 0,05$; у пациентов младше 45 лет уровень мочево́й кислоты – 477 ± 49 , старше 45 – 485 ± 38 , $p > 0,05$. У 23 (74,19%) из них повышение отмечено в течение первого месяца лечения, у четырех (12,9%) – через два месяца и еще у четырех (12,9%) – через три месяца. 29 (90,3%)

пациентам с повышенной мочево́й кислотой был отменен пиразинамид и назначен аллопуринол. В течение месяца у этих пациентов отмечено существенное снижение уровня мочево́й кислоты. Еще три (9,7%) пациента, несмотря на гиперурикемию, продолжили получать пиразинамид в прежней дозировке. Им дополнительно назначен аллопуринол. У этих трех пациентов сохранился стабильно высокий уровень мочево́й кислоты (более 420 ммоль/л) после трех месяцев приема препарата. По данным УЗИ, у них впервые выявлены микролиты почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Длительный прием пиразинамида является фактором образования уратных камней. Прием аллопуринола вместе с пиразинамидом не является фактором протекции образования уратов. В данном исследовании не отмечена корреляция повышения мочево́й кислоты на фоне приема пиразинамида с полом, возрастом, индексом массы тела и сопутствующими заболеваниями. Планируется продолжить исследование на более широкой выборке пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь. Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ

Д.А. Войтко¹, М.Ю. Просяников¹,
Н.В. Анохин¹, О.В. Константинова¹,
Е.Н. Павлов², О.С. Илларионов², А.В. Сивков¹,
О.И. Аполихин¹

¹*НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия*

²*БУ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия*

³*БУ «Больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, скрининг, заболеваемость, диагностика, женский пол.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исторически считают, что наиболее часто мочекаменной болезни (МКБ) подвержены мужчины трудоспособного возраста. Однако последние работы показали, что разница между частотой встречаемости этого заболевания среди мужчин и женщин стремительно сокращается за счет увеличения заболеваемости МКБ у женщин. *Цель исследования:* определить распространенность МКБ среди женщин старше 45 лет в рамках популяционного исследования в Республике Чувашия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе БУ «БСМП» Минздрава Республики Чувашия (Чебоксары) в 2021–2022 гг. проведено популяционное исследование 658 женщин в возрасте старше 45 лет. Всем участницам выполнено ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы для выявления камней мочевыделительной системы. Диагноз подтверждали методом МСКТ органов брюшной полости. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью программы Статистика 10.0 и Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 658 женщин у 95 выявлены камни почек, что составило 14,2%. Полученный результат оказался в два раза выше, чем распространенность МКБ в мужской популяции аналогичной возрастной группы (6,8%), определенной в ходе первого этапа реализации Программы «Мужское здоровье и активное социальное долголетие» в Республике Чувашия. Примечательно, что из 658 опрошенных женщин у 147 ранее был установлен диагноз МКБ. Распространенность МКБ среди этих пациенток составила 22,4%, а среди женщин, которые ранее не обращались к урологу с жалобами на камни мочевыделительной системы, – 12,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность МКБ среди женщин старше 45 лет в Республике Чувашия составила 14,4%. Среди пациенток с отрицательным и положительным анамнезом камни мочевыделительной системы выявлены у 12,1 и 22,4% соответственно.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Метаболические факторы в патогенезе МКБ

ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИУРИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С.А. Голованов, А.В. Сивков,
М.Ю. Просянных, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко,
В.В. Дрожжева

*НИИ урологии интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперкальциурия, мочекаменная болезнь у мужчин и женщин, литогенез мочевых камней, метаболические факторы риска формирования мочевых камней.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность мочекаменной болезни (МКБ), наряду с другими факторами риска, зависит от возраста и пола. В работе исследовали влияние кальциурии различной степени на формирование мочевых камней у мужчин и женщин с МКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 982 пациентов с МКБ (439 мужчин и 543 женщины в возрасте от 18 до 79 лет) значения суточной экскреции кальция ранжировали по возрастанию величины и выделяли 10 равных диапазонов (децилей), в которых определяли процентные соотношения метаболических типов камней и биохимические показатели мочи и крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По мере увеличения степени кальциурии от минимальных до максимальных значений доля оксалатных камней у мужчин увеличивалась в 1,4–2 раза, по сравнению с женщинами (χ^2 тест для тренда $p < 0,02$). У женщин наблюдали увеличение доли карбонатапатитных камней в 2–2,9 раза по сравнению с мужчинами ($p < 0,025$, χ^2 тест). Возрастающая кальциурии сопровождалась повышением экскреции, мочевой кислоты, фосфатов и магния, более выраженным у муж-

чин, чем у женщин ($p < 0,0001$), что коррелировало у пациентов обоих полов с ростом частоты выявления оксалатных камней ($p < 0,05$). Положительная корреляция между частотой выявления карбонатапатитных камней и экскрецией кальция наблюдалась у мужчин ($r = 0,6783$, $p = 0,0314$) и отсутствовала у женщин, несмотря на высокую долю этих камней у женщин, в отличие от мужчин. Оксалатные камни распространены во всех возрастных группах с 20 до 70 лет, преобладая у мужчин. У женщин наибольшая частота камней из карбонатапатита наблюдается в период от 20 до 40 лет. У мужчин, по сравнению с женщинами, наиболее высокая кальциурия отмечается в группах: 30–39 лет (в 1,33 раза); 50–59 лет (в 1,20 раза, $p = 0,053$) и 60–69 лет (в 1,33 раза, $p < 0,05$), что соответствует более частой встречаемости оксалатных камней у мужчин, чем у женщин ($p < 0,05$). Во всех возрастных группах (18–79 лет), по мере увеличения возраста, доля камней из карбонатапатита у женщин по сравнению с мужчинами возрастает в 2,0–4,5 раза ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При нарастании кальциурии частота формирования оксалатных камней у мужчин возрастает. У женщин увеличивается доля карбонатапатитных камней, которая не зависит от степени выраженности кальциурии. Таким образом, существуют определенные половые и возрастные различия в литогенезе кальциевых камней и динамике метаболических показателей экскреции, зависящие от степени выраженности кальциурии, которые могут быть использованы при оценке риска камнеобразования и персонализированном подходе к метафилактике МКБ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь. Перкутанная нефролитотрипсия, кривая обучения

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕНАЖЕРОВ ДЛЯ ПУНКЦИИ ПОЛОСТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧКИ

Д.С. Горелов¹, А.А. Мищенко¹, В.М. Обидняк¹,
И.Е. Маликиев¹, Н.К. Гаджиев², С.Б. Петров¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тренажер, перкутанный доступ, обучение, пункции.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время освоение навыков пункции чашечно-лоханочной системы почки под рентгеновским контролем, как правило, проходит с использованием различных симуляторов-тренажеров. Этот навык является важным для урологов, так как применяется при различных оперативных вмешательствах. Мы сравнили два небиологических тренажера для пункции: УроАТОМ (Альфа-Ритм, Россия) и PERC Mentor™ (Symbionix; Израиль).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обучения навыку пункции среди 50 урологов, которые были разделены на две равные группы: группа 1 – начинающие (без опыта пункции), группа 2 – опытные (более 60 проведенных операций). Оба тренажера были оценены докторами при помощи опросников Ликерта. Статистическая значимость различий определялась при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнительной оценке тренажеров среди всех участников по показателям реалистичности, визуализации, тактильной обратной связи, полезности статистически значимой разницы выявлено не было. При сравнении показателей удобства использования обоих тренажеров отмечено, что тренажер УроАТОМ оценили как более удобный в использовании ($p = 0,0001$). Участники обеих групп оценили тренажер УроАТОМ как более доступный по стоимости ($p < 0,0001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тренажер УроАТОМ является качественным и доступным симулятором для освоения навыка пункции полостной системы почки. Необходимо и дальше внедрять обучение на симулято-

рах в образовательные системы на государственном уровне.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ. Диагностика и хирургия

Рубрика: Лечение

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТАФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА, ОСНОВАННОГО НА ДАННЫХ ДЭКТ

Л.Ф. Зуева¹, Е.А. Безруков^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, Россия

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.

И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, ДЭКТ, метафилактика.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Двухэнергетическая компьютерная томография – современный метод медицинской визуализации мало изучен, а литературные источники, освещающие его использование в урологической практике противоречивы и малочисленны. *Цель исследования:* оценка результатов метафилактического лечения, основанного на данных двухэнергетической компьютерной томографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группу исследования вошли 220 пациентов с рецидивным течением нефролитиаза, которым был определен химический состав мочевых камней методом двухэнергетической компьютерной томографии (ДЭКТ) на 64-срезовом компьютерном томографе Discovery 750 HD. С целью снижения лучевой нагрузки использовался алгоритм ASiR 40%.

Всем пациентам выполнена дезинтеграция и извлечение камней почек методом перкутанной ПНЛЛ. Удаленные камни подвергались дальнейшему исследованию методами инфракрасной спектроскопии с преобразованием Фурье.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных о химическом составе мочевых камней, полученных методом ИК-спектроскопии, показал, что наиболее распространены двухкомпонентные конкременты, которые встречались у 67,1% пациентов. Однокомпонентные камни – в 30,5% случаев, трехкомпонентные

уролиты выявлены лишь у 2,2% пациентов. Следует отметить, что у 51,8% наблюдались конкременты, состоящие из апатита и вевделлита.

120 пациентам из исследуемой группы был определен тип камнеобразования. Мочекислый нефролитиаз выявлен у 16 пациентов. Данной группе пациентов была назначена индивидуальная программа метафилактики. Это лечение основано на диете с ограничением пуринов, минеральные воды с высоким содержанием бикарбоната, медикаментозное подщелачивание мочи достигалось алкализующими цитратными смесями, при гиперурикурии и гиперурикемии – аллопуринол и алломарон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Через два года наблюдения из 16 пациентов у четырех удалось достичь растворения уrolита, у 10 – уменьшилась или плотность камня, или его размер, у двух – увеличился размер камня. В исследуемой группе было 8,3% рецидивов, в контрольной группе – 26%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Диагностика

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОДУКТАМИ СЕКРЕЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

В.И. Кирпатовский, А.В. Сивков, В.Н. Синюхин, А.Д. Каприн

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ, острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, эмбриональные стволовые клетки, продукты секреции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Длительно текущая МКБ может в конечном итоге приводить к стойкой дисфункции почек с периодическими обострениями и развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Традиционная нефропротективная терапия име-

ет ограниченную эффективность. Во многих экспериментальных исследованиях показана возможность профилактики ХПН с использованием стволовых клеток различного происхождения, однако клинические перспективы этого метода не определены. Альтернативным подходом может быть терапия продуктами стволовых клеток, которая по данным ряда публикаций не уступает эффективности использования самих стволовых клеток. *Цель исследования:* оценка возможности уменьшения риска перехода острого повреждения почек в хроническую форму и профилактики прогрессирования уже развившейся ХПН с помощью терапии протеомным комплексом (ПК), выделенным из головного мозга свиных эмбрионов (препарат Целлекс, АО «Фарм-Синтез», Россия).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В опытах на 60 крысах вызывали острое повреждение почек (1-я серия, 90 минут ишемии единственной почки, 30 крыс) или ХПН (2-я серия, резекция 70–75% массы почек, 30 крыс) с последующей оценкой в динамике биохимических показателей функционального состояния почек (мочевина, креатинин, натрий, в крови и моче с расчетом скорости клубочковой фильтрации – СКФ и канальцевой реабсорбции натрия, а также концентрации в крови нейротоксичных уремических маркеров (3-индоксил сульфат и р-толил сульфат). В каждой серии у 15 крыс терапии на проводили, а 15 животным ежедневно в/м вводили препарат Целлекс в дозе 0,1 мл/кг в течение 10 дней (1-я серия) или 2 курсов по 10 дней с 7-дневным перерывом (2-я серия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й серии у всех животных развивались признаки острой почечной недостаточности, проявляющейся в росте концентрации креатинина и мочевины в крови со снижением СКФ и реабсорбции натрия. При этом изменения были достоверно меньше выражены у крыс при терапии Целлексом. В течение трех недель и через три месяца у этих крыс все показатели нормализовались, тогда как у крыс, не получавших терапию ПК, функциональные нарушения через три месяца сохранились у 40% животных, что свидетельствовало о переходе у них острого повреждения почек в хроническую форму. Во 2-й серии на фоне терапии Целлексом все показатели через один месяц были достоверно лучше, чем без те-

рапии. Через два и три месяца в опытах без лечения СКФ и реабсорбция натрия прогрессивно снижались, тогда как при лечении Целлексом они оставались стабильными. В опытах без терапии на фоне ХПН концентрация 3-индоксил сульфата в крови возрастала в 2,5 раза, а р-толил сульфата в восемь раз, тогда как на фоне терапии Целлексом они возросли в два и три раза соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапия секретом эмбриональных стволовых клеток (Целлекс) препятствует прогрессированию острой и хронической дисфункции почек.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Гестационный пиелонефрит

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ГЕСТАЦИОННЫМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ

С.В. Котов^{1,2}, Р.А. Перов^{1,3}, П.Ю. Низин¹, А.А. Неменов^{1,3}

¹*Кафедра урологии и андрологии ЛФ, ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия*

²*ГБУЗ Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова ДЗМ*

³*ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гестационный уретерогидронефроз; гестационный пиелонефрит; беременность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Симптоматический гестационный уретерогидронефроз патологически представляет собой болевой синдром на фоне нарушенного пассажа мочи по ВМП у беременных пациенток. Может быть обусловлен диагностированной мочекаменной болезнью либо ретенцией ВМП на фоне прогрессирующей беременности. Основной подход в лечении – рутинное дренирование ВМП. Это может снижать качество жизни пациенток. В связи с этим идет поиск возможных альтернативных подходов в лечение. *Цель исследования:* оце-

нить отдаленные результаты подхода в ведении беременных с симптоматическим гестационным уретерогидронефрозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное с января 2018 по декабрь 2021 г. В исследование были включены 537 пациенток с нарушением пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям. Медиана (Me) возраста составила 26 лет, (Q1–Q3) 23–30 лет. Средней срок гестации – 22±6 недель. Медиана беременности составила 1, (Q1–Q3) 1–2. Родов в анамнезе (Me) 1, (Q1–Q3) 1–2. Выкидышей в анамнезе (Me) 1, (Q1–Q3) 1–1. Абортов в анамнезе (Me) 1, (Q1–Q3) 1–2. По первичным лабораторным данным, уровень лейкоцитов крови составил (Me) 12,4х10⁹/л, (Q1–Q3) 10,9–15,3х10⁹/л, среднее значение креатинина было 79,2±17,6 мкмоль/л. Бактериологическое исследования мочи: 69% – посев стерильный, 31% – клинически значимая бактериурия. У 120 пациенток выявлена МКБ, исключены из исследования. Период наблюдения максимально составил семь месяцев, оценивались акушерские и урологические результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки были разделены на две группы: I группа – 201 беременная пациентка с клиникой гестационного пиелонефрита на фоне нарушения уродинамики или без нее, II группа – 216 беременных пациенток с ретенцией чашечно-лоханочной системы с болевым синдромом. В группе I выделены следующие подгруппы пациенток: группа гестационного пиелонефрита с нарушением пассажа мочи (64,2%) и без него (33,8%). В связи с клиникой гестационного пиелонефрита с нарушением уродинамики проводилась установка внутреннего мочеточникового стента на четыре недели и антибиотикотерапия. После удаления внутреннего мочеточникового стента жалобы рецидивировали у 15,5% пациенток. Им выполнена повторная установка внутреннего мочеточникового стента, но уже на весь срок гестации. Осложнения после дренирования ВМП по Clavien-Dindo: I степень – 5%, II степень – 17%, IIIa степень – 18%. В группе II всем больным проводилась позиционная терапия в течение 72 ч. Показания к дренированию в виде сохранения болевого синдрома и ретенции ЧЛС более 25 мм выявлены у 80%, в связи с чем выполнена установка ВМС. После удаления дренажа через

четыре недели повторное дренирование потребовалось 6,25%. Осложнения после дренирования по Clavien-Dindo: I группа, I степень – 12%. II группа, I степень – 12,5%, IIIa степень – 21,25%. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

У подавляющего большинства беременных с клиникой симптоматического гестационного уретерогидронефроза целесообразно прибегать к краткосрочному дренированию верхних мочевыводящих путей. Риск рецидива симптоматического гестационного уретерогидронефроза при этом меньше риска осложнений на фоне длительного дренирования ВМП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

СОСТАВ КОНКРЕМЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

М.М. Кутлуев¹, Н.А. Григорьев²,
Р.И. Сафиуллин³

¹Медицинский центр «Консультант»,
отделение хирургии, Тула

²ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. акад.
В.И. Кулакова», Москва

³АО «Европейский медицинский центр»,
кафедра урологии ЧУ ДПО «Медицинская
школа ЕМС», Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, состав камня, кальция оксалат, кальция фосфат, мочева кислота, струвит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить влияние пола, возраста и различные клинические характеристики на состав конкрементов у пациентов в Тульской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ 143 пациентов, страдающих МКБ. Для этого собраны клинические данные и демографические показатели, включающие пол, возраст, биохимические данные. Определяли посев мочи на бактерии, ру-

тинный общий анализ мочи с определением pH, уровень кальция, натрия, фосфора, магния, мочевой кислоты и креатинина. Анализ камней проводился с помощью ИК Фурье спектроскопии. Конкременты классифицировались согласно классификации клиники Мейо и Европейской ассоциации урологов. Для установления взаимосвязей рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашем исследовании мужчин было 90 (62,9%), соотношение мужчин к женщинам 1,7:1. Из них камни в 42,6% были у пациентов 19–40 лет; 42,6% – у лиц 41–60 лет; старше 60 лет – у 14,8%. Из одного компонента камни были у 6,3%, двухкомпонентные – у 64%, а три компонента – у 29,4%. Стоит отметить, что все струвитные камни были смешанными. Наибольшее количество камней были из кальция оксалата (CaOx) – 116 (81,1%), затем были камни из кальция фосфата (CaPO) – 53 (37,1%) случая, затем мочевой кислоты (UA) – 24 (16,8%), инфекционные – 10 (7,0%) (табл.).

Таблица. Распределение по основному составу камня.

Состав конкремента	Число пациентов, %
Кальция оксалат	91 (63,6)
Кальция оксалат моногидрат	81 (89,1)
Кальция оксалат дигидрат	10 (10,9)
Кальция фосфат	18 (12,6)
Карбапатит	18 (100)
Инфекционные камни	10 (7,0)
Струвит	8 (80,4)
Моноаммония урат	2 (20)
Уратные камни	24 (16,8)
Мочевая кислота безводная	23 (95,8)
Мочевая кислота дигидрат	1 (4,2)
Всего	143

Распределение у мужчин: CaOx – 60 (66,7%), UA – 17 (18,9%), CaPO – 12 (13,3%), струвит – 1 (1,1%). У женщин конкременты CaOx – 31 (58,5%), UA – 10 (18,8%), CaPO – 8 (15,1%), инфекционные камни – 4 (7,5%) случая. Наибольшее количество CaOx было у представителей обоих полов, доля CaOx была выше у мужчин ($p < 0,01$), количество инфекционных камней было больше у женщин. UA встречались чаще у мужчин с достоверностью $p < 0,01$. Самая высокая распространенность камней была у обоих полов в возрасте 31–60 лет, а самая низкая заболеваемость в возрасте 11–20 лет. Доля UA увеличивалась с возрастом (33,3% у пациентов старше 60 лет). У больных UA был выше уровень мочевой кислоты и креатинина сыворотки крови ($p < 0,01$), более низкий pH мочи ($\leq 5,5$) ($p < 0,05$), а нейтральный или щелочной больше ассоциировался со струвитными камнями ($p < 0,05$).

В нашем исследовании показано наибольшее количество CaOx конкрементов – 63,6%, затем из UA – 16,8%. В данном исследовании выявлено, что основными драйверами образования данных конкрементов явились возраст и pH мочи. Доля уратов последовательно увеличивалась с возрастом с 3,3% у пациентов до 40 лет до 33,3% у больных старше 60 лет. Большинство пациентов с инфекционными конкрементами были женского пола, все струвитные камни были многокомпонентными, что свидетельствует о сложности механизма образования струвитов. Отмечалось большее число мужчин, страдающих МКБ, по сравнению с женщинами, после 60 лет данные сравнивались в наших наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ показал наибольшее количество кальцийоксалатных камней. Выявлена большая зависимость типа камнеобразования от возраста, пола, биохимических показателей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Маркеры воспалительной реакции у пациентов после оперативного лечения. Оценка исходов, наблюдение.

**ДИНАМИКА МАРКЕРОВ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

В.А. Малхасян^{1,2}, Ю.А. Ким^{1,2}, С.О. Сухих²,
Т.Б. Махмудов², Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹ Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, маркеры воспаления, эндоурологическое лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

МКБ остается одним из наиболее распространенных заболеваний в урологии. Применение прогрессивных методов лечения МКБ на сегодняшний день представлено малоинвазивными оперативными вмешательствами: уретероскопией (УРС) с литотрипсией, перкутанной нефролитотрипсией (ПНЛ) и гибкой уретеролитотрипсией. Однако инфекционные осложнения по сей день остаются одними из наиболее распространенных нежелательных явлений после оперативных вмешательств при МКБ. *Цель исследования:* оценить динамику лабораторных маркеров инфекционно-воспалительных осложнений и частоту развития инфекционно-воспалительной реакции организма после эндоскопического удаления конкрементов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование проспективно включены 217 пациентов с диагнозом МКБ, которым выполнено хирургическое удаление камней эндоскопическими методами. Из общего числа пациентов 43 перенесли УРС с литотрипсией, 152 – ПНЛ, 22 – гибкую уретеролитотрипсию. Пациентам выполнен стандартный перечень лабораторных и инструментальных методов обследования. Обязательный контроль температуры тела проводил-

ся три раза в сутки ежедневно, до оперативного лечения и на 1-е и 2-е сутки после оперативного лечения. В эти же дни фиксировались показатели содержания лейкоцитов крови, лимфоцитов крови, СРБ и СОЭ. В качестве признака инфекционно-воспалительных осложнений рассматривались эпизоды гипертермии выше 37,5°C.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде эпизоды гипертермии отмечены у 40 (18,5%) пациентов, максимальный показатель повышения температуры тела составил 38,6°C, в то время как среди пациентов, не отмечавших эпизодов гипертермии, температура тела не превышала 37°C. Затем проведен сравнительный анализ динамики лабораторных показателей в группе нормо- и гипертермии. В послеоперационном периоде был отмечен рост показателей СРБ, СОЭ и незначительный рост лейкоцитов как в группе гипертермии, так и в группе нормотермии, превышающий уже в первые сутки нормальные значения. При этом в группе гипертермии наблюдался значительно более высокий прирост данных показателей (685% против 323%) для СРБ и (146% против 80%) для СОЭ, также отмечена лимфопения. Полученные данные показателей СРБ и СОЭ, по сравнению с динамикой показателей содержания лейкоцитов и лимфоцитов в крови, демонстрируют наиболее клинически показательную динамику, увеличиваясь на более чем 500 и 100% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопическое удаление мочевых камней является безопасным методом лечения у пациентов со стерильным посевом мочи. После эндоскопического удаления камней у всех пациентов наблюдаются такие реактивные изменения показателей периферической крови, как: повышение уровня лейкоцитов, лимфопения, повышение СОЭ и уровня С-реактивного белка. Показатели СРБ и СОЭ демонстрируют наиболее клинически показательную динамику и могут быть рассмотрены в качестве альтернативных критериев инфекционно-воспалительных осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Организация медицинской помощи при мочекаменной болезни

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

О.М. Мосийчук

СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; заболеваемость населения; организация медицинской помощи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сохраняется высокая заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) в мире, чему способствуют факторы внешней среды, особенности диеты современного человека, нарастающий коморбидный фон. Учитывая склонность МКБ к рецидивам, увеличивается риск потери трудоспособности, отстранения от работы при занятии физическим трудом. Необходимость хирургического лечения МКБ обуславливает ресурсные затраты здравоохранения, дополнительные риски для пациентов. Необходим мониторинг заболеваемости МКБ как существенного медико-социального фактора. *Цель исследования:* анализ заболеваемости МКБ в Санкт-Петербурге по данным статистики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена заболеваемость взрослого населения МКБ по данным форм федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» с 2004 по 2022 г. Рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели, параметры динамического ряда.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Число ежегодно регистрируемых случаев МКБ в Санкт-Петербурге выросло в целом на 30%. Неуклонный рост наблюдался с 2004 по 2018 г. (27 366 и 35 858 случаев соответственно), в 2019 г. – снижение числа случаев МКБ (35 581), в 2020 г. – существенное снижение до 31 409, что веро-

ятно обусловлено пандемией COVID-19. В последующие годы число случаев МКБ вновь выросло до 35 103 в 2021 году и 34 972 в 2022 г. Уровень показателя общей заболеваемости МКБ на 1 тыс. взрослого населения Санкт-Петербурга в последнее десятилетие остается стабильным: 7,7 в 2013 г.; 8,1 в 2018 г.; 7,8 в 2022 г.

Впервые ежегодно регистрируется около 5 тыс. случаев МКБ, отмечен рост на 27% (с 4172 в 2004 г. до 5339 в 2022 г). Уровень первичной заболеваемости МКБ 1 тыс. населения стабилен в последнее десятилетие (1,3 тыс. в 2013 г.; 1,2 тыс. в 2022 г.).

Треть пациентов с МКБ состоят под диспансерным наблюдением, их число за последнее десятилетие выросло (с 3682 в 2013 г. до 11 396 в 2022 г.), как и их доля от общего числа зарегистрированных заболеваний (рост на 200%, с 11,1% в 2013 г. до 32,6% в 2022 г.). Вместе с тем при выросшем объеме активного наблюдения доля больных, нуждающихся в госпитализации, также существенно выросла – с 33,5% в 2013 г. до 50,5% и 55,4% в 2019-м и 2022 г. соответственно. Доля экстренных госпитализаций несколько снизилась (с 78,9% в 2013 г. до 75,65 в 2019 г.), а после пандемии COVID-19 выросла на 6% (в 2022 г. 83,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные особенности заболеваемости МКБ свидетельствуют о стабильном ее уровне. Вместе с тем наблюдаются колебания ряда показателей, отражающих, по-видимому, несовершенство процесса организации медицинской помощи данным пациентам. Необходимо детальное изучение организационных факторов оказания медицинской помощи пациентам при МКБ на разных уровнях в целях поиска оптимальных путей ее совершенствования, основанных на пациентоориентированном подходе.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).
Базовые исследования и терапия.

Рубрика: Изучение этиопатогенеза камней
предстательной железы

**СВЯЗЬ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМИ
ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОЧИ
И БИМИНЕРАЛОГИЧЕСКИМ
СОСТАВОМ КАМНЕЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Т.Х. Назаров¹, У.В. Абулбокиев¹

¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России; Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простатолитиаз, биоминералогия, этиопатогенез
камней простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение камней предстательной железы в последние годы вызывает особый интерес в связи с тем, что увеличивается количество пациентов. В настоящее время продолжается поиск патогенетических механизмов образования камней предстательной железы и изменений в биохимических показателях мочи и крови. Внутрипростатический рефлюкс мочи на фоне инфравезикальной обструкции является одним из основных патофизиологических состояний, способствующий образованию камней в предстательной железе. *Цель исследования:* выявить связь между биохимическими показателями мочи и биоминералогическим составом камней предстательной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 52 пациента в возрасте от 35 до 76 лет с камнями простаты на фоне инфравезикальной обструкции, выявленными с помощью трансректальной ультразвуковой диагностики. Проведена оценка биохимических показателей мочи и исследование биоминералогического состава конкрементов простаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные данные показывают, что не все биохимические параметры мочи имели литогенетические свойства и не могли способствовать появлению камней простаты. В ходе исследования минералогического состава мочи выявили повышение показателей некоторых литогенных веществ, это в основном соли мочевой кислоты

и фосфата кальция. Камни предстательной железы у больных с инфравезикальной обструкцией имели неоднородную структуру в 75% случаях. Чаще выявляли фосфаты и соли мочевой кислоты – в 53 и 20% случаев соответственно, а оксалаты и другие минералы – только в 14,5% случаев. Органические вещества, состоящие в основном из белковых соединений (крахмальные тельца), выявлены у 9,5% пациентов. Учитывая характер метаболизма и повышение экскреции мочевой кислоты с возрастом, наличие остаточной мочи, а также патологоанатомическое состояние выводных протоков предстательной железы при инфравезикальной обструкции, можно предположить, что вышеперечисленные фоновые состояния являются первичным звеном простатолитиаза. Полученные данные свидетельствуют о влиянии биохимических показателей мочи на состав камней простаты и на интенсивность литогенеза. Корреляция между минералогическим составом камней предстательной железы и химическими свойствами мочи выявлена только у 30 (57,7%) пациентов. Таким образом, метаболизм в некоторых случаях оказывает влияние на литогенез в предстательной железе. Основную роль играет наличие инфравезикальной обструкции вследствие измененной анатомии простаты и уретры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, понимание биохимических процессов в моче, а также биоминералогии камней предстательной железы позволяет выбрать адекватную тактику патогенетического лечения. Однако данная проблема требует дальнейшего глубокого изучения.

Благодарности/Источники финансирования
отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь.

**ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-
АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПОСЛЕ
ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ
ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК
И МОЧЕТОЧНИКОВ У ВЗРОСЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ**

О.В. Основин, В.М. Попков, А.Н. Россоловский,
Р.Н. Фомкин, А.Н. Понукалин, Д.Н. Хотько,
С.А. Твердохлеб, П.Ю. Заигралов

*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия*

Клиника урологии УКБ № 1 им.

*С.Р. Миротворцева, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, дистанционная литотрипсия, альфа-адреноблокатор, литокинетическая терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ) является широко распространенным методом лечения камней почек и мочеточников, при которой происходит фрагментация конкрементов на более мелкие осколки, которые затем самопроизвольно смещаются по мочеточнику и отходят с мочой. Альфа-адреноблокаторы (альфа-АБ) могут способствовать продвижению фрагментов камня, но их эффективность остается неопределенной. *Цель исследования:* оценить эффективность применения альфа-адреноблокаторов в качестве вспомогательной медикаментозной литокинетической терапии по сравнению со стандартной камнеизгоняющей терапией у взрослых пациентов, которым проведена ДЛТ при камнях почек и мочеточников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 126 пациентов, перенесших ДЛТ на базе клиники урологии УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период 2021–2022 гг. Все пациенты разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу. Участники первой группы получали альфа-адренобло-

каторы в качестве вспомогательной медикаментозной терапии в дополнение к стандартной. Во второй группе пациентам проводилась стандартная литокинетическая терапия без назначения альфа-адреноблокаторов. Возраст участников составил от 28,6 до 56,8 года, размер камня до ДЛТ варьировался от 7,3 мм до 13,5 мм. Наиболее широко используемым альфа-АБ был тамсулозин; силодозин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По сравнению с группой стандартной терапии, в первой группе отмечалось повышение частоты самостоятельного отхождения камней на 33,2% (до 82,6% – 52 человека выделили самостоятельно все фрагменты камня). Кроме того, альфа-АБ уменьшали риск развития почечной колики на фоне консервативной терапии на 42%, риск проведения дополнительных вмешательств во время наблюдения (контактная уретеролитоэкстракция, КЛТ, установка стент-дренажа) снизился на 48%. Однако в группе приема альфа-АБ чаще наблюдались побочные эффекты (головокружение) на 12,7%, по сравнению со второй группой. Применение альфа-АБ сократило время отхождения камней на 2,34 дня (с 5,25 до 2,91).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным исследования, терапия альфа-адреноблокаторами после проведения ДЛТ в дополнение к стандартной литокинетической терапии, способствует увеличению частоты самостоятельного отхождения камней мочеточника, в сочетании с сокращением времени выведения камней, более низкой вероятностью развития почечной колики и уменьшению необходимости применения дополнительных эндоурологических вмешательств, по сравнению со стандартным лечением. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Дистанционный мониторинг пациентов с МКБ

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Петровский, М.А. Газимиев, В.И. Руденко,
И.В. Дьяконов, Г.С. Лебедев

*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский университет),
Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, метафилактика
камнеобразования, дистанционный
контроль, тест-полоски, мочевого анализатор,
телемедицинские консультации, цифровизация
здравоохранения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь (МКБ) является социально значимым заболеванием, требующим длительного наблюдения с целью профилактики рецидива камнеобразования. Одним из современных инструментов для реализации метафилактики МКБ являются телемедицинские технологии, позволяющие проводить не только консультации, но и дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов. В настоящее время значительно возросли объемы применения телемедицинских консультаций в формате «врач–врач» и «пациент–врач», особенно в условиях пандемии COVID-19, однако методология и оценка эффективности дистанционного контроля состояния здоровья пациента с МКБ не разработаны. *Цель исследования:* разработать и внедрить в клиническую практику методологию дистанционного мониторинга состояния пациентов с МКБ для детализации комплексного обследования пациентов и метафилактики камнеобразования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клиническое обследование на базе Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ) по профилю «урология» и Института цифровой медицины Сеченовского университета. Под наблюдением нахо-

дились 30 пациентов с МКБ. Наблюдаемую группу составили 21 мужчина (70,0%) и 9 женщин (30,0%) в возрасте 37–67 лет (в среднем 48±9,3 года). У 8 (26,7%) больных рецидив МКБ был единичным, у 22 (73,3%) больных имелось несколько рецидивов. Дистанционный контроль осуществлялся с использованием портативного анализатора «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках. Передача данных осуществлялась через мобильное приложение, которое является частью информационной системы NetHealth (www.nethealth.ru). Оценивались показатели и частота анализов мочи, а также удовлетворенность и приверженность пациентов технологии мониторинга. Удовлетворенность пациентов оценена посредством анкеты, разработанной в соответствии с рекомендациями по оценке качества телемедицинского взаимодействия медицинских работников с пациентами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана продолжительности дистанционного мониторинга составила 168 дней (137–218 дней). Отказов или прерываний мониторинга не отмечено, что свидетельствует о наблюдавшейся высокой приверженности пациентов дистанционному контролю состояния здоровья. Вместе с тем зафиксированы колебания уровня приверженности мониторингу, которые требуют специальных мероприятий – дополнительного информирования и консультаций. Через 30 и 90 дней проведено анкетирование пациентов для оценки отношения к оказываемой услуге и предложенному комплексу мониторинга. Общую положительную оценку дистанционному мониторингу отметили 100,0% опрошенных. Оказываемую медицинскую помощь посчитали качественной и более доступной 93,3% респондентов, а продолжить дистанционное наблюдение отметили все пациенты. В процессе мониторинга осуществлялось информирование пациентов о текущем состоянии, а также мерах по поддержанию необходимого объема мочи, особенностях питания и т.д. Таким образом, путем систематизации литературных данных и накопленного клинического опыта, разработана модель дистанционного контроля состояния здоровья пациентов с МКБ, которая включает систему показаний и противопоказаний, программу и порядок мониторинга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработана и внедрена методология дистанционного мониторинга пациентов с мочекаменной бо-

лезью, основной целью которого является метафилактика камнеобразования. Отмечается высокая приверженность пациентов к дистанционному мониторингу, но с тенденцией к снижению через четыре и шесть месяцев. Высокая удовлетворенность пациентов дистанционным мониторингом с отметкой качества и доступности урологической помощи связана с применением современных телемедицинских технологий.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия.

Рубрика: метафилактика МКБ.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕФРОЛИТИАЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Ю. Просяников¹, Н.В. Анохин¹,
Д.А. Войтко¹, И.М. Шевчук¹, Т.С. Перепанова¹,
О.В. Константинова¹, А.В. Сивков¹,
Б.Я. Алексеев^{2,3}, О.И. Аполихин¹, А.Д. Каприн^{2,4}

¹ *НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России*

² *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России*

³ *Медицинский институт непрерывного образования «Московский государственный университет пищевых производств»*

⁴ *Российский университет дружбы народов, медицинский институт*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, мочекаменная болезнь, уrolитиаз, цистэктомия, канцерогенез, литогенез, деривация мочи, кишечная пластика мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенные крупные исследования показали, что мочекаменная болезнь (МКБ) гораздо чаще встречается в группе пациентов, перенесших радикальную цистэктомию (РЦЭ) с кишечной пластикой мочевого пузыря, чем в среднем по популяции. *Цель исследования:* изучить частоту образования мочевого камня у пациентов после

РЦЭ, проанализировать факторы риска литогенеза у данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное в 2021–2022 гг. В работе были проанализированы данные 214 пациентов (169 мужчин и 45 женщин), проходивших лечение в НИИ урологии с 2008 по 2020 г. с диагнозом рак мочевого пузыря. Пациентам выполнили РЦЭ с формированием гетеро- или ортотопического илеокондуита.

Проанализированы показатели общего анализа мочи, биохимического анализа крови, бактериологический анализ мочи на флору, результаты УЗИ почек, мочевого пузыря (резервуара), МСКТ почек. Из общей группы в рандомном порядке отобрано 37 пациентов, которым проспективно был выполнен биохимический анализ крови, биохимический анализ суточной мочи, оценен кислотно-щелочной состав венозной крови.

Статистический анализ провели путем расчета величины относительного риска, а также вычисления t-критерия для независимых групп с использованием компьютерной программы Statistica 10.0 (StatSoft USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мочевые камни верхних мочевых путей после РЦЭ, орто- и гетеротопической кишечной пластики мочевого пузыря в отдаленном послеоперационном периоде (более одного года) были диагностированы у 27 из 214 пациентов (12,6%). Относительный риск возникновения МКБ у пациентов с пиелэктазией до операции в 3,87 раза выше, чем у больных без изменений чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) на дооперационном этапе ($p=0,0004$).

У пациентов *после* РЦЭ со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин МКБ встречалась в 2,98 раза чаще, чем у пациентов с СКФ >60 мл/мин ($p=0,005$). У пациентов *после* РЦЭ с индексом массы тела (ИМТ) >30 риск образования мочевого камня в 2,431 раза выше, чем у пациентов с ИМТ <30 ($p=0,0172$).

Вероятность формирования мочевого камня увеличивается в 4,85 раза у пациентов с рН мочи $>7,0$, выявленным до операции ($p<0,0001$), и в 3,77 раза у пациентов с уровнем рН мочи $>7,0$, диагностированным *после* оперативного лечения ($p=0,003$). Была отмечена тенденция к росту числа случаев МКБ у пациентов с диагностированной *по-*

сле операции бактериурией (*Enterococcus spp.*, *Enterobacter cloacae*, *Providencia rettgeri*), по сравнению с пациентами, у которых была выявлена стерильная моча ($p < 0,05$).

У пациентов с МКБ, по сравнению с контрольной группой, в биохимическом анализе крови наблюдаются статистически достоверные различия по уровню креатинина ($p = 0,033$) и снижению СКФ с 79,9 до 68,7 ($p = 0,046$). Анализ биохимических показателей суточной мочи продемонстрировал, что у пациентов с МКБ имеется статистически достоверное увеличение уровня рН мочи ($p = 0,0025$), повышение уровня оксалатов ($p = 0,0035$), уменьшение концентрации мочевой кислоты ($p = 0,039$) и кальция ($p = 0,024$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторами риска развития МКБ после РЦЭ с кишечной пластикой, как до операции, так и после нее являются: расширение ЧЛС до операции; ИМТ > 30 ; рН мочи $> 7,0$. После РЦЭ факторы риска: снижение СКФ < 60 мл/мин и наличие бактериурии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Диагностика

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.И. Руденко, Ю.Л. Демидко, Л.С. Демидко

*Институт урологии и репродуктивного здоровья
человека (Сеченовский университет), Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, остеопороз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Минеральная плотность кости (МПК) отражает состояние скелета, которое зависит от множества факторов и, в частности, связано с обменом кальция. Также с обменом кальция связано возникновение и рецидив большинства форм мочекаменной болезни (МКБ). Сравнение результатов исследования МПК у больных МКБ позволит уточнить наличие связи между нарушением обмена кальция, возникновением и рецидивом МКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена комплексная оценка факторов риска (ФР) остеопороза (наличие переломов, курение, диарея и др.) у 61 больного МКБ путем анкетирования. Возраст пациентов составил $47,2 \pm 14$ лет. Мужчин было 33 (54,1%), женщин – 28 (45,9%). МКБ выявлена впервые у 25 (41,0%), а повторно – у 36 (59,0%) пациентов. Пациенты ответили на вопросы анкеты факторов риска ОП. У 11 пациентов с МКБ выполнено исследование МПК методами рентгеновской денситометрии. Показаниями к выполнению данного исследования у женщин был возраст старше 65 лет, у мужчин 70 лет и старше, наличие факторов риска переломов, заболевания и состояния, ассоциированные с низкой костной массой и др. Для измерения костной плотности применяли Т-критерий – количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин. По результатам исследования пациенты были разделены. Первую группу составили больные с нормальными показателями Т-критерия от +2,5 до -1 стандартного отклонения от пиковой костной массы. Вторую группу составили пациенты со снижением МПК (пациенты с остеопенией, имеющие показатели Т-критерия от -1 до -2,5 стандартного отклонения, а также с остеопорозом, имеющие показатели Т-критерия -2,5 стандартного отклонения и ниже).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 31 (50,8%) пациента с МКБ были выявлены факторы риска ОП. Распределение пациентов с наличием или отсутствием факторов риска остеопороза между группами с первичным или рецидивным течением МКБ было незначимым ($p = 0,8789$). У 6 (54,5%) пациентов с МКБ из 11 при исследовании плотности костной ткани было выявлено снижение МПКТ. Распределение пациентов с нормальной и сниженной МПКТ среди больных с первичной и рецидивной МКБ было незначимым ($p = 0,8273$). Медиана рецидива МКБ у пациентов с выявленными факторами риска остеопороза составила 7 лет, а у пациентов без выявленных факторов риска остеопороза – 11 лет ($p = 0,0098$). Медиана рецидива МКБ с нормальной плотностью костной ткани составила 10 лет, а со снижением МПКТ - 7 лет ($p = 0,98$). Таким образом, у половины пациентов с МКБ выявлены факторы риска остеопоро-

за, а у половины обследованных больных выявлено снижение МПКТ. Мы считаем, что наличие факторов риска остеопороза и снижение МПКТ было связано с уменьшением времени рецидива МКБ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с факторами риска остеопороза отмечено меньшее время рецидива МКБ по сравнению с пациентами без выявленных факторов риска, а изменения МПК отражают длительное воздействие факторов риска. Время рецидива МКБ при снижении МПК также меньше по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ, что может быть связано с длительной потерей кальция. Таким образом, факторы риска могут быть связаны с рецидивом МКБ и временем его развития. Мы считаем, что модификация факторов риска остеопороза позволяет создать условия для уменьшения вероятности рецидива МКБ и/или его отсрочки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Ранняя диагностика рецидива мочекаменной болезни.

НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОЛИТИАЗА

А.В. Савилов^{1,3}, М. Джайн^{1,2}, А.С. Тивтикян²,
М.Е. Коцепуга², Д.М. Анохин²,
Л.М. Самоходская^{1,2}, Д.А. Охоботов^{1,2},
С.П. Шершнева³, А.А. Камалов^{1,2}

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

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

³ФКУ «Центральный военный клинический
госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства
обороны РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

однонуклеотидный полиморфизм, рецидивирующий уролитиаз, ген рецептора фактора некроза опухолей 11В, ген эстрогенового рецептора, ген рецептора витамина D, ген кальций-чувствительного рецептора, ген белка Клото.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основе патогенеза мочекаменной болезни также лежат генетические факторы. Раннее установление наследственной предрасположенности к манифестации и рецидиву мочекаменной болезни (МКБ) может оказаться важнейшим звеном профилактики и метафилактики МКБ. *Цель исследования:* изучить ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов генов TNFRSF11B (Tumor necrosis factor receptor superfamily member 11B (остеопротегерин); rs3134057), ESR1 (Estrogen receptor isoform 1; rs851982), VDR (Vitamin D receptor; rs1540339), CASR (Calcium-sensing receptor; rs2202127), KL (Klotho protein; rs526906) с развитием рецидивирующего уролитиаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 96 пациентов; среди них 45 пациентов с рецидивом кальций-оксалатной формы мочекаменной болезни, причем с локализацией основного конкремента в одном из мочеточников (основная группа); контрольная группа состояла из 51 добровольца, не страдающего мочекаменной болезнью, семейный анамнез которых также не был отягощен данным заболеванием. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Медицинского научно-образовательного центра Московского университета им. М.В. Ломоносова и проведено в соответствии с постулатами Хельсинской декларации. Все участвующие пациенты предоставили подписанные формы добровольного информированного согласия. У всех участников были взяты образцы венозной крови с последующим выделением ДНК с использованием роботизированной системы. Анализ однонуклеотидных полиморфизмов в кандидатных генах пациентов основной и контрольной групп проводился с помощью метода ПЦР. Статистической моделью для анализа данных служила биномиальная логистическая регрессия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате статистического анализа была обнаружена ассоциация между наличием однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 в гене TNFRSF11B (отношение шансов (ОШ) – 1,92; доверительный интервал (ДИ): 1,05–3,52; p=0,031) и развитием рецидивирующего уролитиаза, в то время как подобной статистически значимой ассоциации не обнаружилось для остальных

исследуемых однонуклеотидных полиморфизмов в генах ESR1, CASR, VDR и KL (rs851982, rs2202127, rs1540339, rs526906 соответственно) ($p > 0,05$).

Таблица. Результаты статистического анализа.

Ген	SNP	ОШ (95% ДИ)	Значение p
TNFRSF11B	rs3134057	1,92 (1,05 – 3,52)	0,031
ESR1	rs851982	1,42 (0,79 – 2,54)	0,24
VDR	rs1540339	0,94 (0,53 – 1,65)	0,82
CASR	rs2202127	0,88 (0,50 – 1,57)	0,67
KL	rs526906	1,51 (0,73 – 3,13)	0,26

Примечание. SNP – однонуклеотидный полиморфизм; ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал; TNFRSF11B – TNF Receptor Superfamily Member 11b; ESR1 – Estrogen Receptor 1; VDR – vitamin D receptor; CASR – Calcium-sensing receptor; KL – klotho.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ассоциация однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 гена TNFRSF11B с рецидивом кальций-оксалатного уролитиаза может быть принята во внимание, как предиктор рецидивирующей формы заболевания, и использована для определения наилучшей терапевтической стратегии метафилактики данной формы МКБ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Ранняя диагностика рецидива мочекаменной болезни.

ОСТЕОПРОТЕГЕРИН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАРКЕР РЕЦИДИВА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.В. Савилов^{1,3}, М. Джайн^{1,2}, А.С. Тивтикян², М.Е. Коцепуга², Д.М. Анохин², Л.М. Самоходская^{1,2}, Д.А. Охоботов^{1,2}, С.П. Шершнева³, А.А. Камалов^{1,2}

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

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

³ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства обороны РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

остеопротегерин, рецидивирующий уролитиаз, однонуклеотидный полиморфизм, ген фактора некроза опухолей 11.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ранее проведенном нами исследовании, посвященном изучению роли генетических факторов в развитии рецидивирующего уролитиаза, была обнаружена значимая взаимосвязь между наличием однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 в гене остеопротегерина с развитием данного заболевания. Вышеуказанный однонуклеотидный полиморфизм является интронным, следовательно, не способным влиять на структуру и функции остеопротегерина, однако влияющим на его экспрессию. *Цель исследования:* изучить связь показателей сывороточного остеопротегерина с наличием рецидивирующего уролитиаза, а также влияние однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 на концентрацию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 124 добровольца с января 2021 г. по январь 2022 г. Из 124 участников у 45 (основная группа № 1) был установлен диагноз мочекаменная болезнь (МКБ), кальций-оксалатная форма, с рецидивирующим течением и локализацией основного камня в одном из мочеточников, 28 участников (основная группа № 2) ранее перенесли единичный эпизод почечной колики с последующим хирургическим

лечением или самоотхождением кальций-оксалатного конкремента и на момент исследования камней в мочевыделительной системе не имели и 42 респондента контрольной группы, у которых не было мочекаменной болезни, в том числе в семейном анамнезе. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Медицинского научно-образовательного центра Московского университета им. М.В. Ломоносова (протокол № 12/20 от 21.12.2020 г.) и проведено в соответствии с постулатами Хельсинской декларации. Все участвующие пациенты предоставили подписанные формы добровольного информированного согласия. В процессе работы проводилось генотипирование пациентов по полиморфизму rs3134057 гена остеопротегерина (TNFRSF11B). Содержание остеопротегерина в сыворотке определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов Human OPG ELISA kit ab100617 (Abcam, Cambridge, Великобритания) в соответствии с рекомендациями производителя. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе анализа было выявлено, что в основной группе (№ 1) с рецидивирующим течением МКБ и локализацией основного камня в одном из мочеточников уровни остеопротегерина были статистически значимо выше, чем в контрольной группе (медиана: 9,02 против 3,635, $p=0,012$). При анализе взаимосвязи между концентрацией остеопротегерина в сыворотке и генотипом AA+AG против GG по rs3134057 гена остеопротегерина не было обнаружено статистически значимой разницы ($p>0,05$). Такой же результат был и при сравнении групп с генотипами AA против AG против GG ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование показало, что повышенный уровень остеопротегерина в сыворотке крови у пациентов с рецидивирующей формой МКБ может указывать на наличие рецидива заболевания. Дальнейшее исследование в больших выборках позволит окончательно подтвердить значимость остеопротегерина в качестве маркера рецидива МКБ, в том числе и при генетически детерминированных формах.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Базовые исследования в патогенезе уролитиаза

НОВЫЕ КЛИНИКО-ХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ

Д.В. Семёнычев¹, Л.Л. Семенычева²,
А.В. Митин², Ф.А. Севрюков¹, А.Д. Кочкин¹,
А.В. Кнутов¹

¹Частное учреждение здравоохранения
«Клиническая больница «РЖД-Медицина»,
Нижний Новгород

²НИИ химии, Нижегородский государственный
университет им. Н.И. Лобачевского

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, формирование мочевых камней, белковая матрица конкрементов, минерализация уролитов.

ВВЕДЕНИЕ

Формирование уролитов – многогранный процесс, в котором принимают участие белки и гликопротеины (органическая составляющая) и различные соли (минеральная составляющая) [1]. Известно более 100 протеинов и их разновидностей, входящих в состав органической части конкремента. В основном это белки, участвующие в иммунном ответе или выполняющие транспортные функции [2]. Более того, доказано, что без органической матрицы невозможен рост конкрементов в живых организмах [1], а чередование слоев органического и минерального вещества говорит о цикличности процесса камнеобразования. *Цель исследования:* изучение механизмов патогенеза уролитов путем инструментального и химического анализа содержимого ЧЛС почки, имитирующего коралловидный камень (К4).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка К., поступила в клинику с диагнозом МКБ. Коралловидный камень (К4) правой почки. Хронический пиелонефрит – латентное течение. Диагноз подтвержден по данным компьютерной томографии, плотность камня от 300 до 400 ед. НУ. Учитывая клинические данные, лабораторные и инструментальные исследования пациентке выполнена лапароскопическая пиелолитотомия справа. Содержимое лоханки представ-

ляло собой субстанцию белого цвета консистенции «мягкого пластилина», также имелось менее плотное вещество (тягучая жидкость белого цвета). Образец субстанции отправлен на исследование в Нижегородский институт химии. Поверхность образца исследовали сканирующим электронным микроскопом (СЭМ). Также определяли элементарный анализ и молекулярно-массовые характеристики. Образец субстанции растворяли в 3% уксусной кислоте, за сутки растворилось 70%, остальные 30% растворялись в течение семи недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным СЭМ губка субстанции имеет фибриллярное строение, по сути представляя собой полимер. Данные элементного анализа позволяют отнести составляющие ее высокомолекулярные компоненты к гликопротеинам. В 70% образца, растворенного в уксусной кислоте, за сутки идентифицированы высокомолекулярные белки: иммуноглобулин, миелопироксидаза, кальпротектин. Образец, растворенный за семь недель, содержал «тяжелые» цепочки полимеризованного белка Тамма-Хорсфала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Крупные и кораллоподобные конкременты почек могут начинать образовываться с матричного каркаса, состоящего из полимеризованного белка Тамма-Хорсфала с примесью различных протеинов, принимающих участие в воспалении, с последующей минерализацией и уплотнением конкремента.

1. Каткова В.И. Матричная минерализация уролитов // Вестник Института геологии Коми НЦ УрО РАН. 2011. № 8.
1. Yang Y, Hong S, Li C, Zhang J, Hu H, Chen X, Jiang K, Sun F, Wang Q, Wang S. Proteomic analysis reveals some common proteins in the kidney stone matrix. PeerJ. 2021 Jul 27;9:e11872. doi: 10.7717/peerj.11872.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь. Базовые исследования и терапия.

Рубрика: Заболеваемость и инвалидность

ИНВАЛИДНОСТЬ В СВЯЗИ С УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.В. Сивков, В.А. Комарова, А.А. Никушина,
О.И. Аполихин

*НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

уронефрологическая заболеваемость, заболеваемость мочекаменной болезнью, заболеваемость мужских половых органов, инвалидность.

ВВЕДЕНИЕ

По данным Росстата, на 1 января 2020 г. в России численность инвалидов среди населения составила 11 005 193 человека. При этом на 10 тыс. взрослого населения приходится 11 инвалидов в связи с болезнями органов мочеполовой системы. *Цель исследования:* изучение инвалидности в связи с болезнями мочеполовой системы в РФ и ее федеральных округах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализирована информация об инвалидности в регионах РФ за 2020 г. по классам заболеваний, согласно классификации МКБ-10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2020 г. в РФ было зарегистрировано 9 306 944 инвалида по общим заболеваниям, из них 29 032 инвалида – в связи с уронефрологическими заболеваниями (УНЗ), что составило 0,31%. Наибольшее абсолютное число инвалидов по УНЗ отмечено в Северо-Кавказском ФО (7887 чел.), Центральном ФО (6108 чел.) и Приволжском ФО (4754), наименьшее – в Дальневосточном ФО (1275 чел.). Практически во всех ФО доля инвалидов по УНЗ от числа инвалидов по общим заболеваниям незначительна и колеблется в пределах 0,15–0,33%, кроме Северо-Кавказского ФО, где этот показатель равен 1,05%. Наибольший вклад в численность инвалидов по УНЗ вносят нефрологические заболевания: гломерулярные и туболоинтерстициальные заболевания почек и почечная недостаточность. Чисто урологические заболевания в общей структуре инвалидно-

сти по УНЗ составляют в среднем по РФ 14,4% (4184 инвалида). Наиболее часто в РФ причиной инвалидности от урологических заболеваний является МКБ (52,3%), различные болезни почек и мочеточников занимают второе место (30,8%), заболевания мужских половых органов – третье место (17,8%). Изучена зависимость между заболеваемостью УНЗ и числом инвалидов. В РФ в 2020 г. только 0,21% среди страдающих УНЗ имели инвалидность. Минимальная доля инвалидов среди больных УНЗ отмечена в Северо-Западном ФО (0,09%), максимальная – в Северо-Кавказском ФО (0,96%).

Инвалидность и МКБ. В РФ в 2020 г. было зарегистрировано 790 330 заболеваний МКБ и 2117 (0,27%) лиц имели инвалидность по этому заболеванию. Максимальное число инвалидов в связи с МКБ отмечено в Северо-Кавказском ФО (1304 инвалида; 1,728 на 10 тыс. взрослого населения), минимальное – в Сибирском ФО (68 инвалидов; 0,050 на 10 тыс. взрослого населения) и в Дальневосточном ФО (34 инвалида; 0,052 на 10 тыс. взрослого населения).

Инвалидность и урологические заболевания почек, мочеточников, мочевого пузыря. В 2020 г. было зарегистрировано 1333 человека, имеющих инвалидность по поводу различных урологических заболеваний почек, мочеточников, мочевого пузыря, что составило 0,112 человек на 10 тыс. взрослого населения.

Инвалидность в связи с заболеваниями мужских половых органов зафиксирована у 734 человек, что составило 0,133 на 10 тыс. мужского взрослого населения, при этом 96% из них имеют инвалидность в связи с ДГПЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В РФ инвалидность в связи с УНЗ вносит небольшой вклад в общую инвалидность, но лица с установленной инвалидностью по этим заболеваниям нуждаются в дорогостоящем лечении (пересадка органов, гемодиализ) и дорогостоящих медицинских изделиях для ухода. В связи с этим необходимы профилактические и лечебные усилия, направленные на профилактику и своевременное лечение нефрологических и урологических заболеваний.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Анализ состава мочевых камней

СТРУКТУРА СОСТАВА МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ ЮГА РОССИИ С УЧЕТОМ ТИПОВ И ПОДТИПОВ КОНКРЕМЕНТОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ M. DAUDON

В.А. Скнар, И.А. Абоян, К.А. Ширанов,
С.В. Павлов

*ГБУ РО «Клинико-диагностический центр
«Здоровье», Ростов-на-Дону*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочевые камни, анализ конкрементов, классификация мочевых конкрементов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенофазовым методом (РФА) с 2005 по 2020 г. определен состав 4403 мочевых камней. К настоящему времени исследовано 6668 образцов биоминералов от 6682 пациентов – резидентов преимущественно Южного ФО. С 2019 г. проводим анализ состава конкрементов по классификации M. Daudon, в которой конкременты распределены на семь типов и 22 подтипа (n=1164). При этом известно, что каждый подтип предусматривает свой алгоритм лечения и метафилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ мочевых конкрементов выполнялся на дифрактометрах ДРОН-2.0 (Россия) и ARL X'TRA (Швейцария). Для идентификации типа камня использовалась база данных PDF-2. Далее выполнялось сравнение внешнего вида и среза камня, а также его микроскопической структуры с референтными показателями, согласно классификации M. Daudon. Статистическая обработка результатов проводилась в программе Microsoft Excel, версия 16.69.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего проанализировано 827 конкрементов с учетом их распределения по типам и подтипам. Среди вевеллитов (моногидраты оксалата кальция, тип I; n=475; 57,44%), преобладали подтипы b, c и d. Ведделиты (дигидраты оксалата кальция, тип II; n=85; 10,28%) представлены в основном подтипами b и c. В группе мочекислых и уратных конкрементов (тип III; n=191; 23,1%) резко преобладал подтип a (n=165; 19,95%). В группе фосфатов (тип IV; n=66; 7,98%) значи-

тельно чаще встречался апатит и гидроксилapatит с различной степенью кристаллизации (n=47, 5,7%). Струвитные камни (подтип с) и брусштиты (подтип d) выявлены каждый в девяти случаях (1,08%). В данной выборке обнаружены три образца цистина: два образца подтипа а и один – подтипа b. Как видно, конкременты типов I и II (оксалаты) составили 67,72%. В представленной выборке не встречались камни редкого состава (типы V–VII), что может объясняться относительно небольшим числом пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знание состава мочевых конкрементов с учетом определенного типа и подтипа по классификации M. Daudon наряду с учетом наличия, вида и степени выраженности биохимических нарушений как причин литогенеза является основой построения современной программы индивидуальной метафилактики и медикаментозной терапии уrolитиаза. Полученные нами результаты в целом соответствуют опубликованным данным по встречаемости камней различных типов и подтипов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия.

Рубрика: Мочекаменная болезнь

(МКБ). Базовые исследования и терапия.

Метафилактика.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.О. Сухих⁵, В.А. Малхасян¹, М.А. Газимиев²,
А.Г. Мартов³, Н.К. Гаджиев⁴, Д.Ю. Пушкарь¹

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

²ФГАУ ВО «Первый Московский
государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет),
Москва, Россия

³МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им.
А.И. Бурназяна ФМБА, МНОЦ МГУ им.

М.В. Ломоносова, Москва, Россия

⁴Клиника высоких медицинских
технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО

«Санкт-Петербургский государственный
университет», Санкт-Петербург, Россия
⁵ГБУЗ «Городская клиническая больница
им. С.И. Спасокукоцкого» Департамента
здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, метафилактика,
литолитиз, литолитическая терапия, повторное
камнеобразование.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В урологической практике пациенты с мочекаменной болезнью (МКБ) являются отдельной категорией больных, которые нуждаются в тщательном наблюдении и разработке мер метафилактики, учитывая высокий риск рецидива заболевания и повторных оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью исследования распространенности применения и проблем использования мер метафилактики МКБ было проведено анонимное анкетирование среди российских специалистов. Анкета-вопросник, состоящий из 25 вопросов, направлен по электронной почте более чем 4 тыс. российских урологов. Полностью прошли анкетирование 1238 специалистов. Проведен статистический анализ ответов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным опроса больше половины специалистов – 831 (67,1%) – специализировались на лечении МКБ. Только 521 (69,6%) уролог, специализирующийся на хирургическом лечении МКБ, отдает пациенту фрагмент камня с целью выполнения анализа его химического состава. При этом половина опрошенных респондентов сообщили, что менее 10% пациентов обращаются к ним в дальнейшем для проведения метафилактики. Одной из основных причин невыполнения анализа химического состава камня 877 (70,84%) специалистов указали недоступность выполнения анализа в рамках программы госгарантий, 503 (40,63%) специалиста указали удовлетворенность пациента результатами малоинвазивного хирургического лечения и отсутствие достаточной мотивации к дальнейшему обследованию. При этом менее 3% специалистов имеют возможность выполнять анализ камня в рамках программы госгарантий. Практикуют профилактику повторного камнеобразования 1180 (96,8%) респондентов, но лишь 336 (28,47%) выполняют

комплексное метаболическое обследование всем пациентам с последующим назначением медикаментозной терапии и соответствующей диеты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный нами опрос выявил низкую вовлеченность в процесс консервативного лечения и метафилактики мочекаменной болезни урологов, недостаточно высокую активность урологов в части проведения первичной литолитической терапии уратных камней. Необходимость улучшения знаний и навыков специалистов в данной области.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования.

РОЛЬ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛИТИАЗОМ

М.А. Узденов¹, А.М. Узденов^{1,2},
Дипак Сешадри Рамаратхнам¹

¹ФГБОУ ВО Северо-Кавказская
государственная академия, Медицинский
институт, кафедра хирургических болезней,
г. Черкесск, Россия

²РГБУЗ «Городская клиническая больница»,
г. Черкесск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; сердечно-сосудистые события; инфаркт миокарда; инсульт; метафилактика мочекаменной болезни.

ВВЕДЕНИЕ/АКТУАЛЬНОСТЬ

Результаты современных статистических популяционных исследований демонстрируют повышение вероятности развития инсультов и инфарктов миокарда (ИМ) у пациентов с наличием в анамнезе эпизод камнеобразования, а коморбидность мочекаменной болезни (МКБ) и атеросклероза (АС) для многих исследователей представляется доказанной. При этом многие авторы считают, что метафилактика МКБ может снижать риск ССЗ.

ЦЕЛЬ

Изучение общих патогенетических механизмов МКБ и АС по данным имеющихся исследований и, роли метафилактики МКБ в профилактике ИМ и инсульта у больных уролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Результаты когортных исследований 3 195 452 человек в возрасте старше 18 лет, проведенных канадскими исследователями, продемонстрировали увеличение вероятности развития инсультов и ИМ у пациентов, в анамнезе которых зафиксирован эпизод камнеобразования. Французские исследователи также пришли к аналогичным выводам. Кроме того, они пришли к заключению о том, что МКБ является ранним маркером развития ССЗ, а проведение метафилактики МКБ не только снижает рецидивы камнеобразования, но также является профилактикой развития ССЗ. Учеными из Китая доказано снижение риска развития сердечно-сосудистых катастроф (инфаркта миокарда и инсульта) у пациентов, страдающих МКБ, при проведении им рекомендованной Европейской ассоциацией урологов метафилактики МКБ. Нами, с целью изучения патогенетических механизмов, обуславливающих повышение вероятности развития инсультов и ИМ у пациентов, в анамнезе которых был эпизод камнеобразования, а также роли метафилактики МКБ в профилактике ИМ и инсультов у больных уролитиазом, проведен анализ современных теорий литогенеза и атерогенеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

МКБ и АС можно рассматривать как коморбидные заболевания. Одним из самых значимых звеньев патогенеза как МКБ, так и АС является свободнорадикальное окисление активными формами кислорода. При этом активация ПОЛ инициирует повреждение клеток почечного эпителия, приводя, тем самым, к задержке кристаллов кальция фосфата на клеточной поверхности, формированию бляшек Рэндалла и дальнейшему камнеобразованию.

Согласно оксидативной теории, атеросклероз не связан с дислипидемией. ПОЛ окисляет ЛПНП до измененных ЛПНП. Измененные ЛПНП индуцируют синтез цитокинов, в том числе моноцитарного хемотаксического белка 1 (МХБ1) в клетках сосудов. МХБ1 стимулирует переход моноцитов в подэндотелиальный слой, где моноциты превращаются в макрофаги. Ма-

крофаг поглощает окисленные ЛПНП до образования пенной клетки, что является первичным звеном атерогенеза.

Мы полагаем, что, возможно, свободно-радикальное окисление является вторичным звеном в патогенезе МКБ и АС и, возможно, существуют первичные механизмы, инициирующие свободно-радикальное окисление. В работах ряда авторов показана способность оксалатов инициировать перекисное окисление липидов (ПОЛ), выработку провоспалительных цитокинов, которые повреждают эндотелий сосуда.

В исследованиях ряда других авторов показано, что биохимический фактор риска МКБ мочевая кислота стимулирует образование циклооксигеназы. Кроме того, мочевая кислота, как и оксалаты, способна запускать воспалительные реакции, а также нарушать синтез оксида азота, – основного эндотелиального сосудорасширяющего фактора, обеспечивающего защиту миокарда от ишемии и снижающего артериальное давление.

В ряде исследований авторами установлено, что высокий уровень кальция крови приводит к трансформации гладкомышечных клеток сосудов в остеобласт-подобные клетки при помощи активации факторов транскрипции, что индуцирует выработку костного белка остеопонтин и приводит к кальцификации сосудов.

Таким образом, основные биохимические факторы риска МКБ: кальций, оксалаты и мочевая кислота выполняют роль первичных механизмов, инициирующих свободно-радикальное окисление и развитие атеросклероза. Известно, что АС приводит к стенокардии, ишемической болезни сердца (ИБС), ИМ, инсульту.

При проведении метафилактики МКБ, достигается коррекция метаболических нарушений, что обуславливает устранение первичного механизма инициирования свободнорадикального окисления и, тем самым, профилактику атеросклероза и его серьезных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных МКБ повышен риск развития атеросклероза и его серьезных осложнений: ИБС, инфаркта миокарда, инсульта. Результаты современных исследований свидетельствуют о наличии общих звеньев в патогенезе МКБ и АС, в связи с этим, МКБ может являться ранним маркером развития сердечно-сосудистых событий.

2. Коррекция метаболических нарушений при проведении метафилактики МКБ обуславливает устранение первичного механизма инициирования свободнорадикального окисления и, тем самым, раннюю профилактику атеросклероза и его серьезных осложнений. Таким образом, проведение метафилактики МКБ не только снижает рецидив камнеобразования, но также является ранней профилактикой ССЗ.

3. В настоящее время полного представления о звеньях единого патогенеза МКБ и атеросклероза нет, необходимы дальнейшие исследования для более полного выявления патогенетических взаимосвязей между МКБ и атеросклерозом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования.

ОБЩЕЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.А. Узденов¹, А.М. Узденов^{1,2},
Дипак Сешадри Рамаратхнам¹

¹ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия», Медицинский институт, кафедра хирургических болезней, Черкесск, Россия

²РГБУЗ «Городская клиническая больница», Черкесск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; сердечно-сосудистые события; метафилактика; дисфункция и поражение эндотелия; оксидативный стресс.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Широкое распространение среди населения мочекаменной болезни (МКБ) и связь ее с повышенным риском сердечно-сосудистых событий (ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда (ИМ) и инсультом, как самых частых причин смерти и инвалидизации населения) делает изучение этой взаимосвязи высокоактуальным. *Цель исследования:* проведение анализа взаимосвязи патогенезов МКБ и сердеч-

но-сосудистых заболеваний (ССЗ) по данным имеющихся исследований, для поиска и разработки эффективных методов профилактики и лечения больных МКБ, ИБС, ИМ и инсультом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поиск публикаций для настоящего исследования проводился в электронной базе PubMed и по регистру контролируемых исследований Кокрейна без ограничений по языку и дате публикации (не позднее 01.08.2022). Для поиска использовались следующие ключевые слова и их сочетания: [(nephrolithiasis) OR (kidney calculi) OR (kidney stone) OR (renal stones) OR (renal calculus) OR (kidney stones) OR (kidney calculi) OR (nephrolith) OR (nephrolithiasis)] AND [(coronary heart disease) OR (cardiovascular disease) OR (myocardial ischemia) OR (myocardial infarction) OR (ischemic heart disease) OR (angina pectoris) OR (stroke) OR (CVD) OR (CHD) OR (MI) OR (cardiovascular events)]. Дополнительно проведен ручной поиск с использованием списков литературы из отобранных публикаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты всех четырех метаанализов показали, что МКБ обуславливает повышение риска развития ИБС, ИМ и инсульта на 20–40% (умеренный риск). При этом величина сердечно-сосудистого риска, связанного с МКБ, оказалась более выраженной у молодых людей, чем у пожилых ($p < 0,001$). Скорректированный риск инсульта у больных МКБ нарастает по мере снижения возраста, а самый высокий риск – 1,47-кратный (95% ДИ=1,10–1,96) был у пациентов в возрасте от 20 до 34 лет. В связи с этим исследователи из Франции предлагают рассматривать МКБ как «красный флаг», указывающий на необходимость раннего выявления факторов риска ССЗ и проведение профилактического лечения. Ими также установлено, что метафилактика МКБ не только снижает рецидивы МКБ, но и является профилактикой ССЗ. Китайские исследователи также показали, что проведение метафилактики МКБ снижает риск развития сердечно-сосудистых катастроф. *Существует ряд гипотез об общих механизмах развития МКБ и ССЗ.* Одной из них можно считать теорию Рэндалла, которая связывает начало формирования бляшек Рэндалла с повреждением сосудов почечного сосочка. При атеросклеротическом поражении сосудов почечного сосочка такой сосочек становится очагом и местом об-

разования камней. В метаанализе, проведенном рядом исследователей, показано, что у пациентов с МКБ повышен риск развития атеросклероза, особенно коронарных и каротидных артерий. При повышении риска атеросклеротического поражения артерий значительно повышается частота развития ИБС, ИМ и инсультов.

Рассматриваются и другие возможные общие механизмы развития МКБ и ССЗ: дисфункция и поражение эндотелия; оксидативный стресс; активация остеокластов; нарушение функции почек при МКБ, которое может быть фактором риска ССЗ; повышенный уровень мочевой кислоты крови является фактором риска как МКБ, так и ССЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У пациентов с мочекаменной болезнью повышен риск сердечно-сосудистых событий.
2. Повышенный риск ИМ и инсульта у больных МКБ молодого и среднего возраста – серьезная медицинская и социальная проблема, требующая раннего выявления факторов риска как МКБ, так и ССЗ с целью проведения своевременных эффективных лечебных метафилактических мероприятий.
3. Метафилактика МКБ снижает рецидив камнеобразования, а также способствует профилактике ИМ и инсультов, в связи с чем необходимо продолжить изучение влияния метафилактики МКБ на снижение риска сердечно-сосудистых событий.
4. Урологам и терапевтам следует информировать больных МКБ о повышенном риске возникновения у них ССЗ, необходимости раннего выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний для проведения профилактики ССЗ, в том числе активной и эффективной метафилактики МКБ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь

Рубрика: Хемолиз у коморбидных пациентов

**ПЕРОРАЛЬНЫЙ ХЕМОЛИЗ
У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ
С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ,
ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МОЧЕКИСЛЫМ
УРОЛИТИАЗОМ**

И.В. Феофилов^{1,2}, С.С. Шкуратов^{1,2},
А.К. Почивалов^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «НГМУ»
Минздрава России, Новосибирск, Россия

²Отделение урологическое, ГБУЗ НСО «ГНОКБ»,
Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хемолиз, коморбидный пациент, мочекислый уролитиаз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Камни, состоящие из мочевой кислоты, являются единственными мочевыми конкрементами, которые можно растворить при назначении цитратных препаратов в специально подобранных дозировках. *Цель исследования:* определить оптимальную лечебную тактику при обструкции верхних мочевых путей у коморбидных пациентов с мочекислым уролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное когортное неконтролируемое исследование, проведенное в 2019–2021 гг. В исследование включены 17 пациентов (возраст 59–90 лет), которые были госпитализированы в урологическое отделение по экстренным показаниям с почечной коликой. Критериями включения были: 1) «коморбидность» состояния, обусловленная хронической сердечной недостаточностью – 3 пациента (17,6%), некорригированной артериальной гипертензией – 4 (23,5%), перенесенным инфарктом миокарда давностью менее 6 мес. – 2 (11,7%), анемией средней тяжести – 2 (11,7%), дыхательной недостаточностью – 2 (11,7%), тахиформой мерцания предсердий – 1 (5,9%), политопной желудочковой экстрасистолией – 1 (5,9%), язвенным поражением желудка – 1 (5,9%), острым почечным повреждением на фоне ХБП – 1 (5,9%) (у большинства больных было выявлено два и более сопутствующих соматических заболевания); 2) плотность камня, по данным МСКТ (натив), до 550 НУ. Всем пациентам

выполнено обследование, согласно клиническим рекомендациям, и дренирование мочевых путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Локализация конкрементов: лоханка 4 (23,5%) случая, лоханочно-мочеточниковый сегмент – 3 (17,6%), верхняя треть мочеточника – 2 (11,7%), средняя треть – 3 (17,6%) и нижняя треть – 5 (29,4%). Размеры конкрементов от 7 до 22 мм. Всем больным выполнено дренирование полостной системы почки: катетеризация почки – 2 (11,7%), стентирование – 9 (52,9%), перкутанная нефростомия – 6 (35,3%). Показанием к дренированию явились: рецидивирующий болевой симптом – 3 (17,6%), инфекция мочевых путей и острый пиелонефрит – 8 (47,1%), в остальных 6 (35,3%) случаях, несмотря на купирование почечной колики и отсутствие инфекционно-воспалительных изменений, показанием мы выставили невозможность выполнения плановых оперативных пособий из-за коморбидности пациентов и планируемый хемолиз камней на фоне дренирования мочевых путей с целью профилактики инфекционных осложнений и почечной колики. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии для коррекции соматической патологии, с назначением в том числе цитратной смеси с индивидуальным подбором дозировки под контролем рН мочи на уровне 7,0–7,2 сроком на 1–2 мес. В установленные сроки на повторную госпитализацию по неизвестной причине не явился 1 пациент. Из 16 пациентов, по данным МСКТ (натив), у 15 (93,7%) отмечено отсутствие исходного камня, им стент-катетеры или нефростомы удалены. Одному пациенту со стабилизированной соматической патологией выполнена лазерная контактная уретеролитотрипсия в нижней трети мочеточника. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Литолитическая терапия при мочекислым уролитиазом является высокоэффективным методом лечения больных с данной формой мочекаменной болезни. Оптимальной тактикой у коморбидных пациентов, поступающих по экстренным показаниям с обструктивным синдромом на фоне мочекислового уролитиаза, является дренирование почки стент-катетером или нефростомой и проведение хемолиза цитратными смесями.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: МКБ и нарушение функций эндокринных органов. Оценка исходов, наблюдение и профилактика.

НЕФРОЛИТИАЗ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ

Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин

Кафедра общей хирургии и онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, тиреотоксикоз, феохромоцитомы, хирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сочетание нефролитиаза с заболеваниями эндокринной системы. *Цель исследования:* оценить распространение нефролитиаза с теми же факторами, которым приписывается патогенетическое значение в развитии эндемического зоба.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2010–2022 гг. В исследование включены 1054 пациента с МКБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди наблюдаемых нами больных (1054) с мочекаменной болезнью (МКБ) дисфункция эндокринной системы выявлена почти у каждого четвертого (247 (23,4%) больного). Среди наблюдаемых нами больных нефролитиазом у 106 (10,1%), в том числе у 26 (5,9%) мужчин и у 80 (13,4%) женщин, были заболевания щитовидной железы. Диффузно-токсический зоб (ДТЗ) был у 52, в том числе у 15 (3,26%) мужчин и у 37 (6,22%) женщин, гипотиреоз (ГТ) – у 33, в основном у женщин – 31 (5,21%). Узловой нетоксический зоб (УНЗ) был у 21 (1,9%), в том числе у 9 (1,95%) мужчин и у 12 (2,02%) женщин. У 8 больных имелось сочетание нарушения функций щитовидной железы с сахарным диабетом: у 6 пациентов с ДТЗ и у 2 с ГТ. Сахарный диабет (СД) выявлен у 108 больных, в том числе инсулинозависимый (ИЗСД) у 23 и инсулиннезависимый (ИНСД) у 76 больных. Сочетание моче-

каменной болезни с поражением надпочечников отмечено у 7 больных. При этом у 3 больных был гиперкортицизм, у 2 – гипокортицизм, у 1 – феохромоцитомы и у 1 – синдром Конна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ наших наблюдений показывает возможность сочетания МКБ с нарушениями функции многих эндокринных желез и подтверждает необходимость нормализации тиреоидного, углеводного обмена до удаления конкрементов, а при оказании неотложной помощи учитывать возможность эндокринных кризов.

При сочетании МКБ с патологией околощитовидных желез и надпочечников первоначально устраняется причина заболевания околощитовидных желез и надпочечников, после чего удаляются камни мочевых органов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия.

Рубрика: Опыт лечения инфекционных осложнений после перкутанной нефролитолапаксии.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С КРУПНЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК ПРИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ

Б.В. Ханалиев¹, Д.В. Косарева¹, Е.С. Скрыбин¹, Е.И. Косарев¹, К.П. Тевлин¹, А.Г. Барсегян¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

перкутанная нефролитолапаксия, уросепсис, мочекаменная болезнь, инфекционно-воспалительные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ) в настоящее время является основным мини-инвазивным методом лечения крупных и коралловидных камней почек. Однако ПНЛ может сопровождаться различными осложнениями. Одним из частых осложнений ПНЛ является обострение инфекционно-воспалительного процесса, кото-

рый проявляется воспалительными изменениями в лабораторных анализах и лихорадкой. Внедрение новых подходов при более сложных плановых хирургических вмешательствах снижает количество послеоперационных осложнений. *Цель исследования:* основная цель исследования направлена на разработку путей снижения частоты воспалительных осложнений после ПНЛ по поводу крупных и коралловидных камней почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациенты, которым выполнена ПНЛ в урологическом отделении ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» за период с января 2017 г. по декабрь 2022 г. Объектом нашего исследования была группа больных с крупными камнями почек, стерильным посевом мочи до оперативного вмешательства. Интраоперационно пациентам проводилась антибактериальная профилактика препаратом амоксициллина клавуланат 1200 мг. В основной группе при развитии осложнения антибактериальная терапия назначалась по данным бактериологического исследования фрагмента конкремента, у контрольной группы – эмпирически.

РЕЗУЛЬТАТЫ

120 пациентам с почечными камнями было выполнено ПНЛ, из них мужчин – 56 (46,67%) и женщин – 64 (53,3%). Возраст пациентов колебался от 27 до 70 лет, средний возраст составил $53,5 \pm 8,9$ года. Размеры камня менее 15 мм – 6 (5%), 15–20 мм – 30 (25%), 20–30 мм – 60 (50%), больше 30 мм – 24 (20%). Из всех осложнений, выявленных в ходе исследования, ведущую роль занимали инфекционно-воспалительные. Проводилась неспецифическая антибактериальная терапия пиелонефрита у пациентов с ПНЛ. Данное лечение было использовано у 60 (50%) пациентов, составивших основную группу наблюдения. У пациентов из контрольной группы 60 (50%) с целью лечения послеоперационного пиелонефрита антибактериальный препарат назначался эмпирически до получения данных бактериологического посева мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неспецифическая антибактериальная терапия после ПНЛ у пациентов с клинически подтвержденным пиелонефритом в послеоперационном периоде оказалась более эффективной, ни в одном случае не потребовалась замена препарата после получения данных бактериологического

посева мочи, ускорила выздоровление пациентов, уменьшила продолжительность нахождения в стационаре пациентов после оперативного вмешательства, снизила риск повторного образования инфекционных конкрементов в отдаленном послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Камни мочеточников

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РОСТА МИКРОФЛОРЫ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ УСТАНОВКИ ВНУТРЕННЕГО МОЧЕТОЧНИКОВОГО СТЕНТА

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсегян¹, Е.И. Косарев¹,
Е.С. Скрябин¹, А.В. Иванов¹, Д.В. Косарева¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, стентирование мочеточника, дренирование верхних мочевыводящих путей, бактериологическое исследование мочи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дренирование верхних мочевыводящих путей методом установки мочеточникового стента является одним из методов выбора хирургического лечения пациентов с почечной коликой. Пациентам, подвергшимся стентированию мочеточника, в дальнейшем требуется выполнение уретероскопии. Определение возможного роста микрофлоры при бактериологическом исследовании мочи играет ключевую роль в проведении необходимой терапии. *Цель исследования:* установить частоту встречаемости роста микрофлоры при бактериологическом исследовании моче-пузырной и лоханочной порции мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в 2019–2022 гг. В исследование включены 90 пациентов с почечной коликой, ввиду наличия конкрементов мочеточника >2 и <9 мм в диаметре, в возрасте 20–85 лет. В 100% случаев выполнено успешное стентирование мочеточника (№ 6 Ch). У 55 пациентов выявлено отсутствие конкрементов в почках (I группа), в 35 случаях (38,8%) отмечено наличие конкрементов почек (II группа). Всем пациентам выполнено бактериологическое исследование мочепузырной и отдельно лоханочной (после дренирования) порции мочи. У 69 (76,6%) пациентов при установке мочеточникового стента отмечено поступление мутной мочи с прожилками фибрина, вследствие чего потребовалось проведение антибактериальной терапии по эмпирической схеме. В дальнейшем, после 10 (\pm 7) дней, 55 пациентам (61,1%) проведена контактная лазерная уретеролитотрипсия. Пациентам II группы также выполнена фибронефролитотрипсия по поводу камней почки. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рост микрофлоры при бактериологическом исследовании мочепузырной порции мочи выявлен в 7 (7,7%) случаях: у 2 пациентов I группы (2,2%) и у 5 пациентов II группы (5,5%). Рост микрофлоры при бактериологическом исследовании лоханочной порции мочи выявлен в 30 (33,3%) случаях: у 10 пациентов I группы (18,1%) и у 20 пациентов II группы (57,1%). У всех пациентов II группы, при выявлении микрофлоры при бактериологическом исследовании мочепузырной порции мочи, также отмечено наличие роста бактерий и в лоханочной порции. В сумме рост бактериальной флоры выявлен у 37 пациентов (41,1%). Основными возбудителями являлись: *E. coli* – 25 случаев (67,5%), *E. faecalis* – 10 случаев (27%), другие патогены – 2%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существует два основных метода дренирования верхних мочевыводящих путей – чрескожная пункционная нефростомия и установка внутреннего мочеточникового стента. Основными преимуществами стентирования мочеточника является мини-инвазивность и отсутствие контак-

тирования с внешней средой. Рост микрофлоры в моче в большей степени выявляется у пациентов также с наличием конкрементов почек, что требует проведения антибактериальной терапии перед плановым оперативным вмешательством. Для более объективной оценки данных результаты требуют многофакторного, более детального изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ), ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЯ

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Рубрика: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия.

ВЛИЯНИЕ СОСТАВА КАМНЕЙ ПОЧЕК НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Е.А. Яковец¹, А.И. Губанов²

¹ФГАОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (НГУ)

²ФГБУН «Институт неорганической химии им. А.В. Николаева» СО РАН

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, диагностика, исследование почечных камней.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, и ее распространенность прогрессивно увеличивается. Согласно клиническим рекомендациям, разработанным Российским обществом урологов, для диагностики МКБ анализ минерального состава мочевых камней выполняется методами инфракрасной спектроскопии (ИК) или рентгенофазового анализа (РФА) и инструментальные. Помимо рекомендованных РОУ используются современные методы анализа: газовая хроматография/масс-спектрометрия, атомно-эмиссионная спектрометрия (АЭС) и рентгенов-

ская фотоэлектронная спектроскопия. *Цель исследования:* оценить влияние состава почечных камней на прогноз течения МКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 53 пациента с мочекаменной болезнью в возрасте 18–60 лет, пролеченных в 2020–2022 гг. Для анализа отбирались камни пациентов, которые получали консервативную литокинетическую терапию или перенесли хирургическое удаление камней. Проводился анализ методами ИК-спектрометрии, РФА и АЭС. Методы ИК-спектроскопии и РФА дают схожие результаты количественного анализа. ИК-спектрометрия – очень чувствительный метод и может обнаруживать микропримеси фаз, которые не обнаруживает РФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным АЭС оценивалось содержание в уrolите химических элементов (>18). У некоторых пациентов содержание К, Mg, Zn, Na в уrolите оказалось ниже референсных значений, что говорит о недостатке данных элементов в рационе питания. У одного из пациентов выявлено содержание Cd, что связано с внешними вредными факторами. Методы ИК-спектроскопии и РФА позволяют предположить патологические процессы в организме посредством определения макросостава мочевого камня. АЭС-ИСП позволяет предположить нарушение питания или влияние вредных факторов на пациента посредством определения в уrolите избыточного содержания или недостатка необходимых или ядовитых для человека микроэлементов в сравнении с рассчитанным референсным значением. По данным анализа химического состава мочевых камней, у 40 пациентов основной фракцией является смесь оксалатов кальция, у 13 пациентов основной фракцией является мочевая кислота. По данным анализа микроэлементного состава методом АЭС-ИСП, было показано, что почти у всех пациентов присутствует недостаток магния в мочевых камнях, соответственно, мы предполагаем его недостаток в рационе питания. Магний является ингибитором камнеобразования, связывая в моче анионы щавелевой кислоты, тем самым предотвращая образование нерастворимых оксалатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным анализа состава камней почек, превалирует содержание в уrolитах смеси оксалатов кальция. Предложен новый метод определе-

ния микроэлементного состава почечного камня – АЭС-ИСП, по данным которого обнаружено снижение содержания в камнях магния, цинка, выявлено содержание токсических элементов. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: МКБ: хирургия

ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО И ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРОВ, А ТАКЖЕ ВОЛОКОН РАЗНЫХ ДИАМЕТРОВ (150 И 200 МКМ) В РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

К.Р. Азильгареева¹, М.С. Тараткин¹, В.С. Петов¹,
А.О. Морозов¹, С.Х. Али¹, Д.И. Бабаевская¹,
Д.О. Королев¹, Vincent De Coninck²,
Г.Н. Акопян¹, Cesare Marco Scoffone³,
Д.В. Чиненов¹, А.А. Андросов⁴,
Harun Fajkovic^{5,6}, David Lifshitz^{7,8}, Olivier Traxer⁹,
Д.В. Еникеев^{1,5,6}

¹ *Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

² *Department of Urology, AZ Klina, Brasschaat, Belgium.*

³ *Department of Urology, Cottolengo Hospital, Torino, Italy*

⁴ *Сеченовский университет, Москва, Россия*

⁵ *Department of Urology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria*

⁶ *Karl Landsteiner Institute of Urology and Andrology, Vienna, Austria*

⁷ *Division of Urology, Rabin Medical Center, Petach Tikva, Israel*

⁸ *Sackler School of Medicine, Tel-Aviv University, Tel Aviv, Israel*

⁹ *GRC #20 Lithiase Urinaire, Sorbonne University, Hôpital Tenon, Paris, France*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА :

ретроградная интравенальная хирургия, тулиевый волоконный лазер, Но: YAG, мочекаменная болезнь, лазерные волокна.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: 1) сравнить суперимпульсный тулиевый волоконный лазер (SP TFL) и гольмиевый лазер (Ho:YAG) в ретроградной интратанальной хирургии (РИРХ); 2) сравнить эффективность суперимпульсного тулиевого волоконного лазера с волокнами разных диаметров (150 и 200 мкм) в РИРХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное рандомизированное исследование включены пациенты с камнями в почке от 10 до 20 мм. Пациенты рандомизированы в три группы РИРХ: 1) SP TFL (Уролаз, НТО «ИРЭ-Полус», Россия) с диаметром волокна 150 мкм; 2) SP TFL с диаметром волокна 200 мкм; и 3) Ho:YAG (Lumenis, США) с диаметром волокна 200 мкм. Применяемые режимы: 0,5 Дж и 30 Гц; 0,15 Дж и 200 Гц. Процедуры проводились пятью опытными хирургами в лазерной литотрипсии. Определены плотность камня и его размер, продолжительность операции, время работы лазера (LOT). С помощью КТ через три месяца после операции оценен показатель stone-free (SFR). Расчет выборки пациентов осуществлялся методом «не меньшей эффективности». Т-критерий Стьюдента или Колмогорова-Смирнова, однофакторный дисперсионный анализ и U-критерий Манна-Уитни использованы, где это уместно. Значение $p=0,05$ было выбрано в качестве статистически значимого порога.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В период с января 2020 г. по октябрь 2021 г. включены 96 пациентов с камнями в почках для проведения РИРХ с использованием SP TFL с 150-мкм волокном (34 пациента) и 200-мкм волокном (32 пациента) и РИРХ с использованием Ho:YAG (30 пациентов). Медиана времени работы лазера была минимальной в группе SP TFL с 200-мкм волокном (9,2 [6,2–14,6] мин). Аналогичные результаты были получены при использовании SP TFL с 150-мкм волокном (11,4 [7,7–14,9] мин, $p=0,390$), в то время как более длительное время было отмечено в группе использования Ho:YAG (14,1 [10,8–18,1] мин, $p=0,021$). Похожие результаты получены в отношении общего количества энергии, потребляемой для SP TFL с 200-мкм (8,4 [5,8–15,2] кДж), SP TFL с 150-мкм (10,8 [7,3–13,5] кДж, $p=0,626$) и для Ho:YAG (15,2 [11,1–25,3] кДж, $p=0,005$). Длительность операции в группе SP TFL с 150-мкм составила

60,2±20,1 мин, в SP TFL с 200-мкм 74,4±26,3 мин, ($p=0,044$), в Ho:YAG 90,0±31,8 мин, ($p=0,006$). Через три месяца у пациентов не было обнаружено крупных фрагментов (>2 мм). Частота послеоперационных осложнений 1–2 степени по шкале Clavien-Dindo составила 2,1% (два пациента).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от типа и плотности камня, РИРХ с использованием SP TFL показала свою эффективность и безопасность, в то время как использование миниатюрных волокон потенциально может сократить длительность операции. SP TFL приводит к сокращению LOT и общей потребляемой энергии для дробления камней в РИРХ по сравнению с Ho:YAG. Показатель stone-free и частота осложнений были сравнимы между двумя лазерами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: МКБ, хирургия, перкутанная нефролитотомия

СРАВНЕНИЕ ДИРЕКТИВНОЙ ПУНКЦИИ С ТРАДИЦИОННОЙ МЕТОДИКОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ

Г.Н. Акопян, Ф.И. Турсунова, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, перкутанная нефролитотомия, хирургия, директивная пункция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время для лечения пациентов с камнями почек 2–3 см рекомендуется перкутанная нефролитотомия (ПНЛ), на первом этапе операции которой устанавливается торцевой катетер в верхние мочевые пути с целью контрастирования чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Модификацией классической методики ПНЛ является директивная пункция, когда пункция ЧЛС проводится напрямую с помощью ультразвуковой или рентгеноскопической навигации без пред-

варительного контрастирования ЧЛС. *Цель исследования:* сравнить эффективности и безопасность традиционной методики ПНЛ с директивной пункцией ЧЛС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 2021 г. по март 2023 г. 80 пациентов были рандомизированы в две группы – традиционная методика ПНЛ и директивная пункция (по 40 участников в каждой). Первичной конечной точкой было время операции. В качестве вторичных конечных точек оценивались количество и длительность пункций, частота избавления от камней (SFR), кровопотеря, послеоперационные осложнения и сроки госпитализации. Для оценки частоты избавления (SFR) от камней пациентам проводилась компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости через день после операции. Кровопотерю оценивали, как разницу между уровнем гемоглобина до и через 24 часа после операции. Послеоперационные осложнения оценивались по шкале Clavien-Dindo. Статистический анализ проводился с использованием t-теста или критерия Манна-Уитни для сравнения количественных признаков и метода χ -квadrat, для сравнения качественных признаков.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время операции было меньше в группе директивной пункции в среднем на 18,3 мин ($p < 0,05$) за счет этапа пункции. Количество и длительность пункции между группами не отличались, в среднем время пункции – 2,14 мин. Частота избавления от камней (SFR) не отличалась между группами (90,53% против 92,32%, $p = 0,234$). Кровопотеря значимо не отличалась между группами (9,24 против 11,4, $p = 0,113$). Осложнения I и II степени были зарегистрированы в четырех случаях, сравнимы между двумя группами ($p = 0,75$), тяжелые осложнения III и IV не встречались. Сроки госпитализации были сопоставимы между группами ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пункция без предварительного этапа дренирования ЧЛС безопасна и эффективна по сравнению с традиционной методикой, дает преимущество во времени оперативного вмешательства.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ, хирургия, перкутанная нефролитотомия

СРАВНЕНИЕ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ С СУПЕРМИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Г.Н. Акопян, Ф.И. Турсунова, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт, П.В. Глыбочко

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, перкутанная нефролитотомия, мини-перкутанная нефролитотомия, супермини-перкутанная нефролитотомия, хирургия, кожух для активной аспирации.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: сравнить эффективности и безопасность мини-перкутанной нефролитотомии (мини-ПНЛ) с супермини-ПНЛ (СМП) при лечении камней почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 2021 г. по март 2023 г. 130 пациентов были рандомизированы в две группы – мини-ПНЛ и СМП (по 75 участников в каждой). Первичной конечной точкой было время операции. В качестве вторичных конечных точек оценивались частота избавления от камней (SFR), кровопотеря, послеоперационные осложнения и сроки госпитализации. Для оценки частоты избавления (SFR) от камней пациентам проводилась компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости через день после операции. Кровопотерю оценивали по уровню гемоглобина до и через 24 часа после операции. Послеоперационные осложнения оценивались по шкале Clavien-Dindo. Для выполнения СМП применялся модифицированный кожух для мини-ПНЛ с ответвлением для активной аспирации. Статистический анализ проводился с использованием t-теста или критерия Манна-Уитни для сравнения количественных признаков

и метода χ -квадрат, для сравнения качественных признаков.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее (SD) время операции было значительно меньше в группе СМП: 35,3 (12,01) мин против 24,12 (11,53) мин ($p < 0,001$). Частота избавления от камней (SFR) не отличалась между группами (92,53% против 94,32%, $p = 0,354$). Разница между уровнем гемоглобина после операции была сопоставима между группами (142 против 131, $p = 0,113$). Частота тяжелых осложнений III и IV была сравнима между двумя группами 2 и 3 соответственно ($p = 0,75$). Сроки госпитализации были меньше в группе СМП, но статистически не значимо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СМП сопоставима с мини-ПНЛ по безопасности и эффективности. В то же время, при применении кожуха с активной аспирацией (СМП) отмечается уменьшение времени операции. Таким образом, этот метод предпочтителен для хирургического лечения камней почек.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь, оперативное лечение

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК

Г.Н. Акопян, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть,
Ф.И. Турсунова, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт,
П.В. Глыбочко

*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека. Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мультиперкутанная нефролитотрипсия, гибкая уретерореноскопия, коралловидный камень, комбинированная интравенальная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на большие достижения в применении малоинвазивных эндоурологических методов лечения коралловидных камней почек не до конца

освещены преимущества и недостатки эндоскопической комбинированной интравенальной хирургии (ECIRS) при коралловидных камнях почек. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность ECIRS по сравнению с мультиПНЛ при коралловидных камнях почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности ECIRS ($n = 26$) и мультиПНЛ ($n = 27$) при коралловидных камнях почек. ECIRS выполнялась из одного доступа 17,5 СН в положении пациента лежа на спине с разведенными ногами в комбинации с гибким одноразовым уретероскопом. МультиПНЛ выполнялась из двух доступов 17,5 СН у 18 пациентов, из трех доступов у девяти пациентов. Средний размер камня в группах составлял $41,4 \pm 1,5$ и $39,7 \pm 1,8$ мм соответственно, плотность от 760 до 1320 HU (средняя плотность 1194 ± 172 HU и 1210 ± 168 HU соответственно). Оценивалась эффективность вмешательства, продолжительность пребывания в клинике и осложнения. Для оценки частоты избавления от конкрементов (SFR) на следующий день и через три месяца после оперативного вмешательства пациентам выполнялась низкодозная компьютерная томография.

РЕЗУЛЬТАТЫ

SFR в группе ECIRS составила 94%, в группе мультиПНЛ 89%, продолжительность пребывания в клинике была более длительной в группе мультиПНЛ ($6,28 \pm 1,3$ дня по сравнению с ECIRS: $3,45 \pm 1,92$ дня). Частота осложнений были выше в группе мультиПНЛ (18,6%), тогда как в группе ECIRS этот показатель составил 8,9%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ECIRS обеспечивает более эффективное SFR и является более безопасным методом по сравнению с мультиПНЛ, так как вызывает меньше осложнений, уменьшает сроки госпитализации и может быть использована в качестве альтернативы при лечении коралловидных камней почек.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочекаменная болезнь, оперативное лечение

**ПРОСПЕКТИВНОЕ
РАНДОМИЗИРОВАННОЕ
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
МИНИ-ПНЛ И ГИБКОЙ УРС
ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК ОТ 2 ДО 3 СМ**

Г.Н. Акопян, Х.Х. Давронбеков, Е.В. Шпоть,
Ф.И. Турсунова, М.А. Газимиев, Л.М. Рапопорт,
П.В. Глыбочко

*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека. Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мини-перкутанная нефролитотрипсия, гибкая уретерореноскопия, камни почек.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом выбора оперативного лечения камней почек больше 2 см является перкутанная нефролитотомия (ПНЛ). Гибкая уретерореноскопия (гибкая УРС) показала высокую эффективность и безопасность при камнях почек до 2 см. В литературе встречаются единичные работы, посвященные ретроградной гибкой хирургии при камнях почек больше 2 см, а результаты этих работ весьма противоречивые. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность гибкой УРС по сравнению с ПНЛ при камнях почек от 2 до 3 см.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности гибкой УРС (n=64) и ПНЛ (n=69) при камнях от 2 до 3 см. Гибкая УРС выполнялась с использованием одноразовых инструментов. ПНЛ выполнялась из мини-доступа (мини-ПНЛ) 17,5 СН. Средний размер камня в группах составлял 24,2±1,4 мм и 26,4±1,6 мм соответственно, плотность – от 869 до 1522 НУ (средняя плотность – 1291±175 НУ и 1344±145 НУ соответственно). Оценивалась эффективность вмешательства, продолжительность пребывания в клинике и осложнения. Для оценки частоты избавления от конкрементов (SFR) на следующий день

и через три месяца после оперативного вмешательства пациентам выполнялась низкодозная компьютерная томография.

РЕЗУЛЬТАТЫ

SFR в группе гибкой УРС составила 92%, в группе мини-ПНЛ 95%, продолжительность пребывания в клинике больше в группе мини-ПНЛ (ПНЛ: 5±2 дня по сравнению с гибкой УРС: 2,0±1,0 дня). Частота осложнений была выше в группе мини-ПНЛ (5,4 и 11,6%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гибкая УРС обеспечивает сопоставимый с мини-ПНЛ процент успеха, уменьшает срок госпитализации, вызывает меньше осложнений и может быть использована в качестве альтернативы при лечении камней почек до 3 см.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Дистанционная литотрипсия

**КОНКРЕМЕНТЫ ЧАШЕК:
ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ
НЕ ХУЖЕ ЭНДОСКОПИИ!/?/...**

С.М. Алфёров, С.А. Левицкий, В.А. Кривицкий

*ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой»
УД Президента РФ, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

дистанционная литотрипсия; мочекаменная болезнь; эндоурология

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы подход к лечению мочекаменной болезни (МКБ) претерпел существенные изменения. Заметно сократились сроки пребывания больных с МКБ в стационарах урологического профиля за счет уменьшения времени обследования и снижения инвазивности и травматичности методов лечения. Еще несколько лет назад у большинства больных дезинтеграция камней достигалась проведением дистанционной литотрипсии (ДЛТ). Однако в последние годы все чаще при чашечных конкрементах предпочтение отдается эндоскопическим методам – чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ) и ретроградной интратенальной хирургии (РИРХ). Это связано как с совершенствованием эндоскопических методик, так и с обеспечением клиник необходи-

мым оборудованием (стоимость оборудования для ДЛТ в разы выше стоимости эндоскопических инструментов). Несмотря на то, что по данным рекомендаций EAU 2022 г. при чашечных конкрементах <2 см (с некоторыми оговорками) предпочтительным методом является ДЛТ, а эндоурологические вмешательства представлены как альтернативные, в настоящее время в стационарах Москвы соотношение применения данных методик ~ 70/30 в пользу эндоскопии, и данное соотношение продолжает изменяться не в пользу ДЛТ. В нашей клинике практикуются все методы хирургического лечения МКБ. Мы проанализировали эффективность ДЛТ при чашечных конкрементах и пришли к выводу, что данный метод в настоящее время необоснованно отодвигается на второй план.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группу мониторинга составили 1011 (24% от общего числа пациентов) больных с МКБ, проходивших лечение в отделении урологии с 2020 по 2022 г. 364 (36%) больным выполнена дистанционная литотрипсия (ДЛТ) на литотриптере Dornier S II. Выполнено 582 сеанса (1,6 сеанса на одного больного). 77 пациентам проведено 103 сеанса (в среднем 1,3 сеанса на одного пациента) ДЛТ конкрементов чашек (7,6% от общего числа больных с МКБ, 21% пациентов, подвергнутых ДЛТ).

100% больных выполнялась нативная МСКТ и экскреторная урография. Данные методы диагностики позволяют определять точные размеры, локализацию и плотность конкрементов, оценить строение ЧЛС, планировать эффективность ДЛТ. Определение денситометрических показателей камня позволяет диагностировать не визуализируемые при обзорной урографии слабоконтрастные конкременты (до 200 HU).

Размер чашечных конкрементов составлял: 0,6–1 см – 47 пациентов (61%), 1–1,5 см – 26 пациентов (34%), 1,5–2 см – 3 пациента (3,8%), >2 см (размер конкремента составлял 25 мм, пациент категорически отказался от предложенной мини-перкутанной НЛТ) – 1 пациент (1,2%). Плотность конкрементов составляла от 680 HU до 1670 HU (в среднем 1280 HU). 31 пациенту (40%) предварительно был установлен катетер-стент, в 100% случаев предварительному дренированию подвергались пациенты с конкрементами мочеточника и/или ЛМС, а миграция конкремента в чашечку отмечалась при установке катетера-стента. Дистанцион-

ная литотрипсия осуществлялась на литотриптере Dorniere S II, сеансы проводились без анестезиологического сопровождения под медикаментозной седацией. При этом полная фрагментация конкрементов отмечена в 100% случаев, а геморрагических осложнений не отмечено ни в одном случае. У 6 пациентов (~8% случаев) отмечено формирование «каменной дорожки», потребовавшее проведения уретероскопии и эндоскопического удаления фрагментов конкремента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на совершенствование эндоскопических методов извлечения пациентов от конкрементов почек, данные методы все же имеют значительно больший процент осложнений, нежели дистанционная литотрипсия. Мы убеждены, что преобладание выбора эндоурологических методик над ДУВЛ связано в большей степени с отсутствием возможности выбора у пациентов. Крайне редко врачи-урологи владеют и ДУВЛ, и эндоурологическими методами и могут предложить пациенту оптимальный метод. Чаще, ввиду значимого преобладания числа эндоурологов над специалистами ДЛТ, выбор делается по принципу «чем владею, тем и лечу», что зачастую противоречит клиническим рекомендациям. Высокая эффективность ДЛТ, возможность проведения сеанса без анестезиологического сопровождения, минимальная лучевая нагрузка на пациента (в среднем ~ 0,8 мЗв) и отсутствие лучевой нагрузки на медперсонал позволяют дистанционной ударноволновой литотрипсии оставаться методом выбора при чашечных конкрементах размером до 2 см.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Контактная литотрипсия камней мочевого пузыря. Оценка необходимой длительности излучения лазера.

О ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ КОНТАКТНОЙ ТУЛИЕВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

И.А. Арбузов¹, И.В. Феофилов², С.А. Рахимов¹, В.С. Чернега³

¹Урологическое отделение, ГБУЗ «Городская больница № 9» Минздрава России, Севастополь, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, Новосибирск, Россия

³Кафедра «Информационные системы», ФГАОУ ВО «СевГУ» Минобрнауки России, Севастополь, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ; тулиевая литотрипсия; длительность работы лазера; прогнозирование.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продолжительность литотрипсии определяется длительностью воздействия лазерного излучения на камень (LT – laser time) и длительностью дополнительных затрат, связанных с извлечением фрагментов литотрипсии, потерей времени на промывание области дробления и на коррекцию положения лазерного волокна из-за смещения камня, происходящего вследствие дыхательной экскурсии и проч. Важнейшим из этих параметров является время работы лазера LT. Дополнительные затраты на процедуру литотрипсии могут быть учтены путем введения коэффициента дополнительных затрат. *Цель исследования:* получить формулу расчета времени работы лазера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В процессе проведенных исследований были проанализированы научные публикации в отечественных и зарубежных специализированных изданиях с 2002 по 2022 г. включительно, относящиеся к области лазерной литотрипсии вообще и к тулиевой волоконной лазерной литотрипсии в частности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время работы лазера T_{LT} , требуемое для полно-

го разрушения мочевого конкремента массой m , предложено вычислять путем деления массы конкремента, на произведение удельной величины потери массы камня на 1 джоуль (Дж) затраченной энергии γ на энергию E_i и частоту F_i лазерных импульсов. Масса конкремента определяется на основе объема и плотности камня, полученных при проведении компьютерной томографии.

Авторами данного абстракта проведены работы по оценке коэффициента удельной величины потери массы камня на 1 Дж затраченной энергии на основе экспериментальных данных скорости уменьшения массы мочевых конкрементов (абляции), измеряемой в мг/сек, в зависимости от частоты следования импульсов тулиевого литотриптера либо от мощности лазерного излучения, приведенных в научных статьях и проспектах фирм, выпускающих тулиевые волоконные лазеры. Расчет коэффициента удельных затрат осуществлялся нами путем деления скорости абляции на среднюю мощность излучения, которую можно вычислить путем произведения энергии импульса на частоту следования. В результате обработки данных получено, что средняя величина удельной величины потери массы камня на 1 Дж затраченной энергии тулиевых лазеров $\gamma=0,061\pm 0,015$ мг/Дж.

Время работы лазера рассчитывается по формуле $T_{LT}=m / (\gamma \times F_i \times E_i)$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе полученного авторами коэффициента удельной величины потери массы камня на 1 Дж затраченной энергии можно оценить время работы лазера для полного разрушения камня в мочеоточнике и время операции в целом. Это позволит осуществить оптимальный выбор оперативной тактики, анестезиологического пособия, а также более рационально спланировать загрузку операционного помещения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочекаменная болезнь. Операции на верхних мочевых путях.

ЛАЗЕРНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ЧЕРЕЗ ДВА МИНИ-ПЕРКУТАННЫХ ДОСТУПА ПРИ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК

К.М. Арбулиев², Г.А. Биларов¹, Г.Д. Гаджиев¹,
О.А. Раджабов¹, Г.М. Османов¹, Д.П. Гаджиев¹

¹*Отделение рентгенэндоурологии ГБУ РД «Республиканский урологический центр»,
Махачкала*

²*Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ»
Минздрава России, Махачкала, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ; мини-нефроскоп; тулиевый волоконный лазер; ЧПНЛ; мини-перкутанная нефролитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мини-перкутанная нефролитотрипсия является закономерным продолжением развития перкутанных малоинвазивных методов разрушения почечных камней. Использование во время операции инструментария с меньшим диаметром минимизирует повреждение паренхимы, уменьшает риск геморрагических осложнений. Входное отверстие на коже всего 5 мм, в этом преимущество данной методики перед стандартной ПНЛ. Как правило, мини-перкутанная нефролитотрипсия выполняется через одну из нижних или средне-задних чашечек. Однако при коралловидных камнях одиночный доступ через эти группы чашечек не всегда позволяет извлечь осколки камней из труднодоступных участков ЧЛС и добиться состояния полного очищения от осколков камней (SFR). В связи с этим создание дополнительного доступа через верхние чашечки может улучшить результаты нефролитотрипсии. Доступ в ЧЛС через верхние чашечки сам по себе технически удобен, через него легче ввести инструмент до пиелoureтерального сегмента без повреждения паренхимы почек, легче добиться полного очищения ЧЛС от камней, особенно при камнях в нижней группе чашечек. В связи с этим мини-перкутанная нефролитотрипсия с созданием дополнительного доступа через верхние чашечки может обеспечить более каче-

ственное очищение почек от фрагментов камня. Однако при высоком перкутанном доступе существует опасность повреждения печени, селезенки, плевральных синусов. *Цель исследования:* изучение эффективности и безопасности тулиевой лазерной нефролитотрипсии через два мини-перкутанных доступа при коралловидных камнях почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование в ГБУ РД «Республиканский урологический центр», г. Махачкала в период с 2021 по 2023 г. Проанализированы истории болезни 18 пациентов с коралловидными камнями почек, которым проводилась лазерная ПНЛ через два мини-перкутанных доступа, из них было 6 мужчин и 12 женщин в возрасте $42 \pm 7,2$ года. Для уточнения диагноза всем больным проводилось УЗИ почек и МСКТ с контрастированием и 3D-реконструкцией.

Операция у 80% больных проводилась под перидуральной анестезией, а у 20% больных – под ЭТН. Всем больным предварительно устанавливался мочеточниковый катетер 6sh. Операции проводили в положении больного на животе. Создание доступов проводилось под ультразвуковым и рентген-телевизионным контролем с контрастированием через пункционную иглу и ретроградно – через мочеточниковый катетер. Дополнительный доступ в верхние чашечки у 16 больных проводился через 12-е, а у 2 больных – через 11-е межреберье.

В ходе операции использовался мини-нефроскоп фирмы Karl Storz Ch-12, лазерный литотриптер FiberLase U2, в качестве источника энергии применялось лазерное волокно толщиной 300 мкрн, мощность импульсов 20–25 Вт. Литотрипсия проводилась в режиме фрагментации.

В послеоперационном периоде осложнения оценивали по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo.

Для изучения коэффициента очищения почки от камней SFR на третьи сутки всем больным проводили нативную МСКТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При создании дополнительных доступов через 11-е и 12-е межреберья не отмечено ни одного случая повреждения плевры, печени, селезенки. Средний размер конкрементов – $39,3 \pm 22,8$ мм, плотность – 1228 ± 255 HU. Среднее время опе-

рации – 98±21 мин, время эндоскопической части – 46±25. Осложнения по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo: осложнения I степени – 14 пациентов, II степени – 0, III степени – 0, IV степени – 0, V степени – 0. По данным МСКТ, выполненной на вторые сутки, SFR достиг 95–100%. Отмечено всего четыре случая повреждения слизистой оболочки ЧЛС, в 10 случаях была преходящая гематурия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мини-перкутанная нефролитотрипсия при коралловидных камнях почек через два доступа, несмотря на некоторое увеличение лучевой нагрузки и интенсивности болей в послеоперационном периоде, позволяет добиться более высокого SFR. При этом не наблюдается существенного повышения количества осложнений. Наличие у специалистов большого опыта выполнения пункционных доступов позволило избежать повреждения плевры, печени, селезенки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь. Этиология, диагностика. Лечение: инвазивное, профилактика.

ПРОБЛЕМА ИНКРУСТАЦИИ И КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СТЕНТИРОВАНИИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

К.М. Арбулиев³, Н.М. Гусниев³,
М.У. Усманов¹, С.С. Малеев¹, М.О. Азизов¹,
З.Ш. Зайнулабидов¹, Р.М. Раджабов²,
С.Г. Саидов², З.Г. Гамзатов², П.А. Муртазалиева²,
Т.Ю. Ахмедов², М.А. Магомедов², М.Р. Аммаев²

¹ГБУ РД «Республиканский урологический центр», Махачкала

²Отделение урологическое, ГБУ РД «Республиканская клиническая больница № 2», Махачкала, Россия

³Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ, цистоскоп, мочеточниковый JJ-стент, РИРХ, дистанционная литотрипсия, контактная цистолитотрипсия, пункционная нефролитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Внутреннее дренирование мочевых путей с помощью мочеточниковых JJ-стентов проводят при обтурации мочеточников камнями, после сеансов дистанционной литотрипсии (ДЛТ), при контактной уретеролитотрипсии, при оперативном устранении сужений мочеточников, при паллиативном лечении опухолей, перед гинекологическими и проктологическими операциями. По мере увеличения частоты стентирования происходит пропорциональное увеличение числа осложнений, связанных с ними, особенно при их длительном нахождении. Поэтому в последние годы на повестке дня стоит насущная проблема «забытых стентов» и осложнений, связанных с длительным стентированием: инкрустация, обструкция, камнеобразование, миграция стентов, фрагментация, катетер-ассоциированная инфекция, уросепсис, гидронефроз. *Цель исследования:* описание долгосрочных последствий длительного стентирования, а также систематизация методов их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное неконтролируемое мультицентровое исследование проведено в ГБУ РД «РУЦ» и в отделении урологии, ГБУ РД «Республиканская клиническая больница № 2» г. Махачкала в период с 2021 по 2023 г. Изучены истории болезни 45 пациентов с инкрустацией и камнеобразованием при длительном стентировании мочеточников JJ-стентами, из них 22 мужчины и 23 женщины. Средний возраст пациентов – 50,27±19 лет. Время пребывания JJ-стентов в мочевых путях: 1 мес. – у 8; 2 мес. – у 6; 3 мес. – у 12; 4 мес. – у 2; 5 мес. – у 6; 11 мес. – у 1; 1 год – у 4; 3 года – у 2; 5 лет – у 2; 8 лет – у 2 больных. С целью диагностики проводилось УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ с 3D-реконструкцией. Для проведения ДЛТ применяли литотриптер Modulith slk фирмы Storz Medikal. Для разрушения камней мочеточников применяли уретероскопы LithoVue (BostonScientific), Innovex (Umitex), тулиевый лазерный литотриптер FiberLase U2, источник энергии – лазерное волокно – 200 мкн, мощность импульсов – 20–25 Вт.

При камнях почечной лоханки в ходе ЧПНЛ использовался мини-нефроскоп фирмы Karl Storz Ch-12, литотриптер FiberLase U2, источник энергии – лазерное волокно – 300 мкн. В постопераци-

ционном периоде осложнения оценивали по модифицированной классификации Clavien-Dindo. С целью изучения коэффициента очищения почки от камней SFR и фрагментов JJ-стентов на третьи сутки всем больным проводили эхо-сонографию, обзорную урографию и нативную МСКТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний размер резидуальных конкрементов – 15,6±9,8 мм, средняя плотность – 540,2±84 НУ. В период с 2017 по 2018 г. проведены всего две открытые операции – пиелолитотомия по поводу оторванных завитков стента и крупных камней. ДЛТ проведено 18 больным, среднее время сеанса – 30 мин, количество импульсов – 3000, количество сеансов от одного до трех, у всех больных дезинтеграция камней, стент удален при цистоскопии. Цистолитотрипсия проведена четырем больным с камнями на пузырьных завитках. РИРХ применяли восьми больным с камнями верхней трети мочеточников, за одну процедуру разрушили камни и извлекали стент. ЧПНЛ применяли при камнях лоханки и оторванном завитке стента, всего ЧПНЛ проведено шестерым больным. Осложнения по классификации Clavien-Dindo: осложнения I степени – 35 пациентов, II степени – 0, III степени – 0, IV степени – 0, V степени – 0. По данным урографии и МСКТ, выполненных на третьи сутки, SFR достиг 95–100%. В 35 случаях была преходящая гематурия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение в практику малоинвазивных методов лечения МКБ позволяет отказаться от открытых операций. После установки мочеточникового стента уролог должен поддерживать связь с пациентами, регулярно приглашать их для рентгеноскопического и УЗИ-контроля за положением стентов, регулярно менять их, проводить контрольные анализы мочи и крови. Важно настроить пациентов на ответственное отношение к своему здоровью, необходимость регулярного посещения уролога.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Мочекаменная болезнь, диагностика, хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь, диагностика, хирургия

МЕСТО МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ

С.В. Беломытцев^{1,2}, С.В. Котов¹, С.В. Данилов², Ф.З. Вафин², Р.А. Асриян², Н.М. Агаев²

¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ ФГАОУ «РНИМУ им Н.И. Пирогова», Москва, Россия

²Отделение урологии ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, почечная колика, мини-перкутанная нефролитотомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Традиционно перкутанная нефролитотомия воспринималась как плановое оперативное пособие и не рассматривалась как хирургическое пособие первой линии у пациентов с рецидивирующей почечной коликой. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность выполнения мини-перкутанной нефролитотомии по срочным показаниям у пациентов с рецидивирующей почечной коликой, обусловленной конкрементами лоханки или верхней трети мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении ГКБ им. В.В. Виноградова в период с июля 2017 г. до декабря 2022 г. выполнено 933 мини-перкутанные нефролитотомии (мини-ЧПНЛ). Анализу подверглись 683 пациента, предоставившие данные компьютерной томографии в послеоперационном периоде. Средний возраст пациентов составил 52,7 года (19–91 год). Соотношение мужчин и женщин составило 5:3. Среди пациентов, подвергшихся мини-ЧПНЛ 389 (57%) пациентов госпитализированы в экстренном порядке с рецидивирующей почечной коликой, остальные 294 (43%) – в плановом порядке. Среди экстренных пациентов 254 (65,3%) подверглись хирургическому лечению – мини-ЧПНЛ в течение одних суток нахождения в стационаре по срочным показаниям.

Пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – 294 пациента, госпитализированные в плановом порядке; 2-я группа – 254 паци-

ента, поступившие в экстренном порядке и прооперированные в течение одних суток от момента госпитализации; 3-я группа – 135 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке, с купированной почечной коликой и перенесших операцию на вторые сутки и более от момента госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота полного избавления от камней была наибольшей при одиночных камнях и составила 94,4%, при множественных – 82,0%, а при коралловидных – 68%. При оценке эффективности выполнения мини-ЧПНЛ во всех группах сохранялись те же тенденции. Так, в группе операций по срочным показаниям эффективность при одиночных камнях составила 93,4%, при множественных – 78,4%, при коралловидных – 72,2%. Аналогичные показатели для плановых операций составили 96,2; 88,5 и 67,4% соответственно. В группе операций по отсроченным показаниям – 92,8; 82,9% в группе множественных и 62,5% в группе коралловидных камней.

Послеоперационные осложнения, показатели гемоглобина и средний койко-день представлены в таблице.

Таблица. Послеоперационные осложнения

	Кол-во	Время операции	Осложнения						Гемоглобин до/после операции, г/л	Койко-день
			Clavien I		Clavien II		Clavien IIIa			
			n	%	n	%	n	%		
Плановая госпитализация	294	102 (30–230)	10	3,4	1	0,3	3	1	131/127	4,1 (1–11)
Мини-ЧПНЛ по срочным показаниям	254	86 (35–180)	7	2,7	1	0,4	1	0,4	128/125	4 (1–9)
Отсроченная мини-ЧПНЛ	135	93 (45–120)	4	2,9	0	0	1	0,7	129/122	4,2 (2–7)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании представленных результатов, выполнение мини-перкутанной нефролитотаксии по срочным показаниям пациентам с obstructивными камнями почки и верхней трети мочеточника является эффективным и безопасным методом лечения, позволяющим снизить частоту повторных госпитализаций, длительность госпитализации, в результате этого – стоимость лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия.

Рубрика: Бездренажная ПНЛТ. Оценка эффективности и безопасности надреберного доступа.

ОПЫТ СУПРАКОСТАЛЬНОЙ БЕЗДРЕНАЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ «РЖД-МЕДИЦИНА», КРАСНОЯРСК

А.Г. Бережной^{1,2}, С.С. Дунаевская^{1,2},
А.В. Ершов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

²ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», Красноярск

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

супракостанальная ПНЛТ, бездренажная ПНЛТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Использование супракостанального доступа при выполнении ПНЛТ обеспечивает наиболее простой доступ к верхней чашечке и рекомендуется при наличии сложных камней почки. Тем не менее данная методика сопряжена с повышенным риском повреждения окружающих органов и должна использоваться только в редких случаях. *Цель исследования:* оценка возможных рисков и осложнений при использовании супракостанального доступа при бездренажной ПНЛТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 56 пациентов, которым выполнялась надреберная ПНЛТ в урологическом отделении ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск с января 2018 г. по декабрь 2022 г. Бездренажная ПНЛТ была выполнена у 42 пациентов из 56 (75%). Во всех случаях выполнялся супракостанальный до-

ступ, а у 20 пациентов дополнительно формировался второй рабочий канал в стандартном положении ниже 12-го ребра.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ни у одного из пациентов не было зарегистрировано повреждение плевры, легкого, селезенки или печени за период нашего наблюдения. Нами оценивалась эффективность ПНЛТ для двух групп пациентов: супракостальной группы без нефростомии и супракостальной группы с установленным нефростомическим дренажом в конце оперативного лечения. Результаты показали, что SFR для супракостальной группы без нефростомии составила 90%, в то время как в супракостальной группе с наружным дренированием этот показатель был 64% ($p < 0,05$). Общий показатель SFR в исследовании составил 83,9%. Не было статистически значимых различий в продолжительности пребывания в стационаре между двумя группами пациентов, однако группа без нефростомии требовала меньше обезболивающих препаратов (два дня против четырех дней в группе с нефростомическим дренажом). Общая частота осложнений составила 12,5%, причем чаще всего встречались инфекционно-воспалительные осложнения, которые были купированы консервативно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Надреберная бездренажная ПНЛТ может быть безопасной и эффективной процедурой при условии тщательного анатомического позиционирования, адекватной пункции полостной системы почки и опытным операторе. В нашем исследовании при выполнении пункции в 11 межреберье, бездренажная ПНЛТ не связана с увеличением внутригрудных осложнений, что подчеркивает важность выбора данного доступа для минимизации нежелательных явлений и повышения безопасности проводимой операции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия.

Рубрика: Перкутанная нефролитотрипсия.

Оценка эффективности и безопасности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАНДАРТНОЙ И БЕЗДРЕНАЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

А.Г. Бережной^{1,2}, С.С. Дунаевская^{1,2},
А.В. Ершов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

²ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»,
Красноярск

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

коралловидный нефролитиаз, перкутанная нефролитотомия, бездренажная ПНЛТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

До недавнего времени установка нефростомического дренажа в полостную систему почки была стандартной опцией для перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ), однако приводила к необходимости дополнительного обезболивания, продолжительному пребыванию в стационаре и другим нежелательным побочным эффектам. В последние десятилетия были предприняты попытки модификации ПНЛТ путем применения антеградной установки мочеточникового стента и отказа от нефростомии. *Цель исследования:* оценка эффективности и безопасности бездренажной ПНЛТ по сравнению со стандартной методикой ПНЛТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование представляет собой ретроспективный анализ данных 50 пациентов с крупными камнями в ЧЛС и коралловидным нефролитиазом, которым была выполнена ПНЛТ в урологическом отделении ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», Красноярск с декабря 2021 г. по декабрь 2022 г. Пациенты были разделены на две группы: группа I, состоящая из 21 пациента, где использовалась стандартная ПНЛТ, и группа II, состоящая из 29 пациентов, где в конце операции применялась установка мочеточникового стента без наружного дренирования. Группы пациентов были сравнены с точки зрения количества камней, потребности в наркотических анальгетиках, уровня гемоглобина до и после операции, времени операции, показателя Clavien-Dindo, продолжительности госпитализации и SFR. Для статистического

анализа использовались критерий хи-квадрат для качественных переменных и t-критерий Стьюдента для количественных переменных. Значение $p < 0,05$ считалось значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты из группы II имели более короткий койко-день ($7,5 \pm 1,5$ дня), чем пациенты из группы I ($8,7 \pm 2,1$ дня, $p < 0,05$). Группа бездренажной ПНЛТ имела более длительное время операции ($47,5 \pm 12,8$ мин.), но у нее был более высокий показатель SFR (89,7%). Кроме того, наркотический анальгетик использовался у всех пациентов в группе с нефростомией и только у 4 (13,8%) пациентов в группе без нефростомы. Обострение хронического пиелонефрита было отмечено у 4 (19,0%) пациентов из группы со стандартной ПНЛТ и у 6 (20,6%) пациентов из группы с внутренним дренированием. У всех пациентов из группы I клиника пиелонефрита была устранена усилением антибактериальной терапии, а у 2 пациентов из группы II было необходимо удалить стент и провести нефростомию для достижения адекватного дренирования и предотвращения рефлюкс-пиелонефрита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлено, что ПНЛТ без наружного дренирования является безопасной альтернативой стандартной ПНЛТ и имеет преимущества в сокращении продолжительности пребывания в стационаре и ранней мобилизации пациентов. Однако принятие окончательного решения о методике элиминации конкрементов должно основываться на индивидуальном подходе к каждому пациенту, учитывая его особенности и риски.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Современные подходы

хирургического лечения мочекаменной болезни.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ НЕФРОЛИТИАЗА

А.Г. Бережной^{1,2}, А.В. Ершов^{1,2}, Т.В. Черепанова²

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

²ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», Красноярск

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хирургическое лечение МКБ, уролитиаз, ДУВЛ, перкутанная нефролитолапаксия, уретероскопия, КЛТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В России ежегодно проводится около 250 тыс. операций по поводу уролитиаза, из которых в 30% случаев пациенты получают высокотехнологичную медицинскую помощь, при этом количество эндоскопических операций ежегодно растет. *Цель исследования:* оценка результатов лечения пациентов с МКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе были обследованы 1212 пациентов обоего пола в возрасте от 19 до 82 лет, страдающих МКБ (при этом возрастная медиана была на уровне 54 [37; 69] лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) является полуамбулаторной процедурой, относящейся к стационару одного дня. ДУВЛ была выполнена 574 пациентам ($46,29 \pm 1,42\%$). При правильном выборе лечения у $93,72 \pm 1,01\%$ (538) случаев это было единственное лечение, которое привело к разрушению мочевого камня и отхождению его фрагментов. В $6,38 \pm 0,88\%$ (36) случаев после выполнения сеанса ДУВЛ потребовалось проведение уретероскопии и контактной литотрипсии (КЛТ). Вторым по частоте методом оперативного лечения ($26,45 \pm 1,84\%$ случаев) являлась перкутанная нефролитолапаксия, применяемая в качестве основного метода лечения МКБ у 328 пациентов. Уретероскопия, КЛТ была выполнена 279 пациентам, что составило $21,9 \pm 1,13\%$, дополнительная необходимость в стентировании мочеточника понадобилась 5 пациентам. У $0,81 \pm 0,25\%$ (10) пациентов для купирования пиелонефрита была наложена перкутанная нефростома. В $1,29 \pm 0,32\%$ (16) случаев была выполнена чресфистульная нефролитолапаксия у пациентов с ранее наложенной перкутанной нефростомой. Уретеролитотомия была выбрана в качестве метода лечения у 5 пациентов ($0,40 \pm 0,18\%$), на фоне атаки калькулезного пиелонефрита. В 9 случаях ($0,73 \pm 0,24\%$) потребовалось выполнение пиелотомии по поводу коралловидных камней, осложненных гнойным пиелонефритом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Правильный выбор тактики оперативного лече-

ния пациентов с уролитиазом приводит к уменьшению сроков лечения и реабилитации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь: эффективность хирургического лечения

НЕОБХОДИМОСТЬ СМЕНЫ РЕЖИМОВ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

А.З. Винаров, А.М. Дымов, С.Х. Али, Ю.А. Ли, П.А. Числов

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, лазерная литотрипсия, тулиевый волоконный лазер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сегодня лазерное излучение применяется при всех видах оперативных вмешательств по поводу мочекаменной болезни (МКБ), а для таких пособий, как контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) и ретроградная интравенальная хирургия (РИРХ), является единственно возможным вариантом разрушения камня. *Цель исследования:* оценить применимость и универсальность рекомендуемых режимов лазерного излучения при выполнении чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), КУЛТ и РИРХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное с декабря 2022 г. по март 2023 г. в стенах Клиники урологии им. Р.М. Фронштейна. В исследование были включены все пациенты, которым выполнялись оперативные пособия по поводу МКБ: ЧНЛТ, КУЛТ, РИРХ. Все операции выполнялись пятью хирургами с большим опытом эндоурологических вмешательств по поводу МКБ. Универсальность предложенных на сегодняшний день режимов тулиевого волоконного лазера (ТВЛ) для литотрипсии была определена нами как отсутствие необходимости смены параметров лазерного излучения. Для оценки этой универсальности нами регистри-

ровались данные о параметрах исходных режимов лазерного излучения, о наличии или отсутствии необходимости в смене режима, количестве смен режимов. Также были зафиксированы данные о локализации конкрементов, их размерах и относительной плотности по шкале Хаунсфилда. Статистическая обработка данных производилась при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics версия 26.0.0.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включены 89 пациентов, из них РИРХ выполнялась в 45 наблюдениях, КУЛТ – в 23 наблюдениях, ЧНЛТ – в 19 наблюдениях. Смена режимов лазерного излучения была зафиксирована в 38% случаев. Всего необходимость подбора режима возникла в 34 случаях, при этом наиболее часто в процентном соотношении эта необходимость была отмечена нами при выполнении ЧНЛТ (n=11), а наименьшее число смен режимов было зафиксировано при выполнении КУЛТ (n=13). Для каждого типа операций группы были поделены в зависимости от наличия или отсутствия необходимости изменения исходного режима. Статистически значимых различий в продолжительности операций, времени работы лазера, медианах величин затраченной энергии на 1 мм³, частоте наличия резидуальных конкрементов между группами получено не было. Всего отсутствие признаков конкремента при повторном КТ исследовании составило 90% в группах ЧНЛТ и РИРХ и 95% – КУЛТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Помимо линейных размеров и относительной рентгеновской плотности мочевые камни обладают целым комплексом морфометрических и физико-химических характеристик, многообразие которых делает невозможным определение единого, равно эффективного для всех случаев режима лазерного излучения для литотрипсии.

Благодарности/Источники финансирования

Данное исследование осуществляется при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта № 22-75-10100.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь, диагностика и хирургия

Рубрика: Хирургия мочекаменной болезни

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ОДНО- И ДВУСТОРОННЕЙ
 ГИБКОЙ УРЕТЕРОСКОПИИ.
ПРОСПЕКТИВНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

Н.К. Гаджиев¹, А.Д. Петров¹, А.Г. Шкарупа¹,
Д.Д. Шкарупа¹, И.А. Горгоцкий¹, И.А. Лабетов¹,
В.А. Малхасян², В.А. Воробьев³

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный университет» – Клиника
высоких медицинских технологий им.
Н.И. Пирогова, 199034, Россия, Санкт-
Петербург, Университетская наб., д. 7–9

²Московский государственный медико-
стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Россия, Москва,
Дедегатская ул., 20

³ФГБОУ ВО «Иркутский государственный
медицинский университет» МЗ РФ, 664003,
Россия, Иркутск, ул. Красного восстания, 1

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, ретроградная гибкая интра-ренальная хирургия, двусторонняя гибкая интра-ренальная хирургия, лазер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гибкая уретероскопия (УРС) с лазерной литотрипсией является «золотым стандартом» малоинвазивного лечения у пациентов с камнями почек до 20 мм. В настоящее время нет объективных данных о безопасности билатеральных вмешательств. *Цель исследования:* изучение результатов двусторонней гибкой УРС (Д-УРС) в сравнении с односторонней гибкой УРС (О-УРС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с июля 2022 г. по декабрь 2022 г. в исследование включены результаты 80 пациентов, распределенных на две группы. Пациентам 1-й группы (n=40) выполнялась О-УРС, пациентам 2-й группы (n=40) – Д-УРС. Исходные показатели в группах сопоставимы, однако в группе Д-УРС на 39% чаще встречались множественные камни (p>0,002) и на 28% чаще камни находились в нижних группах чаш (p>0,001). Ранее

перенесенные вмешательства также чаще наблюдались у пациентов 1-й (Д-УРС) группы. Показанием для операции было наличие камня размерами до 20 мм.

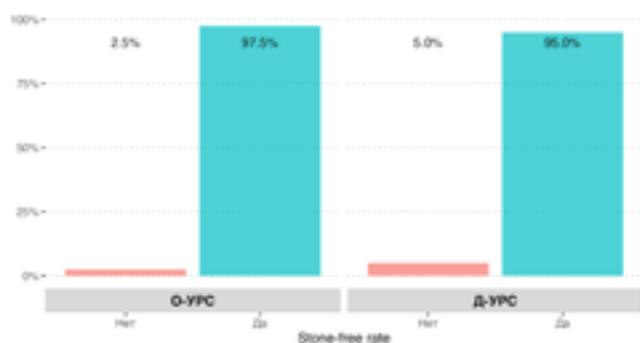
РЕЗУЛЬТАТЫ

Частоты полного освобождения от камней в группах не различались и составила 95 и 97,5% соответственно (p>0,9). Серьезных осложнений уровня Clavien III–V не было отмечено в обеих группах (p>0.9).

Таблица. Результаты оперативного лечения

Характеристика	О-УРС, n=40	Д-УРС, n=40	p-value
Общее время операции	61±30	83±27	<0,001
Показатель полного освобождения от камней	39 (97,5%)	38 (95%)	>0,9
Креатинин плазмы на 2-е сут.	88±16	84±20	0,2
Резидуальные камни менее 2 мм	0 (0%)	3 (7,5%)	0,2
Резидуальные камни более 2 мм	1 (2,5%)	2 (5,0%)	>0,9
Послеоперационный койко-день	1,45± 1,45	1,95± 0,96	<0,001
Кожух 0 – нет, 1 – да	17 (42%)	27 (68%)	0,025
Внутренний мочеточниковый стент после операции	40 (100%)	40 (100%)	>0,9

Частоты полного освобождения от камней в группах не различались и составила 95 и 97,5% соответственно (p>0.9). Серьезных осложнений уровня Clavien III–V не было отмечено в обеих группах (p>0.9).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Д-УРС является безопасным и эффективным методом лечения пациентов с двусторонними камнями почек, позволяющим удалить камни за одну анестезию с обеих сторон. Эти вмешательства позволяют снизить общую длительность и стоимость лечения, а также обеспечить быстрое восстановление трудоспособности. Требуется дальнейшие исследования для определения роли двусторонней гибкой УРС в хирургическом лечении пациентов с билатеральным нефролитиазом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Тактика лечения пациентов с инкрустированными/ «забытыми» стентами, исходы.

НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНКРУСТИРОВАННЫМИ/ «ЗАБЫТЫМИ» СТЕНТАМИ

Н.А. Гончаров^{1,3,4}, А.А. Кузнецов^{2,3},
Е.А. Морозов^{2,3,4}.

¹Кафедра медицины катастроф ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

³ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград, Россия

⁴ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград, Россия

КЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, стентирование, стент, инкрустация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема «забытых» стентов является актуальной. После установки стентов могут появиться

ся требующие коррекции стент-зависимые симптомы. После установки стента при несоблюдении сроков стентирования, из-за особых повышенных литогенных свойств мочи происходит инкрустация стента. *Цель исследования:* оценка эффективности и результатов лечения пациентов с инкрустированными/ «забытыми» стентами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении ГБУЗ «ВОКБ № 1» с января 2019 г. по декабрь 2022 г. находились на лечении 16 пациентов с инкрустированными/«забытыми» стентами. Данное осложнение встретилось в 1,8% случаев на 869 стентирований за этот промежуток времени. Средний возраст пациентов составил $43,4 \pm 16,2$ года. Распределение по полу: 11 (68,75%) женщин и 5 (31,25%) мужчин. Сроки стентирования составляли от 5 до 62 месяцев, средний срок – 17,3 месяца. Причины первичного стентирования: острый пиелонефрит – 4 (25%) случая, гестационный пиелонефрит и уретерокаликоскопия беременных – 5 (31%), мочекаменная болезнь (МКБ) и операции по поводу МКБ – 7 (44%) случаев. Перед поступлением выполнялось: УЗИ и МСКТ мочевыводящих путей, бакпосев мочи и общеклиническое обследование. При инкрустации почечного завитка стента (до 5 мм) выполнялось эндоскопическое удаление стента. При инкрустации (от 5 до 15 мм) почечного завитка выполнялась ДУЛТ. При инкрустации почечного завитка более 15 мм выполняли чрескожную пункционную нефролитотомию (ПНЛ). При инкрустации пузырного завитка более 1 см выполнялась цистолитотрипсия. При наличии инкрустации в мочеточниковой части стента выполнялась контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе выявлено: у 10 (62,5%) пациентов выполнялось удаление стента в один этап, а у 6 (37,5%) пациентов – в два этапа. В один этап выполнялось цистолитотрипсия – 4 (25%), цистолитотрипсия и КУЛТ – 6 (37,5%). В два этапа произведено: цистолитотрипсия и ПНЛ – 3 (18,75%) пациента, цистолитотрипсия и КУЛТ и ДУВЛТ – в 2 (12,5%) случаях, ДУВЛТ+КУЛТ – 1 (6,25%) случай. В 15 (93,75%) случаях операции и послеоперационный период были без осложнений. В 1 (6,25%) случае после операции возникли осложнения IV класса, согласно классификации хирур-

гических осложнений Clavien-Dindo, с развитием острого пиелонефрита и бактериотоксического шока. Во всех случаях удалось достичь stone free результата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стенты являются очень важным инструментом в работе уролога. Однако в ряде особенных случаев сами стенты при длительном стентировании, особых литогенных свойств мочи и/или уреазобразующей инфекции могут стать серьезным осложнением. Лечение данного осложнения представляют собой особо сложную задачу, требующую нестандартного и многоэтапного подхода.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Резидуальные камни

ВОЗМОЖНОСТИ И ЛИМИТЫ SECOND-LOOK НЕФРОСКОПИИ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Д.С. Горелов¹, И.Е. Маликиев¹, В.М. Обидняк¹, А.А. Мищенко¹, Н.К. Гаджиев², С.Б. Петров¹

¹*НИИ ХиНМ ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург*

²*Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) является «золотым стандартом» лечения пациентов с крупными (более 20 мм) камнями почек и одним из основных методов лечения при камнях менее 20 мм, согласно клиническим рекомендациям Российского общества урологов (РОУ) и Европейской урологической ассоциации (EAU). По данным различных исследований, частота полного освобождения почки от камня при данном виде лечения варьируется от 55 до 90%. Резидуальные камни (РК) почек являются актуальной проблемой современной эндоурологии, удаление РК может быть сопряжено с техническими трудностями. Использование уже имеющегося доступа к полостной системе почки после ПНЛ (Second-look нефроскопия) позволя-

ет избежать необходимости создания дополнительного чрескожного доступа при удалении РК. *Цель исследования:* оценка эффективности удаления резидуальных камней почек после перкутанной нефролитотрипсии при second-look доступе с использованием ригидного и гибкого инструментов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 85 пациентов, у которых после перкутанной нефролитотрипсии выявлен одиночный резидуальный камень размером не более 20 мм, диагностированный по результатам МСКТ. Всем пациентам была выполнена ECIRS с использованием second-look доступа, проведена фиброинспекция полостной системы почки гибким уретерореноскопом через антеградный и ретроградный доступ. Проведена оценка эффективности удаления резидуальных камней почек при second-look доступе ригидным нефроскопом в зависимости от угла расположения камня по отношению к оси нефростомического хода. Проведен сравнительный анализ эффективности инспекции полостной системы почки гибким уретерореноскопом при антеградном и ретроградном доступе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Вероятность удаления камня ригидным инструментом статистически значимо ассоциирована с углом расположения камня по отношению к оси нефростомического хода. При величине угла менее 65 град. вероятность удалить камень при помощи ригидного инструмента стремилась к нулю ($p < 0,0001$). При величине угла от 65 до 90 град. вероятность составляла 35,3% ($p = 0,0596$). Если угол между осью нефростомического хода и камнем составлял 90–110 град., камень удалось удалить в 83,3% случаев ($p = 0,0017$). Угол более 110 град. позволял удалить камень в 100% случаев ($p < 0,0001$). Вероятность достижения всех чашечек почки при ревизии полостной системы с использованием гибкого уретерореноскопа была статистически значимо ассоциирована с доступом ($p = 0,0002$). При антеградном доступе удалось осмотреть все чашечки у 63 пациентов (74,1%). Применение ретроградного доступа позволило выполнить инспекцию всех чашечек у 80 пациентов (94,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность удалить камень ригидным инструментом при second-look доступе зависит от угла

между камнем и осью нефростомического хода. Она стремится к нулю при значениях угла менее 65 град. и достигает 100% при углах более 110 град. Ретроградный доступ при использовании гибкого эндоскопа для инспекции полостной системы почки более эффективен, чем антеградный, так как позволяет достичь все чашечки на 20% чаще.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Профилактика осложнений ПНЛ: стандарты и инновации

МИНИМИЗАЦИЯ ИНТРАОРГАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ – СТАНДАРТЫ И ИННОВАЦИИ

П.В. Глыбочко, Н.Е. Калинин, Д.О. Королев,
С.Х. Али, А.М. Дымов, Д.В. Чиненов,
Г.Н. Акопян, М.А. Газимиев

*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

Пункционный доступ – важнейший этап перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ). Благодаря внедрению малотравматичной иглы MG удалось уменьшить повреждения паренхиматозных структур при пункционном доступе, что было доказано в экспериментальном сравнительном морфологическом исследовании. Ключевой особенностью малотравматичной иглы является наличие бужирующего атравматичного (отсутствуют режущие грани) мандрена-бульба, выступающего за пределы остроконечной канюли. Целью работы является определение эффективности пункционного доступа иглой MG в условиях перкутанной нефролитотрипсии по сравнению со стандартными доступами иглами Chiba или Troakar. В проспективном исследовании проанализированы результаты лечения 126 пациентов. В основной группе было 63 (50%) пациента, которым выполнена ПНЛ малотравматичным пункционным доступом с применением иглы MG (МИТ, Россия), в контрольной группе – пункции стандартными иглами Chiba или Troakar (Coloplast A/S, Дания). Дополнительно выполнено разделение на подгруппы, исходя из использованного инструмен-

тария (макси-ПНЛ и мини-ПНЛ). Демографические и предоперационные данные между группами статистически не различались ($p > 0,05$), однако по результатам исследования статистически ниже был процент падения гемоглобина (HGB) в основной группе (5,8% против 8,5% соответственно; $p = 0,009$), особенно за счет подгруппы мини-ПНЛ (3,5% против 6,8%; $p = 0,024$). Частота осложнений по классификации Clavien-Dindo статистически не различалась ($p = 0,302$), но тяжелые (IIIa степени) осложнения в контрольной группе были у пяти пациентов, а в основной только у одного. Благодаря использованию малотравматичной иглы MG во время перкутанной нефролитотрипсии удалось снизить осложнение в виде интраоперационного кровотечения (потерю гемоглобина) и уменьшить вероятность развития тяжелых осложнений.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Профилактика осложнений ПНЛ: стандарты и инновации

РАЦИОНАЛЬНОЕ ТРЕХМЕРНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ НА ПРИМЕРЕ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ: КАЛИКОВЕНОЗНАЯ ФИСТУЛА

П.В. Глыбочко, Н.Е. Калинин, С.Х. Али,
Е.А. Безруков, М.А. Газимиев

*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

Кровотечение является серьезнейшим осложнением при перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), одной из редчайших причин которой является каликовенозная фистула. Сообщение собирательной и венозной систем почки обладает риском как выраженной макрогематурии, так и заброса мочи в венозное русло. Поступление мочи в кровотоки чревато развитием гемодинамических нарушений, вплоть до коллапса с последующей остановкой сердца. С целью профилактики осложнений перкутанной нефролитотрипсии важным аспектом является анализ анатомических особенностей почки на основании трехмерного моделирования компьютерной томографии с внутривенным контрастированием. На

примере наблюдения из практики пациентки Ж., 53 года, у которой после мини-перкутанной нефролитотрипсии по поводу коралловидного камня правой почки с применением стандартной пункционной иглы Chiba по результатам интраоперационной антеградной пиелоуретерографии диагностировано поступление контрастного вещества из нижней группы чашечек в заднюю сегментарную вену правой почки, выполнен разбор и анализ диагностики и лечения каликовенозной фистулы. С целью уменьшения интраоперационного повреждения паренхиматозных структур, показано выполнение анализа трехмерного моделирования почки на основании МСКТ, особенно у пациентов с коралловидным камнем, позволяющее рационально спланировать тактику хирургического лечения и минимизировать вероятность осложнений.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь, диагностика и хирургия

Рубрика: Контактная литотрипсия при камнях нитинолового стента мочеточника. Оценка результатов

КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ НИТИНОЛОВОГО СТЕНТА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Б.К. Комяков¹, А.М. Загазев¹, Е.О. Стецик²

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

²Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Мариинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

обструкция мочеточника, эндопротезирование мочеточника, нитиноловый стент, камни нитинолового стента, контактная литотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рецидивные протяженные сужения пиелоуретерального сегмента (ПУС) и различных отделов мочеточника являются показанием к выполнению реконструктивных операций. При их неэффективности методом выбора может быть установка нитиноловых стентов, которые позволяют восстановить проходимость верхних мочевых

путей (ВМП). Однако для этих стентов характерна инкрустация, приводящая к обструкции их просвета. *Цель исследования:* оценка эффективности эндоскопического лечения больных с инкрустацией нитинолового эндопротеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нитиноловые стенты установлены 72 больным с протяженными стриктурами ПУС и различных отделов мочеточника. У 38 (52,8%) из них показанием к операции были рецидивные стриктуры, а у 34 (47,2%) – опухолевые обструкции ВМП. У 14 (19,4%) больных проводилось эндопротезирование ПУС, у 12 (16,7%) проксимального и у 32 (44,4%) тазового отделов мочеточника. У 14 (19,4%) пациентов имела место стриктура нижней и средней трети мочеточника. У больных с онкологической обструкцией мы не наблюдали случаев инкрустации эндопротеза, так как больные умирали в среднем за 14 мес. (9–18 мес.) наблюдения. Обструкция эндопротеза за счет инкрустации за средний период наблюдения (26 мес.) диагностирована у 5 (6,9%) больных. В одном случае камень образовался в лоханочном конце стента, в другом случае конкремент нижней чашки мигрировал и вклинился в проксимальный конец эндопротеза. Таким образом, нарушение проходимости стента выявлено у 7 (9,7%) больных с рецидивными стриктурами ПУС. У них верхний конец нитинолового стента располагался в лоханке на 1,0 см выше ПУС, постоянно контактировал с мочой, что, на наш взгляд, увеличивает риск инкрустации. Выполнена контактная литотрипсия с удалением камней и временным дренированием ВМП обычным стентом. У 3 больных использовался перкутанный, у 4 – трансуретральный ретроградный доступ. Фрагментацию камня проводили пневматическим литотриптером, так как ультразвуковой и лазерные литотриптеры приводят к нагреванию нитей эндопротеза и их деструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты контактной литотрипсии и реканализации эндопротеза были успешными у 6 больных. В одном случае эффективность пневматической литотрипсии была низкой, а использование лазерного литотриптера привело к нарушению структуры нитинолового эндопротеза. Поэтому нам пришлось полностью его извлечь и установить стандартный мочеточниковый стент. Данная молодая пациентка ранее неод-

нократно подвергалась хирургическим вмешательствам на ПУС (лапароскопическая и открытая пиелопластика, трижды эндопиелотомия). В дальнейшем ей была выполнена успешная пластика буккальным лоскутом. Остальные пациенты находятся под динамическим наблюдением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение проходимости нитинолового стента за счет мигрировавшего камня или инкрустации является одним из отдаленных осложнений эндопротезирования мочеточника, которое чаще наблюдается при сужениях ПУС. Контактная пневматическая литотрипсия позволяет удалить камень, сохранить структуру нитинолового стента и восстановить проходимость ВМП.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь, диагностика и хирургия

Рубрика: Гибкая пиелолитотрипсия при камнях подковообразной почки. Оценка результатов

РЕТРОГРАДНАЯ ГИБКАЯ ПИЕЛОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

Б.Г. Гулиев^{1,2}, М.У. Агагюлов¹,
А.Э. Талышинский², А.А. Андрианов¹

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Маршинской больницы, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, лечение, гибкая пиелолитотрипсия, ретроградная интратренальная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подковообразная почка (ПП) нередко ассоциируется с обструкцией пиелоретерального сегмента и нефролитиазом. Ретроградная интратренальная хирургия (РИРХ) становится одним из основных методов лечения крупных камней ПП. *Цель исследования:* изучение результатов РИРХ при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике РИРХ выполнена 12 больным с камнями ПП. Мужчин было 9, женщин – 3, средний возраст составил $44,5 \pm 12,0$ лет, размер

камня – 1,6 см. У 9 больных был диагностирован солитарный камень лоханки диаметром до 2,0 см, у остальных – конкремент лоханки и нижней чашки. Камень в 7 (58,3%) случаях диагностирован справа и в 5 (41,7%) – слева. У 2 больных ранее выполнялась неуспешная ПНЛ ввиду невозможности пункции полостной системы, один пациент перенес дистанционную литотрипсию. Престентирование мочеточника использовалось во всех случаях. Спустя 2 недели после этого проводилась РИРХ камня ПП. После извлечения эндоскопа по проводнику устанавливали мочеточниковый кожух, по нему гибкий уретероскоп заходили в полостную систему почки и выполняли пиелокаликоскопию. При локализации камня в нижней чашке петлей Дормиа смещали его в лоханку для более удобной литотрипсии и исключения травматизации дистальной части эндоскопа. Из-за плохого отхождения фрагментов при ПП после литотрипсии максимально их удаляли, устанавливали мочеточниковый стент.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем больным удалось выполнить ретроградную гибкую уретеропиелоскопию с лазерной литотрипсией. Среднее время операции составило 75 ± 28 мин. Интраоперационных осложнений не было, послеоперационная лихорадка наблюдалась в 2 (16,7%) случаях. После лазерной литотрипсии все осколки были удалены у 9 (75,0%) больных. У 3 (25,0%) пациентов оставались резидуальные фрагменты. Повторная РИРХ была выполнена у 2 больных, один пациент отказался от повторного вмешательства. Эффективность РИРХ у больных с камнями ПП после двух сеансов составила 91,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гибкая уретеропиелоскопия с лазерной литотрипсией позволяет с высокой эффективностью и минимальным процентом осложнений удалить камни подковообразной почки.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Эндоурология

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УСПЕХ УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИИ

С.П. Даренков¹, Е.А. Пронкин^{1,2},
А.М. Домникова², В.А. Новиков², И.Э. Мусаев²

¹Кафедра урологии Управления делами
Президента РФ ЦГМА, Москва, Россия

²ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. акад.
Ю.М. Лопухина, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия, мочекаменная болезнь.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контактная уретеролитоэкстракция остается современным и эффективным методом выбора из-за бавления пациентов от конкрементов верхних мочевых путей. Преимущества метода заключаются в минимальной инвазивности, коротким временем послеоперационного восстановления, малым количеством осложнений. *Цель исследования:* сравнить и оценить плотность мочеточника, конкремента и его местоположение на успех выполнения уретеролитоэкстракции, а также оценить клиничко-лабораторные данные перед выполнением уретеролитотрипсии.

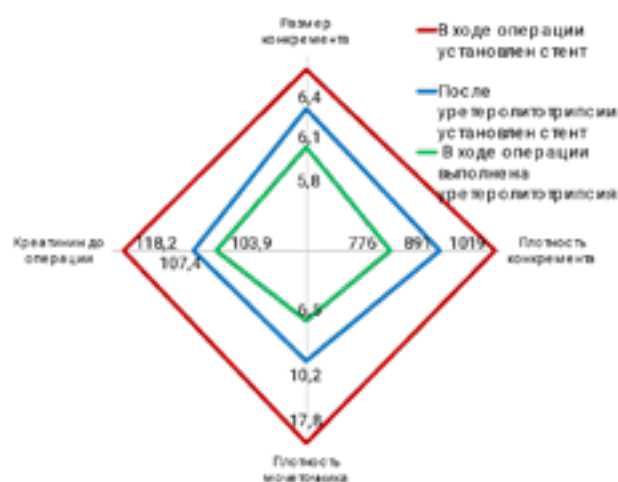
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января по декабрь 2022 г. произведено 125 уретеролитотрипсий, 42 – у женщин и 83 – у мужчин. Уретероскопия проводилась с помощью уретероскопа компании Olympus 7 СН; литотрипсия проводилась с помощью аппарата Shock Pulse SE2. Оценивались такие параметры, как размеры конкрементов, время операции, плотность конкремента и плотность мочеточника под камнем по шкале НУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных пациенты были разделены на группы. 1-я группа – выполнена уретеролитотрипсия (97 чел.); 2-я группа – установлен стент (28 чел.), 3-я группа – после уретеролитотрипсии установлен стент (43 чел.).

Рисунок. Основные показатели и их влияние на ход операции



У 77,6 % пациентов удалось выполнить уретеролитотрипсию конкремента, из них у 34,4% после выполнения уретеролитотрипсии потребовалась установка мочеточникового стента.

В зависимости от анатомического положения конкремента (в в/3 мочеточника – у 17,53%, в с/3 мочеточника – у 25,77% и в н/3 мочеточника – у 56,7%) была успешно выполнена уретеролитотрипсия. В ходе проведения оценки данных компьютерной томографии было отмечено, что плотность мочеточника была значимо выше у пациентов с имеющимися анатомическими девиациями мочеточника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из важных критериев для оценки успеха операции является плотность мочеточника, измеряемая по шкале Хаунсфилда. Повышенная плотность мочеточника под камнем является одним из параметров, негативно сказывающихся на выполнении оперативного пособия. Высокие показатели креатинина крови у пациентов перед предстоящей уретеролитотрипсией должны быть приняты во внимание. Рутинное измерение плотности мочеточника под камнем при выполнении МСКТ может являться дополнительным параметром для выбора метода оперативного лечения.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ, робот-ассистированная хирургия

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГОЛЬМИЕВАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ

С.Н. Еременко¹, А.Н. Еременко¹,
 А.В. Симонович¹, В.П. Долгополов¹,
 И.А. Алиев^{1,2}

¹Отделение урологии, андрологии
 и урогинекологии, Клинический медицинский
 многопрофильный центр Святителя

Луки ФГАОУ ВО «Крымский федеральный
 университет им. В.И. Вернадского»
 295007, Россия, г. Симферополь, б-р Ленина, 5/7

²Институт «Медицинская академия
 им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО
 «Крымский федеральный университет им.
 В.И. Вернадского»
 295007, Россия, г. Симферополь, б-р Ленина, 5/7

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная хирургия, робот-
 ассистированная хирургия, уретеролитотрипсия,
 камень мочеочника.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контактная трансуретральная лазерная уретеролитотрипсия позволяет достигнуть полной фрагментации камней за первый этап. С каждым годом роботические системы в медицине, в хирургии в частности, становятся все более актуальными. *Цель исследования:* оценить возможности выполнения робот-ассистированной трансуретральной контактной лазерной уретеролитотрипсии, изучение ее эффективности, сравнительной характеристики времени гольмиевой литотрипсии при обычном и роботизированном выполнении операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи был разработан фиксирующий элемент для уретерореноскопа, позволяющий плотно закрепить инструмент в «роботической руке», сохраняя при этом полный диапазон необходимых движений. Использовался робот-ассистент ActorMed SoloAssist II. Исследование проводилось в 2022 г. и состояло из двух этапов. На первом была разработана и апробирована методика и техника робо-

тизированной литотрипсии с использованием тренажеров.

На втором этапе пациенты с уретеролитиазом были разделены на две группы: 13 – в робот-ассистированной группе и 14 – в стандартной. Критериями отбора стало наличие одиночного камня верхних мочевыводящих путей, находящихся в мочеточнике, доступного для полуригидного уретерореноскопа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представлена сравнительная таблица характеристик стандартной и роботизированной литотрипсии.

Таблица

Параметры	Способ литотрипсии				P
	Ручной		Роботизированный		
	Медиана	Межквартильный интервал	Медиана	Межквартильный интервал	
Объем камня, см ³	0,158	0,06–0,31	0,11	0,06–0,24	0,24
Плотность камня, НУ	607	566–690	703	561–871	0,1
Масса, г	0,31	0,06–0,48	0,15	0,10–0,29	0,16
Длительность дробления, мин	1,7	0,52–1,78	0,76	0,42–1,41	0,08
Длительность дробления 1 г конкремента, мин/г	5,48	3,6–5,4	4,76	4,95–5,6	0,2
Длительность литотрипсии, мин	19,8	15,0–32,0	8,67	5,25–14,2	0,02

Длительность литотрипсии 1 г конкремента, мин/г	63,8	30,2–83,4	57,8	47,9–69,3	0,1
---	------	-----------	------	-----------	-----

Согласно результатам исследования, робот-ассистированная трансуретральная гольмиевая уретеролитотрипсия имеет значительные преимущества. Также врачи отмечали положительный момент в отношении показателей усталости во время операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что при трансуретральной контактной лазерной литотрипсии с использованием роботического ассистента длительность общего времени операции и непосредственно дробления уменьшилась, а фактор усталости хирурга существенно снизился, что способствует уменьшению риска возникновения интра- и постоперационных осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь у детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Д.А. Жарков¹, Б.В. Долгов¹, А.Н. Россоловский²,
А.В. Стативко², Д.Н. Хотько², О.В. Основин²,
М.В. Солдатенко²

¹Детское урологическое отделение УКБ № 1
им. С.Р. Миротворцева СГМУ

²НИИ фундаментальной и клинической
уронефрологии СГМУ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Дети, мочекаменная болезнь, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Увеличение количества пациентов детского возраста с мочекаменной болезнью (МКБ) за последнее время делает проблему хирургического лечения актуальной. *Цель исследования:* проанализировать результаты хирургического лечения МКБ у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 133 детей с диагнозом МКБ, находившихся в детском урологическом отделении клиники детской хирургии университетской клинической больницы № 1 Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского (2012–2022 гг.). Проанализированы результаты хирургического лечения, проведенного совместно с клиникой урологии УКБ № 1 и НИИ ФКУ Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста пациентов составил 10 лет [min – 4 месяца; max – 17 лет]. Из 133 пациентов в экстренном порядке госпитализированы 13 (9,7%) с явлениями почечной колики. У 60 (45%) в анамнезе болевой синдром. У 30 (22,5%) поводом к обследованию послужили изменения в анализах мочи, в 30 (22,5%) случаях конкременты выявлены при плановом УЗИ. Локализация конкрементов: нижняя треть мочеточника – 50 (37,3%), верхняя треть мочеточника – 20 (14,9%), средняя треть мочеточника – 12 (8,9%), ЧЛС – 49 (36,6%), мочевого пузыря – 3 (2,2%). У 6 (4,5%) детей с МКБ выявлен врожденный гидронефроз. У одного пациента обструкция вследствие МКБ осложнилась абсцессом почки. Из 133 пациентов хирургическое лечение проведено у 97 (72,4%). В том числе дистанционная литотрипсия – 15 (15,4%), перкутанная нефролитотрипсия – 17 (17,5%), контактная литотрипсия – 21 (21,6%), эндоскопическая литоэкстракция – у 30 (30,9%), лапароскопическая уретеролитотомия – у 3 (3%), открытая уретеролитотомия – у 4 (4,1%), пиелоуретеролитотомия с пластикой ЛМС – у 3 (2,2%), наложение уретероцистонеоанастомоза – у 2 (2%). У двух детей с МКБ выполнена нефроуретерэктомия в связи с отсутствием функции почки и поздним обращением. В результате проведения консервативной терапии (инфузионной и спазмолитической) у 24 (17,9%) из 133 детей конкремент отошел самостоятельно. Литолитическая терапия проведена у 17 (12,6%) больных с положительным эффектом. В ходе открытых хирургических вмешательств конкременты удалены полностью. При выполнении малоинвазивных и эндоскопических вмешательств удалить конкременты удалось в ходе одного оперативного пособия. При ДУВЛТ из 15 человек фрагментации конкрементов удалось достичь после одно-

го сеанса у 14 детей, в одном случае в отдаленном периоде потребовалось стентирование для отхождения фрагментов конкремента. Все пациенты находятся под амбулаторным наблюдением нефролога, рецидивов камнеобразования до настоящего времени не зарегистрировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Малоинвазивные и эндоскопические вмешательства являются методами выбора при хирургическом лечении детей с мочекаменной болезнью различного возраста.
2. Выбор тактики хирургического лечения зависит от размеров и положения конкремента, наличия врожденных пороков развития мочевыделительной системы.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ. Диагностика и хирургия

Рубрика: Диагностика

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИДЕНТИФИКАЦИИ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ

Л.Ф. Зуева¹, Е.А. Безруков^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск,
Россия

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, ДЭКТ, диагностика.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение возможностей ДЭКТ в идентификации мочевых камней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За указанный период образовалась группа из 120 человек с рецидивным течением МКБ, которым был определен химический состав мочевых камней методом двухэнергетической компьютерной томографии (ДЭКТ) на 64-срезовом компьютерном томографе Discovery 750 HD. С целью снижения лучевой нагрузки использовался алгоритм ASIR 40%.

Всем пациентам была выполнена дезинтеграция и извлечение камней почек методом перкутан-

ной ПНЛЛ. Удаленные камни подвергались дальнейшему исследованию методами инфракрасной спектроскопии с преобразованием Фурье.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных о химическом составе мочевых камней, полученных методом ИК-спектрометрии, показал, что наиболее распространены двухкомпонентные конкременты, которые встречались у 67,1% пациентов. Однкомпонентные камни – в 30,5% случаев, трехкомпонентные уролиты выявлены лишь у 2,2% пациентов. Следует отметить, что у 51,8% наблюдались конкременты, состоящие из апатита и ведделлита.

При сравнительном анализе данных о компонентном составе мочевых камней методами ДЭКТ и ИКС достоверных различий не было выявлено при определении уратных камней и цистина. Поскольку выборка с цитиновыми уролитами была слишком маленькой, мы не могли рассматривать полученный результат как надежный. В идентификации уратных конкрементов результаты ДЭКТ соответствовали данным ИКС в 83% случаев ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определены широкие возможности ДЭКТ в идентификации компонентного состава камней почек *in vivo* и *ex vivo*. При определении плотности и ДЭО различий не выявлено. Выявлена корреляция результатов о химическом составе мочевых камней методами ДЭКТ и ИКС, при этом частота совпадений составила 82,6%, а в отношении мочевой кислоты – 90,5%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: МКБ. Диагностика и хирургия.

Рубрика: Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении больных с МКБ, оценка эффективности ДУВЛ, показания к ДУВЛ.

ДИСТАНЦИОННАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МКБ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.Е. Иванов^{1,2}, С.Б. Уренков¹, А.А. Подойницын¹

¹*Отделение урологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ), Москва, Россия.*

²*Лаборатория дистанционной и контактной литотрипсии с рентгеноперационной при урологическом отделении ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ), Москва, Россия.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ, лечение больных с камнями верхних мочевых путей, эффективность дистанционной ударно-волновой литотрипсии, определение показаний к дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применение дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) в лечении больных МКБ в настоящее время ограничивается, с одной стороны, опережающим развитием рентгенэндоурологических операций и аппаратуры и отсутствием кардинальных технических новшеств в аппаратах для ДУВЛ, с другой стороны, ДУВЛ перестала привлекать урологов по организационно-экономическим причинам (малая доступность, ограниченные показания, дороговизна оборудования, его обслуживания и ремонта). Имеются требования страховых компаний и нередкое предпочтение самих пациентов к более быстрому и радикальному удалению камней почек и мочеточников. *Цель исследования:* уточнить показания к проведению ДУВЛ камней верхних мочевых путей, определить эффективность ДУВЛ при камнях с денситометрической плотностью более 1000 НУ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в 2013–2022 гг. в урологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. С 2013 по 2022 г. в отделении урологии проведено 3082 сеанса ДУВЛ у 2793 больных с камнями верхних мочевых путей. Мужчин было 1468 (52,6%), женщин – 1325 (47,4%) пациентов. У 1809 (64,8%) пациентов имелись камни почек, камни мочеточников определялись у 984 (35,2%) больных. Сеансы ДУВЛ проводили на аппаратах Doli S – II и Gemini фирмы Dornier MedTech, а также с 2022 г. на литотрипторе Modulith SLK фирмы Storz Medical. Пациентов с определенной вовремя рентгенкомпьютерной томографии денситометрической плотностью камня верхних мочевых путей свыше 1000 НУ было 1357 (48,6%). Также нами оценена эффективность разрушения камней верхних мочевых путей при воздействии на них энергии ударной волны в эксперименте *in vitro*. Конкременты получали во время чрескожных рентгенэндоскопических операций (нефролитоэкстракций [ЧНЛЭ]). Всего было подвергнуто литотрипсии в экспериментальном модуле литотриптора Doli S – II фирмы Dornier MedTech 4 камня, удаленных у больных с камнями почек при ЧНЛЭ размером от 8 до 12 мм, определенная на предоперационном этапе денситометрическая плотность камней была от 1450 до 1650 НУ. Все камни после их удаления до проведения экспериментального сеанса ДУВЛ находились в контейнере с мочой пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая эффективность ДУВЛ (полное отсутствие камней верхних мочевых путей через 2 месяца после ДУВЛ) составила 78,8%. Осложнения ДУВЛ наблюдались у 131 пациента (4,7%), осложнения I–II степени по классификации Clavien-Dindo отмечались у 104 (3,7%) больных. У 27 (1%) больных отмечались осложнения IIIа степени по классификации Clavien-Dindo. В экспериментах *in vitro* конкременты во всех четырех случаях удалось фрагментировать полностью при энергии ударной волны 5, количестве импульсов от 462 до 1205, частоте импульсов – 80 в мин.

ВЫВОДЫ

ДУВЛ остается единственной неинвазивной хирургической процедурой для удаления камней

почек и мочеточников. ДУВЛ – лечение первой линии для большинства больных МКБ. Основным критерием отбора пациентов для выполнения ДУВЛ являются размер (объем) конкремента, его локализация, позволяющая выполнить точное наведение ударной волны на конкремент в течение всего сеанса ДУВЛ, отсутствие бактериурии свыше 10^3 КОЕ/мл. Денситометрическая плотность камня не является, на наш взгляд, ведущим критерием в определении показаний и противопоказаний к выполнению ДУВЛ. Имеется ряд клинических ситуаций, в которых применение ДУВЛ, по нашему мнению, являлось предпочтительным:

- множественные камни чашечек почек;
- резидуальные фрагменты чашечек почек после чрескожных рентгенэндоскопических операций по поводу крупных, множественных и коралловидных камней;
- камни мочеточника или их фрагменты, мигрировавшие в почку во время проведения контактной уретеролитотрипсии полуригидным уретеронефроскопом.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Камни мочеточника

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ: ОПЫТ БОЛЕЕ 350 ОПЕРАЦИЙ

М.И. Катибов¹, М.М. Алибеков^{1,2},
З.М. Магомедов¹, А.С. Бахмудов¹,
А.М. Абдулхалимов¹, В.Г. Айдамиров¹,
С.А. Бахмудов¹, А.А. Гамидов¹, М.М. Маадзиев¹,
А.М. Магомедов¹

¹Отделение урологическое ГБУ РД «Городская клиническая больница», Махачкала, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

³Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни мочеточника, литотрипсия, тулиевый лазер, эффективность и безопасность литотрипсии.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на потенциальные преимущества использования тулиевого лазера для дробления мочевого камня, литературные данные по применению данного метода в лечении мочекаменной болезни остаются ограниченными. Это обстоятельство обусловило актуальность настоящего исследования. *Цель исследования:* определить эффективность и безопасность применения тулиевого лазера при камнях мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2016–2023 гг. В исследование включены 352 пациента с камнями мочеточника, которым с 2016 по 2023 г. была выполнена уретеролитотрипсия с помощью волоконного тулиевого (Tm: fiber) лазера российского производства «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полус»). Среди них мужчин было 218 человек, женщин – 134. Возраст пациентов составлял от 18 до 71 года (медиана – 39 лет). Всего дроблению было подвергнуто 367 камней мочеточника: в нижней трети – 192 (52,3%), в средней трети – 111 (30,2%), в верхней трети – 64 (17,4%). Камень был расположен справа у 185 (52,5%) пациентов, слева – у 140 (39,8%), с двух сторон – у 27 (7,7%). Диаметр камней составлял от 5 до 26 мм (медиана – 9 мм), плотность камней – от 345 до 1500 НУ (медиана – 1080 НУ). В ходе литотрипсии использовали лазерное волокно с диаметром светонесущей жилы 400 мкм и длиной волны 1,94 мкм при энергии в импульсе и средней мощности 0,1–0,5 Дж и 10 Вт в режиме «распыления» и 1–1,5 Дж и 10–30 Вт в режиме фрагментации соответственно. Успехом лечения считали достижение полной дезинтеграции камня с отсутствием фрагментов более 3 мм сразу после операции. Для оценки осложнений применена система Clavien-Dindo.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Успех лечения достигнут у 319 (90,6%) пациентов. Интра- и ранние послеоперационные осложнения (в течение первых трех месяцев) по Clavien-Dindo отмечены у 71 (20,2%) пациентов: I степень (гематурия: n=6; лихорадка менее 24 ч: n=17) – 23 (6,5%); II степень (повреждение слизистой мочеточника без его перфорации: n=9; обострение пиелонефрита: n=37) – 46 (13,1%); IIIb степень (перфорация мочеточника) – 2 (0,6%). Поздние осложнения (в сроки более трех месяцев после опера-

ции) наблюдали у 41 (11,6%) пациента: II степень (обострение пиелонефрита) – 14 (4,0%); IIIa степень (обструкция мочеточника, потребовавшая стентирования) – 13 (3,7%); IIIb степень (увеличение размеров резидуальных фрагментов камней, потребовавшее повторной уретеролитотрипсии: n=10; стриктура мочеточника: n=4) – 14 (4,0%). При сравнении наших результатов с доступными литературными данными было выявлено, что нами достигнуты сопоставимые показатели эффективности и безопасности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тулиевая лазерная уретеролитотрипсия при достаточно высокой эффективности по разрушению камней обладает приемлемым уровнем безопасности. После применения данного метода лечения в основном встречаются легкие осложнения, а серьезные осложнения возникают относительно редко. Тем не менее с учетом малого числа исследований актуальным остается продолжение дальнейших научных работ в данном направлении.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Лечение мочекаменной болезни.

Оценка осложнений, исходов

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ УДАРНО-ВОЛНОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В.В. Ключков¹, Л.Е. Белый¹, А.В. Ключков^{1,2}

¹Кафедра госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «УлГУ» Минобрнауки России, Ульяновск, Россия

²Отделение урологическое ГУЗ УОКЦСВМП Минздрава России, Ульяновск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Эксперимент, дистанционное ударно-волновое воздействие (ДУВВ), маркеры, оценка повреждений почек.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) заняла ведущее место в лечении практически всех форм уrolитиаза. Однако многочис-

ленными исследованиями доказано, что ударная волна при любом типе применяемого аппаратного воздействия, даже при идеальном разрушении камня неизбежно приводит к повреждению почки и осложнениям. *Цель исследования:* оценить степень структурно-функциональных изменений в почках при ударно-волновом воздействии в эксперименте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на 42 половозрелых нелинейных белых крысах-самцах, весом 220–250 г, которых содержали в стандартных условиях вивария. Животные были разделены на две группы: группа интактных животных (контрольная) (n=10) и группа животных, которым проводилось ДУВВ (n=32). Животных наркотизировали введением тиопентала натрия (50 мг/кг внутривенно). После наступления наркотического сна у животного тщательно выбривали место входа ударной волны в проекции левой почки на спине и смазывали тонким слоем вазелина. Крысу фиксировали на специальном постаменте, под ультразвуковым контролем левую почку совмещали с фокусом ударной волны. ДУВВ проводилось в соответствии с рекомендуемыми параметрами для лабораторных животных: амплитуда давления – от 3009 до 1000 атм., длительность импульса – менее 0,8 мкс, величина энергии – от 3,5 до 7,8 Дж, напряжение генератора – 0,5 кВ, количество импульсов – 1000. ДУВВ проводили однократно на литотрипторе Litostar-plus фирмы Simens с электромагнитной генерацией ударных волн, продолжительность сеанса составляла 7 мин. У подопытных животных, которые подвергались ДУВВ, были изучены маркеры повреждения и функциональных нарушений почек в сыворотке крови (мочевина, креатинин), в моче (белок), скорость клубочковой фильтрации; в гомогенате левой почки определяли параметры свободнорадикального окисления (белковые карбонильные группы (БКГ), малоновый диальдигид (МДА) – отражающие степень повреждения клеток почки; ферменты антиоксидантной защиты (АОЗ), такие как восстановленный глутатион (GSH), супероксиддисмутаза (СОД), глутатионпероксидаза (ГПО), глутатионредуктаза (ГР), отражающие степень антиоксидантной защиты почки.

Следующим этапом нашего исследования была гистоморфологическая оценка изменений в почках исследуемых животных под воздействием

ДУВВ. Забор материала производили на 1-е, 3-е, 7-е и 14-е сутки после ДУВВ. Изъятый материал подвергали светооптическому и микроскопическому исследованию. При морфологическом исследовании основное внимание обращали на варианты проявления альтеративных изменений (дистрофия, некроз и некробиоз, сосудистые нарушения).

С позиций обратимости и необратимости патологических изменений в почке после ДУВВ мы оценивали степень воздействия сфокусированных ударных волн.

Достоверность различий между показателями оценивали t-критерием Фишера-Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Маркеры повреждения, защиты и функциональных нарушений почек у экспериментальных животных после ДУВВ представлены в таблице.

Таблица

№	Показатель	Группа 1 M±SD; 95% ДИ n=10	Группа 2 M±SD; 95% ДИ n=32	P ¹
Сыворотка крови				
1	Креатинин, мг/100/мл	0,79±0,2; 0,75–0,83	1,1±0,05; 0,99–1,2	< 0,0001
2	Мочевина, мг/100/мл	18,9±0,2; 18,4–19,3	27,5±0,46; 26,5–28,5	0,004
3	СКФ, мкмоль/л	129,3±1,84; 125,1–133,5	90,7±4,73; 80,1–101,4	< 0,0001
Моча				
4	Белок, мг/мл	5,33±0,46; 4,29–6,37	7,35±0,56; 6,08–8,62	0,001
Гомогенат ткани левой почки				
5	БКГ, ммоль/мг белка	2,01±0,06; 1,88–2,13	2,66±0,06; 2,52–2,8	<0,0001
6	МДА, нмоль/мг белка	1,91±0,02; 1,85–1,96	2,54±0,04; 2,38–2,69	<0,0001
7	GSH, мкг/мг белка	2,71±0,03; 2,65–2,76	2,27±0,03; 2,21–2,33	<0,0001

8	СОД, мкмоль/мин/мгбелка	1,84±0,03; 1,76–1,91	1,82±1,75; 1,75–1,89	>0,05
9	ГПР, мкмоль/мин/мгбелка	1,97±0,05; 1,91–2,04	1,52±0,05; 1,41–1,63	<0,0001
10	ГР, нмоль/мин//мгбелка	5,42±0,05; 5,31–5,53	2,79±0,08; 2,6–2,97	<0,0001

Примечание. группа 1 – интактные животные; группа 2 – экспериментальные животные; n – количество животных в группах; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; ДИ – доверительный интервал; p¹-t-критерию Student; БКГ – белковые карбонильные группы; МДА – малоновый диальдегид; GSH – восстановленный глутатион; СОД – супероксиддисмутаза; ГПР – глутатионпероксидаза; ГР – глутатионредуктаза; СКФ – скорость клубочковой фильтрации

Сравнение показателей свидетельствует о достоверном нарастании креатинина ($p < 0,0001$), мочевины ($p = 0,004$), снижении скорости клубочковой фильтрации ($p < 0,0001$) у экспериментальных животных после ДУВВ, что указывает на снижение функциональной способности почек. Оценивая маркеры повреждения почки, с высокой статистической достоверностью повышается белок в моче, маркеры свободнорадикального окисления в гомогенате тканей левой почки. Резкое снижение параметров антиоксидантной защиты отражает степень истощения клеточных ресурсов, срыв адаптации к новым условиям среды и в дальнейшем ведет к повреждению клеток почки.

Следующим этапом нашего исследования была гистоморфологическая оценка изменений в почках крыс под воздействием ДУВВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДУВВ на почку экспериментальных животных приводит к развитию мембранодеструктивных процессов, ведущих к изменениям структурно функциональной организации гистоморфологических структур почки. Изменения в почках крыс при ДУВВ носят обратимый характер, восстановление происходит с 7-го по 14-й день.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочекаменная болезнь
 и беременность

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

С.В. Котов^{1,2}, Р.А. Перов^{1,3}, П.Ю. Низин¹,
 А.А. Неменов^{1,3}

¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ, ФГАОУ
 «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава
 России, Москва, Россия

²ГБУЗ «Первая Градская больница
 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, беременность, оперативное лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь может осложнять нормальное течение беременности в 30–40% случаев. В связи с этим существует проблема ее лечения в течение гестации. *Цель исследования:* оценка результатов активного лечения МКБ у беременных на разных сроках гестации по сравнению с тактикой серийного дренирование верхних мочевыводящих путей (ВМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное рандомизированное исследование, проведенное с января 2018 г. по декабрь 2022 г. В исследование были включены 120 пациенток с диагностированной МКБ на любом сроке гестации. Беременные были разделены на две сравнимые группы. В первой группе 57 пациенток подвергались активному хирургическому лечению МКБ. Во второй группе 63 пациенткам проводилась установка внутреннего мочеточникового стента, с его плановой заменой каждые 4 недели до конца гестации с последующим оперативным лечением. Возраст пациенток обеих групп Me 26,2 года [24; 31]. Срок гестации M 22,16 недель.

Таблица.

Роды в анамнезе	Первородящие	Повторнородящие	
	55,5%	44,5%	
Кесарево сечение	-	КС в анамнезе	КС нет в анамнезе
	-	11,3%	88,7%

Посев мочи на микрофлору выполнен во всех случаях. У 75% пациенток посев стерильный, у 25% – бактериурия более 10^5 КОЕ/мл. Период наблюдения – 7 месяцев, оценивались акушерские и урологические результаты. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе удаление камня контактным методом из нижней трети мочеточника без предстентирования выполнено 22,8% (13) пациенток, после предстентирования – 77,2% (44) пациенток. Во всех случаях использовался гибкий уретероскоп. В группе оперативного лечения естественное родоразрешение было у 59,3%, кесарево сечение – у 28,9%. Новорожденные по шкале APGAR – 8 баллов. Осложнения Clavien-Dindo: I ст. осложнений у 4% (?), II – у 8% (4) пациенток. Койко-день M 4,5 (± 3). В контрольной группе в зависимости от срока гестации смена стента производилась от 2 до 8 раз (каждые 4–6 недель). Родоразрешение естественное было у 40,7% (33), кесарево сечение – у 71,1% (27). Новорожденные по шкале APGAR – 8 баллов. Средний койко-день – 7,8 (min – 3, max – 10). Осложнения по Clavien-Dindo: I ст. у 8% (4) пациенток, II – у 17% (8) (рефлюкс), IIIa – у 17% (8) (инкрустация стента).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оперативное лечение по поводу камней мочеточника может безопасно применяться в период гестации. Активное лечение позволяет улучшить акушерские результаты, избежать множества стент-ассоциированных осложнений, таких как пузырно-мочеточниковый рефлюкс, петрификация и миграция дренажа, болевой синдром.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочекаменная болезнь и беременность

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

С.В. Котов^{1,2}, Р.А. Перов^{1,3}, П.Ю. Низин¹,
А.А. Неменов^{1,3}

¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ, ФГАОУ
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
Москва, Россия

²ГБУЗ «Первая Градская больница им.
Н.И. Пирогова» ДЗМ

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, беременность,
оперативное лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь может осложнять нормальное течение беременности в 30–40% случаев. В связи с этим существует проблема ее лечения в течение гестации. *Цель исследования:* оценка результатов активного лечения МКБ у беременных на разных сроках гестации по сравнению с тактикой серийного дренирования верхних мочевыводящих путей (ВМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное рандомизированное исследование, проведенное с января 2018 г. по декабрь 2021 г. В исследование были включены 120 пациенток с диагностированной МКБ на любом сроке гестации. Беременные были разделены на две сравнимые группы. В первой группе пациентки подвергались активному хирургическому лечению МКБ. Второй группе пациенток проводилась установка внутреннего мочеточникового стента с его плановой заменой каждые 4 недели до конца гестации с последующим оперативным лечением. Медиана возраста пациенток обеих групп – 26,2 года (min – 17, max – 35). Средний срок гестации – 22,1 недели (min – 5, max – 32). Первородящих было 55,5%, повторнородящих – 44,5%. Из повторнородящих кесарево сечение в анамнезе имели 6 (11,3%) пациенток, не имели – 47 (80,7%). Посев мочи на микрофлору выполнен во всех случаях. У 75% пациенток посев стерильный, у 25% – бактериурия более 10^5 КОЕ/мл. Период наблюдения максималь-

но составил 7 месяцев, оценивались акушерские и урологические результаты. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Удаление камня контактным методом из нижней трети мочеточника без предстентирования выполнено 38% (13) пациенток, после предстентирования – 67% (26) пациенток. Во всех случаях использовался гибкий уретероскоп. В группе оперативного лечения естественное родоразрешение было у 59,3%, кесарево сечение – у 28,9%. Новорожденные по шкале APGAR – 8 баллов. Осложнения Clavien-Dindo: I ст. осложнений у 4% (2), II – у 8% (4) пациенток. Средний койко-день – 4,5 (min – 3, max – 4). В контрольной группе в зависимости от срока гестации смена стента производилась от 2 до 8 раз (каждые 4–6 недель). Родоразрешение естественное было у 40,7% (33), кесарево сечение – у 71,1% (27). Новорожденные по шкале APGAR – 7–8 баллов. Средний койко-день – 7,8 (min – 3, max – 10). Осложнения по Clavien-Dindo: I ст. – у 8% (4) пациенток, II – у 17% (8) (рефлюкс), IIIa – у 17% (8) (инкрустация стента).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оперативное лечение по поводу камней мочеточника может безопасно применяться в период гестации. Активное лечение позволяет улучшить акушерские результаты, избежать множества стент-ассоциированных осложнений, таких как пузырно-мочеточниковый рефлюкс, петрификация и миграция дренажа, болевой синдром.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ, хирургия. Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение и профилактика

**ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ПРИЗНАКА
НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ
КОЛИКОЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ
УРЕТЕРОСКОПИЧЕСКИМ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ**

С.В. Котов^{1,2,3}, А.А. Неменов^{1,4}, Р.А. Перов^{1,4}

¹ Кафедра урологии и андрологии ЛФ,
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва, Россия

² Урологическая клиника Первой Градской,
ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ,
Москва, Россия

³ Университетская клиника урологии,
онкоурологии и андрологии, ГБУЗ
«ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Москва, Россия

⁴ Отделение урологическое, ГБУЗ
«ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, гендерная принадлежность, уретероскопические вмешательства, постуретероскопические осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние десятилетия отмечается увеличение количества впервые выявленных случаев мочекаменной болезни (МКБ) среди женского населения. Привлекательность уретероскопических вмешательств обусловлена более высоким достижением статуса stone-free. Цель исследования: оценить периоперационные показатели у пациентов с МКБ в зависимости от гендерной принадлежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 2021 г. по февраль 2023 г. проведено одноцентровое, продольное исследование, имеющее ретроспективную и проспективную часть анализа, куда были включены 300 пациентов с МКБ, которым выполнялись уретероскопические вмешательства в ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ. Произведено распределение на две группы: 1-я группа – 194 (64,7%) мужчины,

2-я группа – 106 (35,3%) женщин. В первые 24 часа госпитализированы 105 (54,1%) пациентов мужского пола и 40 (37,7%) пациентов женского пола ($p=0,008$), а спустя 72 часа – 57 (29,4%) и 50 (47,2%) пациентов соответственно ($p=0,003$). Повторный эпизод МКБ наблюдался у 71 (36,6%) пациента группы 1 и в 45 (42,5%) случаях в группе 2 со средним сроком рецидива 4,3 и 6,3 года соответственно. Среди мужчин и женщин расположение камня в верхней трети мочеточника было в 14,4 и 18,9% случаев, в средней трети – в 18 и 6,6% ($p=0,005$), в нижней трети – в 36,1 и 49,1% ($p=0,04$), в интрамуральном отделе – в 28,9 и 21,7%, а в 2,6 и 3,8% случаях, соответственно, было несколько локализаций. По данным МСКТ, среди пациентов группы 1 и 2 длина камня составила 6,1 и 7,2 мм ($p=0,003$), а ширина 4,2 и 4,7 мм ($p=0,01$) соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана продолжительности оперативного вмешательства в обеих группах составила 41,6 мин. Выполнение уретероскопических вмешательств без предварительного стентирования было возможно у 68 (35,1%) пациентов группы 1 и у 19 (17,9%) пациентов группы 2 ($p=0,002$). Краткосрочные методы дренирования применялись у 157 (80,9%) мужчин и 92 (86,8%) женщин, а дренирование внутренним мочеточниковым стентом – в 37 (19,1%) и 14 (13,2%) случаях соответственно. Достижение статуса stone-free среди пациентов группы 1 наблюдалось в 93,8%, среди пациентов группы 2 – в 88,7%. По данным шкал оценки постуретероскопических осложнений PULS и Satava, процент осложнений в 1-й и 2-й группе составил 2,1 и 2,8 и 4,1 и 9,4 ($p=0,03$) соответственно. Послеоперационный койко-день составил 3,2 и 3,6 суток, средний срок удаления мочеточникового стента составил 11,2 и 12,6 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие почечной колики в меньшей степени интенсивности среди пациентов женского пола побуждает обращаться за медицинской помощью в отсроченный период. В данной группе пациентов размер и плотность конкремента больше, выполнение уретероскопических вмешательств сопряжено с большим количеством осложнений и достижением статуса stone-free в меньшем проценте случаев.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ, хирургия. Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение и профилактика

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УРЕТЕРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

С.В. Котов^{1,2,3}, А.А. Неменов^{1,4}, Р.А. Перов^{1,4}

¹*Кафедра урологии и андрологии ЛФ, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*Урологическая клиника Первой Градской, ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, г. Москва, Россия*

³*Университетская клиника урологии, онкоурологии и андрологии, ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Москва, Россия*

⁴*Отделение урологическое, ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, возрастные пациенты, уретероскопические вмешательства, постуретероскопические осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь (МКБ) является распространенным заболеванием среди трудоспособного населения. Учитывая комплекс взаимоотношений патологий, выбор методов оперативного лечения особенно важен для пациентов старших возрастных групп. *Цель исследования:* оценить периоперационные показатели у пациентов с МКБ разных возрастных групп, перенесших уретероскопические вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2022 г. по январь 2023 г. проведено одноцентровое, продольное исследование, имеющее ретроспективную и проспективную часть анализа, куда были включены 167 пациентов с МКБ, которым выполнялись уретероскопические вмешательства в ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ. Произведено распределение на две группы, согласно классификации ВОЗ, по возрастам: 1-я группа – 81 (48,5%) пациент среднего возраста (45-59 лет), 2-я – 86 (51,5%) пациен-

тов пожилого (60-74 лет) и старческого возрастов (75-90 лет). Средний возраст в 1-й группе составил 52,2 лет, во 2-й группе - 68,7 лет. Повторный эпизод МКБ наблюдался у 37 (45,7%) пациентов группы 1 и в 38 (44,2%) случаях в группе 2 со средним сроком рецидива 5,8 и 2,9 года соответственно. По данным МСКТ, среди пациентов группы 1 и 2 длина камня составила 7,1 и 8,2 мм, а ширина – 4,1 и 5,0 мм соответственно. Сопутствующая патология в группах 1 и 2 встречалась в 32,1 и 83,7% случаев, перенесенная ранее инфекция COVID-19 чаще встречалась среди пожилых пациентов – 28,4 и 39,5% соответственно. СКФ по СКД-ЕРІ была 71,3 в группе 1 и 56,7 мл/мин/1,73 м² в группе 2. Индекс коморбидности Charlson составил 1,9 в группе пациентов среднего возраста и 4,4 среди пациентов 60 лет и старше.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана продолжительности оперативного вмешательства в обеих группах составила 44,8 мин. Количество выполненных уретероскопических вмешательств без предварительного дренирования мочевыводящих путей в двух группах было сопоставимо. Послеоперационное стентирование в группах 1 и 2 наблюдалось в 10 (12,3%) и 23 (26,7%) случаях соответственно. Достижение статуса stone-free среди пациентов среднего возраста наблюдалось в 91,4%, среди пациентов пожилого и старческого возрастов – в 87,2%. В группе пациентов 45–59 лет осложнения наблюдались в 4,9% случаев, тогда как среди пациентов 60 лет и старше – в 10,5%. Послеоперационный койко-день и средний срок удаления мочеочниковых стента были сопоставимы в двух группах. Частота повторных госпитализаций в течение 90 дней в группе 1 и 2 наблюдалась в 1,2 и 4,7% случаев соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Скорость рецидива МКБ выше среди пациентов пожилого и старческого возрастов, при этом размер и плотность конкремента больше, а частота осложнений и повторных госпитализаций выше. Возраст пациента не имел корреляции с продолжительностью оперативного вмешательства и послеоперационным краткосрочным дренированием.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ, диагностика и хирургия

МНОГОРАЗОВЫЙ VS ОДНОРАЗОВЫЙ ГИБКИЙ УРЕТЕРОРЕНОСКОП: НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

М.М. Кутлуев¹, Н.А. Григорьев²,
 Р.И. Сафиуллин³

¹Медицинский центр «Консультант»,
 отделение хирургии, Тула

²ФГБУ «Национальный медицинский
 исследовательский центр акушерства,
 гинекологии и перинатологии им. акад.

В.И. Кулакова», Москва

³АО «Европейский медицинский центр»,
 кафедра урологии ЧУ ДПО «Медицинская
 школа ЕМС», Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гибкий уретерореноскоп,
 фиброуретерореноскоп, одноразовый
 уретерореноскоп

ЦЕЛЬ

Оценить возможности применения многоразовых и одноразовых уретерореноскопов при конкрементах почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно оценены показатели 30 случаев ретроградной интратренальной хирургии (РИРХ) у пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ), выполненных гибким уретерореноскопом. I группа – РИРХ выполнялась многоразовым гибким уретерореноскопом (n=20), II группа – пациенты оперировались одноразовыми гибкими уретерореноскопами (n=10). Использовался многоразовый фиброуретерореноскоп Flex XC, а также одноразовые цифровые гибкие уретерореноскопы PU3022. Непрерывные переменные представлены в виде $M \pm m$ (средняя \pm стандартная ошибка среднего). Для определения взаимосвязей был использован непараметрический критерий Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты были сопоставимы по возрасту, размерам и плотности конкрементов. Отмечалось несколько большее количество мужчин в обеих группах. Осложнения: в I группе – миграция фрагмента конкремента и кровотечение, во II группе – миграция фрагмента конкремента (табл.).

Таблица. Сравнение групп исследования

Параметр	I группа	II группа	p
Время операции, мин	75 \pm 39,9	82,5 \pm 45,7	0,96
Эффективность операции, n (%)	18 (90)	9 (90)	0,6
Время нахождения в стационаре, дней	1 \pm 0	1 \pm 1,2	0,45
Установка стента, n (%)	13 (65)	10 (100)	0,23
Дистанционная литотрипсия, n (%)	2 (10)	0	0,45
Интраоперационные осложнения, n (%)	2 (10)	1 (10)	0,76

Последующая дистанционная литотрипсия проводилась только в I группе, отмечались сопоставимые результаты эффективности литотрипсии в обеих группах, несмотря на более частое стентирование мочеточников у пациентов II группы. В I группе признаки пиелонефрита отмечались у 5(25%) пациентов, во II группе – у 2 (20%). Количество дней в стационаре после операции во II группе незначительно было выше. Хотя угол изгиба уретероскопа PU3022 составляет 270/270 град., толщина – 9,2Ch, может в некоторых случаях, не позволить полностью удалить все фрагменты конкремента. Применение стентирования у данной группы пациентов после операции было в 100% случаев. Несмотря на то, что стентирование показано пациентам с осложнениями во время операции, выбор в пользу рутинной установки стента был сделан в связи с более толстым используемым мочеточниковым кожухом. В I группе пациентов применение мочеточниковых кожухов потребовалось у 14(70%) пациентов, которым после операции потребовалась установка стента 13(65%). В связи с несколько меньшим диаметром уретероскопа возможность изгиба в полости ЧЛС была выше у уретерореноскопа Flex XC. Одним из недостатков многоразового использования гибкого уретерореноскопа является хрупкость инструмента. Несмотря на данный недостаток, цена РИРХ, выполненной с помощью одноразового инструмента, остается выше, чем при использовании многоразового инструмента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несомненным преимуществом инструментов одноразового использования является безопасность в отношении инфекционно-воспалительных осложнений. Применение инструментов меньшего размера, использование новой цифровой визуализации, мобильность устройств с применением отдельных мониторов позволяет выполнять различные вмешательства одновременно двум хирургам, а также использовать методы бездренажной литотрипсии (tubless).

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Хирургия мочекаменной болезни

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Э. Мамаев^{1,2}, К.К. Ахмедов², С.В. Котов¹

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, коралловидный, гидрокаликс, резекция почки

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наличие конкремента в расширенной изолированной почечной чашечке чаще всего требует эндоскопической или перкутанной коррекции, направленной на удаление камня и устранение причины локального нарушения оттока мочи. В случаях, когда чашка или группа чашек значительно расширены или паренхима над расширенной чашкой атрофирована, возможностей эндоскопической или перкутанной коррекции может быть недостаточно. *Цель исследования:* Оценка клинической эффективности лапароскопической резекции почки у пациентов с сегментарной атрофией почечной паренхимы в результате персистирующей мочекаменной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2016 по 2023 г. нами оперировано пять пациенток с конкрементами в изолированных почечных чашечках. У трех из пяти пациенток имело место рецидивное камнеобразова-

ние в разные сроки после выполненной ранее ПНЛ, у всех больных имело место значительное расширение содержащей камень чашечки и локальная атрофия паренхимы с истончением ее до 1–2 мм. Во всех случаях выполнялась резекция сегмента почки, содержащего камень: у двух пациенток верхнего сегмента и у трех пациенток – нижнего. Период наблюдения составил от трех до 52 месяцев. Результат оценивали путем проведения КТ почек с контрастированием через 3–18 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех оцененных случаях достигнут хороший клинический эффект. На протяжении периода наблюдения рецидива формирования конкрементов в оперированных почках не отмечено. КТ продемонстрировала своевременную функцию почки и отсутствие признаков нарушения внутривисцеральной уродинамики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ситуациях, когда имеет место сочетание ряда анатомических и клинических факторов, резекция почки при мочекаменной болезни может оказаться оправданной и избавить пациента от рецидивов заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ. Хирургическое лечение

**КОМБИНИРОВАННАЯ
МИКРОПЕРКУТАННАЯ
И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ
ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ
ХИРУРГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

А.Г. Мартов^{1,2,3}, С.В. Дутов^{1,2}, А.С. Андронов^{1,2},
М.М. Адилханов^{1,2}, С.И. Козачихина^{1,2}

¹*Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия*

²*2-е урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им.
Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия*

³*МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

микроперкутанная нефролитотрипсия, гибкая уретеропиелокаликоскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в нашей клинике широко используется комбинированная малоинвазивная методика для удаления камней – микроперкутанная нефролитотрипсия (микро-ПНЛ) в сочетании с гибкой уретеропиелокаликоскопией. *Цель исследования:* изучение возможностей комбинированной интравенальной хирургии в подобной комбинации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании 122 пациентам с размером камня менее 1,5 см (52,5%) и более 1,5 см (47,5%) выполнена операция микро-ПНЛ. У 19 (15,6%) пациентов камни были множественными. В качестве предоперационной подготовки пациентам устанавливался мочеточниковый кожных 10/12F для эвакуации фрагментов конкремента в процессе литотрипсии. В 23 случаях (18,7%) было произведено выполнение комбинированного удаления камней почек. Пациентам данной категории изначально выполнялась микро-ПНЛ с использованием гольмиевого (7,3%) и тулиевого волоконного (11,4%) лазеров. Показаниями к применению гибкой уретеропиелоскопии послужила миграция крупного фрагмента в чашечку, параллельную перкутанному доступу (13,9%), и несколько камней разной локализации, недоступных для микронефроскопа (4,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность комбинированного оперативного вмешательства составила 26,9±11,7 мин. Всем больным через месяц выполнялась бесконтрастная компьютерная томография. Полное освобождение почек от конкрементов после комбинированного выполнения микро-ПНЛ и гибкой уретеропиелокаликотрипсии отмечено у 96,6% больных. 86,9% пациентов интраоперационно был установлен наружный мочеточниковый стент, удаляемый на 1-е сутки. Послеоперационное стентирование потребовалось у двух больных (0,46%). Случаев развития кровотечения не отмечено. В 4,3% наблюдений выявлено обострение пиелонефрита, купированное консервативно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микро-ПНЛ и гибкая уретрокаликотрипсия являются высокоэффективными, безопасными и минимально инвазивными методами комбинированного оперативного лечения нефролитиаза. Данная комбинация методов позволяет достичь максимального индекса SFR под визуальным контролем, а также сокращает возможные осложнения у пациентов с высоким коморбидным показателем.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: МКБ. Хирургическое лечение

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ТУЛИЕВЫХ
ВОЛОКОННЫХ ЛАЗЕРОВ ПРИ
КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ**

А.Г. Мартов^{1,2,3}, Д.В. Ергаков^{1,2}, С.В. Дутов^{1,2},
А.С. Андронов^{1,2}, М.М. Адилханов^{1,2}

¹*Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия*

²*2-е урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им.
Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия*

³*МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тулиевый волоконный лазер, КУЛТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка и внедрение в клиническую практику тулиевого волоконного лазера 3-го поколения с возможностью компьютерного управления (модуляции) формой, амплитудой и частотой повторения импульса открывают новые возможности при использовании тулиевой волоконной литотрипсии. *Цель исследования:* проведение сравнительного исследования эффективности и безопасности контактной уретеролитотрипсии с применением тулиевого волоконного лазера 2-го (FiberLase U3) и 3-го поколений (FiberLase U-MAX).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 218 пациентов с одиночными камнями мочеочечника, которым с января 2020 г. по май 2022 г. выполнено 218 контактных уретеролитотрипсий с использованием тулиевых волоконных лазеров 2-го и 3-го поколений («ИРЭ-Полнос», Россия) при одинаковой пиковой мощности (500 Вт), режиме работы лазера – 1 дж, 10 Гц и с диаметром волоконного инструмента – 365 мкм. Для работы лазера FiberLase U-MAX во всех случаях использовался новый оригинальный модулированный импульс, который был найден и оптимизирован в доклиническом исследовании. В зависимости от используемого лазера пациенты были разделены на две группы. 111 пациенту дробление камней выполнено на аппарате FiberLase U3 (2-е поколение). 107 больным операция проведена на новом лазерном аппарате FiberLase U-MAX (3-е поколение). Размер камней варьировался от 6 до 28 мм (ср. – 11±4 мм) по наибольшему размеру. Оценивалось время операции и литотрипсии, качество эндоскопической картины во время дробления (0–3, 0 – плохо, 3 – отлично), частота ретроградной миграции камней, а также лазерное воздействие на слизистую мочеочечника (повреждение 1–3 степени).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время литотрипсии было статистически достоверно короче во 2-й группе – 12,3±4,6 мин. против 24,7±6,2 мин. в первой группе ($p<0,05$). Средний балл качества эндоскопической картины был значимо лучше во 2-й группе – 2,5±0,4 балла против 1,8±0,2 балла в первой ($p<0,05$). Клинически значимая ретроградная миграция фрагментов камня или камня (необходимость адьювантной ДЛТ, гибкой нефроскопии) была отме-

чена в 16% в 1-й группе против 8% во 2-й группе ($p<0,05$). Повреждение слизистой мочеочечника 1 и 2 степени в ответ на лазерное воздействие в 1-й группе отмечено в 24 (22%) и 8 (7%) наблюдениях, во 2-й – в 21 (20%) и 7 (7%) соответственно. SFR (состояние, свободное от камней) составил в 1-й группе 84%, во 2-й – 92%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модуляция формы лазерного импульса позволила улучшить эндоскопическую видимость, увеличить скорость литотрипсии, снизить частоту ретроградной миграции камня без повышения травматического воздействия на слизистую мочеочечника.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия.

Рубрика: Лечение: хирургическое, Оценка исходов, наблюдение и профилактика.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЕЕ 7000 ПЕРКУТАННЫХ НЕФРОЛИТОТРИПСИЙ

Д.С. Меринов¹, Ш.Ш. Гурбанов¹, А.В. Артемов¹, Л.Д. Арустамов¹, К.К. Щамхалова¹

¹ *Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, перкутанная нефролитотрипсия, коралловидный нефролитиаз.

ВВЕДЕНИЕ

Перкутанная нефролитотрипсия продолжает занимать позицию «золотого стандарта» в хирургическом лечении больных с крупными и коралловидными камнями почек. В результате модернизации и внедрения в лечебный процесс нового эндоскопического оборудования, совершенствования техники выполнения операций удалось достичь высокой эффективности перкутанного вмешательства при нефролитиазе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике НИИ урологии за период с 2009 по 2022 г. было выполнено 7016 ПНЛ. Крупные камни (более 2 см) встречались в 91,1% наблюдений. В 8,9% случаев размер камней ва-

рьировался в пределах 1–2 см. Среди крупных камней одиночные различной локализации были выявлены у 2212 (34,6%) пациентов, множественные – у 1093 (17,1%), коралловидные К1-2 – у 1080 (16,2%), К3-4 – у 2007 (31,4%). Размеры конкремента варьировались в диапазоне 20–121 мм (31 [25; 47] мм); площадь конкрементов – 150–10180 мм² (616 [351; 1469] мм²); плотность конкрементов – 364–1879 НУ (890 [655; 1220] НУ). Средний возраст пациентов составил 53,0 [41,0; 60,0] года (19–76 лет). Женщин было 57,6%, мужчин – 42,4%. Снижение функции почки со стороны операции отмечалось у 4065 (63,6%) пациентов. В большинстве случаев инфекция мочевых путей была обусловлена следующими возбудителями: *Escherichia coli* – 33,1%, *Proteus mirabilis* – 19,7%, *Enterococcus faecalis* – 16,3%, *Klebsiella pneumoniae* – 14,9%. В 72,5% случаев основной доступ выполнялся через нижнюю группу чашечек, в 20,6% – через верхнюю и в 6,9% – через среднюю. У 218 пациентов применялся бипортальный способ ПНЛ. 275 операций были завершены без установки нефростомического дренажа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая эффективность первичного вмешательства составила 79,8%.

Окончательная клиническая эффективность с применением дополнительных вмешательств (ре-ПНЛ – 3,6%, установка стента – 11%, контактная литотрипсия – 5,5%, дистанционная литотрипсия – 8,2%, пункционная нефростомия – 0,9%) достигла 92,1%. Продолжительность операции и послеоперационный койко-день с использованием бипортального доступа составили в среднем 85 [70; 95] (45–135) минут (контрольная группа 105 [90; 130] (60–205) $p < 0,0001$) и 7 [6; 10] (3–21) суток (контрольная группа 9 [7; 13] (3–32), $p < 0,0015$) соответственно. Осложнения представляли типовой для данных вмешательств характер и в большинстве случаев были купированы консервативно. Стойкая фебрильная гипертермия и синдром системной воспалительной реакции наблюдались в 14,6 и 6,4% случаев соответственно. Выраженное кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, отмечено в 6,4% случаев. Развитие пневмогидроторакса выявлено у 0,6% пациентов. Общее число осложнений составило 22,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Накопление опыта выполнения вмешательств

с выходом на плато максимальной загрузки R-операционной (700+ ПНЛ ежегодно) позволило добиться стабильно высоких показателей клинической эффективности (суммарный SFR 80,0–92,1%) при минимально приемлемом уровне осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Способы хирургического лечения цистолитиаза

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА КОНКРЕМЕНТА

Т.Х. Назаров¹, М.Э. Топузов¹, К.О. Шарвадзе¹, Д.Н. Мадумаров¹, И.В. Рычков¹, С.М. Басок¹

¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни мочевого пузыря, инфравезикальная обструкция, цистолитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Камни мочевого пузыря (цистолитиаз) продолжают оставаться актуальной проблемой. Выбор хирургического способа удаления камней мочевого пузыря при инфравезикальной обструкции является предметом дискуссий среди специалистов. *Цель исследования:* оптимизировать алгоритм лечебной тактики и определить показания к выбору метода удаления камней мочевого пузыря при инфравезикальной обструкции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование пациентов, перенесших операцию по поводу камней мочевого пузыря. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от размера камня (1 группа [10–20 мм] – 25 пациентов, 2 группа [21–30 мм] – 25 пациентов, 3 группа [31–40 мм] – 25 пациентов). Пациентам выполняли трансуретральную цистолитотрипсию, открытую цистолитотомию и перкутанную цистолитотрипсию разработанным способом (патент на изобретение РФ «Способ перкутанной цистолитотрип-

сии при крупных конкрементах» № 2776963 от 30.12.2021). Выбор метода зависел от соматического статуса пациента, а также проходимости уретры. Цистолитотомия и перкутанная цистолитотрипсия выполнены у пациентов с протяженными стриктурами уретры. Суть разработанного метода заключается в проведении перкутанной цистолитотрипсии в лапароскопическом мешке. Для фрагментации камня осуществляется сеанс литотрипсии, при этом конкремент фрагментируется на 2–3 и более мелких фрагмента без повреждения лапароскопического мешка, а далее при помощи лазерного волокна в режиме «распыление» осуществляется цистолитотрипсия по зафиксированному камню в корзинке.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Камни мочевого пузыря удалены полностью у всех пациентов. При сравнении времени пребывания пациента в стационаре, времени катеризации в послеоперационном периоде и снижении гематокрита, результаты были значительно выше для пациентов, перенесших открытую цистолитотомию, – 7 ± 3 дня, при трансуретральной цистолитотрипсии – 5 ± 3 дня, при перкутанной цистолитотрипсии – 3 ± 2 во всех трех группах ($p < 0,05$). Когда оценивалась взаимосвязь между размерами камня и временем операции, трансуретральная цистолитотрипсия имела более короткое время операции (34 ± 10 мин.) в 1 группе и более длительное во 2 и 3 группах (45 ± 8 и 56 ± 10 мин.) по сравнению с перкутанной цистолитотрипсией и открытой цистолитотомией. Продолжительность операции при перкутанной цистолитотрипсии разработанным способом во 2 и 3 группе была значительно ниже и составляла 36 ± 8 , 45 ± 11 мин соответственно ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная цистолитотрипсия предпочтительнее при камнях размером ≤ 2 см. По мере увеличения размера камня перкутанная цистолитотрипсия разработанным способом более благоприятна с точки зрения лучших послеоперационных результатов и более короткого времени операции, особенно у пациентов с протяженными стриктурами уретры и тяжелыми соматическими заболеваниями. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочеточниковые стенты. Стент-ассоциированные симптомы

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МАГНИТНЫМИ СТЕНТАМИ

В.М. Обидняк¹, Д.С. Горелов¹, Н.К. Гаджиев², И.Е. Маликиев¹, А.А. Мищенко¹, С.Б. Петров¹

¹Научно-исследовательский центр урологии ПСПбГМУ им И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

²Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

дизурия, мочеточниковый стент, уролитиаз, USSQ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочеточниковые стенты широко распространены в урологической практике. Они незаменимы для устранения обструкции верхних мочевыводящих путей, способствуют заживлению стенки мочеточника после проведенного хирургического вмешательства. За последние годы дизайн стентов претерпел значительные изменения, направленные на снижение выраженности стент-ассоциированных симптомов. Несмотря на это, не существует стента, который не вызывал бы расстройства мочеиспускания, болевого синдрома и других симптомов, связанных с его нахождением в мочевыводящих путях. С целью оценки степени выраженности симптомов нижних мочевых путей у пациентов с магнитными стентами было проведено исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 60 пациентов, которым устанавливался мочеточниковый стент после уретероскопии на 30 дней. 30 пациентам (группа 1) был установлен магнитный стент Blackstar диаметром 7Ch, (UROTECH GmbH). Еще 30 пациентам (группа 2) был установлен обычный полиуретановый стент размером 6Ch. Была проведена оценка болевого синдрома и выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей на 30-е сутки после установки стента с использованием опросника USSQ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении компонентов опросника USSQ не было обнаружено статистически значимых различий в динамике значений симптомов мочевыводящих путей (группа 1 – 29,0 (16,8–32,5), группа 2 – 31,0 (24,0–35,0), $p=0,467$). Однако были обнаружены статистически значимые различия между группами в динамике компонентов болевого синдрома (группа 1 – 23,0 (17,5–26,0), группа 2 – 18,0 (16,0–21,8), $p=0,0303$). В нашем исследовании не было получено статистически значимых различий выраженности дизурии у пациентов в обеих группах. Однако болевой синдром был немного меньше в группе пациентов с обычными полиуретановыми стентами. Несмотря на то, что разница небольшая, эти показатели статистически значимые. Мы считаем, что это может быть связано с раздражением стенки мочевого пузыря магнитом, который расположен на дистальном конце Blackstar стента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Магнитные стенты Blackstar имеют сопоставимые показатели выраженности дизурии и болевого синдрома по сравнению с обычными полиуретановыми стентами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Прогнозирование уровня дилатации мочеточника

**ПРОГНОЗ УРОВНЯ ДИЛАТАЦИИ
МОЧЕТОЧНИКА ПЕРЕД УСТАНОВКОЙ
КОЖУХА**

Д.Н. Орлов¹, В.В. Протошак¹, М.В. Паронников¹,
Е.Г. Карпущенко¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочеточниковый кожух, микроперкутанная нефролитотрипсия, трансуретральная фибронефролитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время технологический прогресс идет по пути совершенствования гибких эндоскопов и уменьшения диаметра оборудования

для чрескожной хирургии уrolитиаза, что подразумевает использование мочеточниковых кожухов, необходимых для поддержания низкого внутрилоханочного давления и улучшения эвакуации фрагментов камня. *Цель исследования:* улучшить Результаты лечения больных с МКБ, подвергшихся эндоскопическим вмешательствам с использованием уретерального кожуха путем разработки прогностической модели дилатации мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 180 пациентов с камнями в почках до 30 мм. В первой группе (А) (n=79) применялся мочеточниковый кожух 12/14 Ch, у пациентов второй группы (В) (n=101) использовался кожух 10/12 Ch. Из них в группе А 48 (60,8%) пациентам выполнена микроперкутанная нефролитотрипсия (микро-ПНЛ) и 31 (39,2%) – трансуретральная нефролитотрипсия (ТНЛТ), в группе В – 42 (41,6%) и 59 (58,4%) больных подверглись соответствующим вмешательствам. Обязательным критерием включения было отсутствие предстентирования мочеточника в анамнезе. За 60 мин. до рентгенологического исследования пациент однократно принимал внутрь 80 мг фуросемида для улучшения визуализации верхних мочевых путей. После цифрового преобразования данных компьютерной томографии производилось измерение диаметра мочеточника в пиелоуретеральном сегменте, на уровне пересечения его с подвздошными сосудами и в юкставезикальном отделе. На интраоперационном этапе всем пациентам непосредственно перед операцией выполнялась диагностическая уретероскопия при помощи ригидного уретероскопа 9,5 Ch.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе А успешная установка уретерального кожуха отмечена у 37 (46,8%) человек, в группе В – у 84 (83,2%) больных. У остальных 42 (53,2%) пациентов в 17 (16,8%) наблюдениях, соответственно, размещение оболочек 12/14 Ch и 10/12 Ch было невозможно вследствие значительного сопротивления тканей и высокого риска травматического повреждения. Средние значения диаметра мочеточника в физиологических сужениях при успешной установке кожуха 12/14 Ch составили $2,0 \pm 0,1$ мм, при невозможности установки – $1,2 \pm 0,4$ мм ($p < 0,05$). В группе 10/12 Ch аналогичные показатели отмечались при

1,6±0,1 и 1,2±0,5 мм соответственно ($p<0,05$). При проведении ROC-анализа диагностическая эффективность прогностической модели при использовании оболочек 12/14 Ch и 10/12 Ch подтверждена высокими показателями AUC= 0,925 (95% CI 0,871–0,98) и 0,944 (95% CI 0,89–0,97) соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Измерение уретерального диаметра перед микроперкутанной нефролитотрипсией и трансуретральной фибронефролитотрипсией позволяет спрогнозировать вероятность беспрепятственного проведения кожухов 10/12 и 12/14 Ch при поперечном сечении мочеточника в физиологических сужениях более 1,6 и 2 мм соответственно. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТСУТСТВИЯ КАМНЕЙ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ, ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ И ГИБКОЙ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

О.В. Основин, В.М. Попков, А.Н. Россоловский,
Р.Н. Фомкин, Д.Н. Хотько, М.В. Солдатенко,
А.В. Стативко, А.Н. Понукалин,
С.А. Твердохлеб, Д.А. Бобылев

*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия
Клиника урологии УКБ № 1 им.
С.Р. Миротворцева, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, дистанционная литотрипсия, перкутанная нефролитотрипсия, гибкая уретерореноскопия, отсутствие камней.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дистанционная литотрипсия считается первой линией лечения камней почек 1,0–1,5 см, как наименее инвазивный метод, при котором достигается достаточно высокий уровень полной эли-

минации конкрементов. В качестве метода выбора применяется также и перкутанная нефролитотрипсия. В последнее время чаще стали использовать гибкую уретерореноскопию, как эффективный альтернативный метод лечения, особенно при камнях в нижней чашке почки диаметром до 1,5 см. *Цель исследования:* провести сравнительный анализ показателей отсутствия камней (Stone Free Rate - SFR) после дистанционной литотрипсии (ДЛТ), чрескожной нефролитотрипсии (ПНЛТ) и гибкой уретерореноскопии (УРС) при лечении камней почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оперативные вмешательства (ДЛТ, ПНЛТ и УРС) при нефролитиазе были проведены в клинике урологии УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период 2021–2022 гг. В исследование были включены 96 человек, все пациенты разделены на три равные группы в зависимости от вида оперативного вмешательства, сопоставимые по возрасту и полу. Средний возраст составил 46,8 года. Размер камней – от 1,0 до 1,5 см (средний размер – 1,14±0,23 см) с расположением в нижней чашке почки, плотность – от 850 до 1420 НУ (средняя плотность – 1135±164 НУ), площадь поверхности – от 100 до 150 мм². Показатели отсутствия камней после данных вмешательств сравнивались с помощью качественного и количественного метаанализа. Эффективность лечения оценивали, как полную фрагментацию камня за первый сеанс. Переменные результата представлены в виде коэффициентов риска (OR) с 95% достоверными интервалами (CI).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов лечения камней почек у 96 пациентов после трех различных методов показал эффективность лечения в группе ПНЛТ 95,2% и SFR достигает 89% (OR 1,984; 95% CI 1,043–2,849), при УРС эффективность – 86,9%, уровень SFR составил 83,3% (OR 0,38; 95% CI 0,22–0,64), при ДЛТ эффективность – 78,6%, уровень SFR 71,2% (OR 0,12; 95% CI 0,067–0,19), $p<0,001$. Среднее время госпитализации составило 5,4±1,1 дня при ПНЛТ, 3,6±1,0 дня после УРС и 3,4±1,2 дня после ДЛТ. По данным анализа, показатели SFR при УРС и ДЛТ были ниже, чем при ПНЛТ. Кроме того, частота SFR после ДЛТ была ниже, чем при УРС. В рангово-вероятностном тесте ПНЛТ был оценен как № 1, а ДЛТ – как № 3.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПНЛТ показала самую высокую эффективность и обеспечивает высокий SFR при хирургическом лечении камней в почках, несколько ниже при УРС, а самый низкий показатель отсутствия камней выявлен при ДЛТ. Однако, показатели среднего койко-дня и количества осложнений было ниже при ДЛТ и УРС, чем при ПНЛТ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Лазерная литотрипсия

с использованием низковаттного лазера при контактной литотрипсии на всех уровнях мочеочечника

ЛАЗЕРНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОВАТТНОГО ЛАЗЕРА (ДО 50 ВАТТ) ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА ВСЕХ УРОВНЯХ МОЧЕОЧНИКА

И.В. Патраков¹, А.Р. Сангинов¹

¹ГАУЗ СО ГБ. Первоуральск, отделение урологии

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

низковаттный лазер, мочекаменная болезнь, контактная уретеролитотрипсия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе изучается эффективность, удобство и безопасность разрушения камней мочеочечника у пациентов с помощью низковаттного лазера при контактной литотрипсии на всех уровнях мочеочечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Метод контактной лазерной уретеролитотрипсии с помощью низковаттного лазера Auriga XL (до 50 Ватт) техника StoneDusting на всех уровнях мочеочечника, размеры варьировались от 5 до 13 мм, при плотности конкремента от 280+ед. X до 1820+ед. X. Максимальная частота – 12 Герц, максимальная энергия импульса – 2200 миллиджоулей. Уретероскоп, используемый при уретеролитотрипсии Karl Storz, 7 Шр., оптика – 6°, длина – 45 см, дистальный конец – 6,5 Шр., тубус для инструментов – 7 Шр., 1 ступень, 9,9.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализированы и получены основные пара-

метры эффективности низковаттного лазера (степень очистки мочеочечника от камня и его фрагментов, вероятность миграции фрагментов конкремента в почку, кровопотери, длительность операции, ожог слизистой оболочки мочеочечника и др.). За 2022 г. в ГБ Первоуральска в отделении урологии выполнена 201 лазерная уретеролитотрипсия, из них 16 пациентов (8%) – верхняя треть, 46 пациентов (23%) – средняя треть и 139 пациентов (69%) – нижняя треть мочеочечника. На всех уровнях мочеочечника миграции конкремента не выявлено, перфорации мочеочечника из-за воздействия лазера не выявлено. Ожогов, признаков теплового воздействия не выявлено. Степень очистки мочеочечника достигала 100%, кровопотери не наблюдалось. Длительность операции варьировалась от 25 до 40 мин. Пациенты наблюдались в течение 1 года на амбулаторном приеме. Выполнена постановка на диспансерный учет. Контроль УЗИ признаков обструкции верхних мочевыводящих путей не показал, что свидетельствует об отсутствии стриктуры мочеочечника. Признаков воспаления по результатам общего анализа мочи и посева мочи на амбулаторном этапе не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ показал, что низковаттная лазерная контактная литотрипсия является оптимальным методом деструкции камней на всех уровнях мочеочечника, учитывая отсутствие осложнений во время оперативного вмешательства и в постоперационном периоде. Она позволяет эффективно и безопасно проводить уретеролитотрипсию, не воздействуя негативно на стенку мочеочечника.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Не представлена

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
 МИКРОПЕРКУТАННОЙ
 НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ
 КОНКРЕМЕНТАХ РАЗЛИЧНЫХ
 РАЗМЕРОВ**

С.В. Попов^{1,2}, И.Н. Орлов¹, И.С. Пазин¹,
 Д.А. Сытник¹, М.М Сулейманов¹, Т.М. Топузов¹,
 Е.В. Помешкин¹

¹СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий
²ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», кафедра урологии

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

микроперкутанная нефролитотрипсия, лазерная нефролитотрипсия, microperc.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Микроперкутанная нефролитотрипсия (микроПНЛТ) – эффективный метод лечения мочекаменной болезни, однако опыт использования микроПНЛТ на сегодняшний момент достаточно скромнен и требует изучения, а сама методика требует поиска путей увеличения эффективности. *Цель исследования:* оценить эффективность микроперкутанной нефролитотрипсии при одиночных конкрементах почек различных размеров при различных способах интраоперационного дренирования верхних мочевыводящих путей (ВМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 148 пациентов с единичными конкрементами почек, оперированных с 2017 по 2023 г. и разделенных на три группы: 1) размер конкремента <10 мм (n=42); 2) размер конкремента 10–20 мм (n=61); 3) размер конкремента >20 мм (n=45). Интраоперационное дренирование ВМП осуществлялось либо мочеточниковым катетером (6 Fr), либо мочеточниковым кожухом (10/12 Fr). Оценивалась длительность операции, а также уровень полной элиминации конкрементов (stone free rate) на 1-е сутки после вмешательства, а также через 3 недели. Кроме того, оценивалось количество осложнений в послеоперационном периоде, таких как почечная колика и острый пиелонефрит.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оперативного лечения представлены в таблице.

ТАБЛИЦА

Параметр	Конкременты <10 мм (n=42)		Конкременты 10–20 мм (n=61)		Конкременты >20 мм (n=45)	
	катетер (n=21)	кожух (n=21)	катетер (n=34)	кожух (n=27)	катетер (n=24)	кожух (n=21)
Размер конкремента, мм	8,2±1,86		16,3±2,86		23,1±1,4	
Плотность конкремента, НУ	947±214,7		1014±156,4		931±221,8	
Время операции, мин	49,9±8,2	42,1±7,3	62,1±9,4	53,4±7,1	76,4±8,4	62,2±9,9
SFR, %, 1 сутки	86,4	90,5	70,6	88,9	37,5	66,7
SFR, %, 3 недели	100	100	91,2	96,3	70,9	90,5
Осложнения, %	7,8	6,4	14,4	8,4	24,4	14,5

На основании данных исследования сформулирован алгоритм оценки риска образования резидуальных фрагментов при микроПНЛТ, который представлен на рисунке.

Рисунок



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МикроПНЛТ наиболее эффективна при конкрементах 10–20 мм. Использование мочеточникового кожуха во время операции снижает длительность оперативного лечения и количество

осложнений послеоперационного периода, а также увеличивает показатель SFR. При конкрементах >20 мм применение микроПНЛТ возможно при определенных показаниях, в сочетании с мочеточниковым кожухом риск образования резидуальных фрагментов составляет не более 9,5%
Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Эндоскопические операции на верхних мочевыводящих путях

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ГИБКАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА ПРИ КОНКРЕМЕНТАХ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ 2 СМ И БОЛЕЕ

С.В. Попов^{1,2}, И.Н. Орлов^{1,3}, Т.М. Топузов¹, Д.А. Сытник¹, И.С. Пазин¹, М.М. Сулейманов¹, А.Ю. Куликов¹

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

² Военно-медицинская академия имени

С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

³ Северо-Западный медицинский университет имени И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тулиевый волоконный лазер; ретроградная интратренальная хирургия; конкременты почек; мочекаменная болезнь

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перкутанная нефролитотрипсия является «золотым стандартом» в лечении конкрементов почек более 2 см. Трансуретральная гибкая нефролитотрипсия с применением Ho:YAG лазера является операцией выбора при данных размерах конкремента и обладает высокой эффективностью и безопасностью. В последние годы все больший интерес в интратренальной хирургии вызывает тулиевый волоконный лазер.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения тулиевого волоконного лазера при трансуретральной гибкой нефролитотрипсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 12 пациентов: 7 мужчин и 5 женщины. Средний возраст пациентов составил 64±11 лет.

Критерии включения: размер конкремента не менее 2 см (25±4 мм), единственный конкремент почки, наличие мочеточникового стента (JJ) не менее чем за 6 дней до оперативного вмешательства.

Критерии исключения: наличие инфекции мочевыводящих путей, аномалия развития мочевыводящих путей.

Трансуретральная гибкая нефролитотрипсия проводилась при помощи гибких уретероскопов Olympus URF-V3 и LithoVue (Boston Scientific) с использованием тулиевого волоконного лазера (IPG Photonics, FiberLase UMAX).

Толщина волокна 150 мкм.

Всем пациентам в конце оперативного вмешательства проводилось стентирование мочеточника

Оценивались следующие показатели: время оперативного вмешательства; уровень SFR, на основании МСКТ почек и мочевыводящих путей; осложнения в послеоперационном периоде; длительность госпитализации

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составляла 49.3± 12.3 минут.

Уровень SFR – 91.6%.

У одного пациента по данным МСКТ визуализированы резидуальные фрагменты более 4 мм.

Общий процент осложнений составил – 8.33 % (у 1 пациента зарегистрировано осложнение Grade 1, согласно классификации Clavien-Dindo (лихорадка на 1-е сутки после оперативного вмешательства).

Длительность госпитализации в среднем составила – 1.45 койко-дня

На 7-е сутки после оперативного вмешательства 10 пациентам был удален мочеточниковый стент, после контрольного МСКТ. Одному пациенту выполнен повторный RIRS

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная гибкая нефролитотрипсия с использованием тулиевого волоконного лазера пациентам с конкрементом размером более 2 см характеризуется высокой эффективностью и безопасностью.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Мочекаменная болезнь. Лечение: хирургическое

**ВЫБОР МЕТОДА
ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО
ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
ПРИ МИКРОПЕРКУТАННОЙ
НЕФРОЛИТОТРИПСИИ**

С.В. Попов¹, Р.Г. Гусейнов^{1,2}, Е.В. Помешкин¹,
И.С. Пазин¹, А.Д. Сытник¹, Давыдов А.В.¹,
В.В. Перепелица¹, Н.И. Холматов²

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

² Санкт-Петербургский государственный
университет, г. Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

микроперкутанная нефролитотрипсия,
мочеточниковый кожух, лазерная литотрипсия,
дренирование верхних мочевыводящих путей.

ВВЕДЕНИЕ

Микроперкутанная нефролитотрипсия, как метод самостоятельного оперативного лечения конкрементов почек, существует с 2011 года, когда М. Desai и соавт. хорошие результаты и отсутствие клинически значимых осложнений явились отправной точкой в широком внедрении и изучении микроПНЛТ в мировой урологической практике. Проведен ретроспективный анализ эффективности различных способов интраоперационного дренирования верхних мочевыводящих путей (ВМП) у пациентов во время микроперкутанной нефролитотрипсии (микроПНЛТ).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность и безопасность микроперкутанной нефролитотрипсии с применением различных методов интраоперационного дренирования мочевыводящих путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняло участие 69 пациентов (39 мужчин и 30 женщин), разделенные на 3 равные группы, которым была выполнена микроПНЛТ. В первой группе в качестве дренирования ВМП перед основным этапом оперативного вмешательства устанавливался мочеточниковый катетер 6 Fr. У пациентов второй группы выполнялось стентирование ВМП наружным J-стен-

том 7 Fr. В третьей группе использовался мочеточниковый кожух 10/12 Fr. Все пациенты ранее не были предстентированы. Оценивалось время литотрипсии и общее время операции, показатель полной элиминации конкрементов stone free rate (SFR), наличие осложнений послеоперационного периода, таких как лихорадка и почечная колика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатель SFR был достоверно выше у пациентов, которым интраоперационно устанавливался мочеточниковый кожух (91,7%), в сравнении с группой дренирования мочеточниковым катетером (81,3%) и J-стенном (84,5%), что обусловлено лучшим отхождением фрагментов конкремента при лазерной литотрипсии. Использование мочеточникового кожуха позволило также снизить время госпитализации (2,1 к/д против 4,8 и 4,1 к/д в соответствующих группах сравнения) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор метода интраоперационного дренирования ВМП достоверно влияет на длительность оперативного вмешательства/этапа литотрипсии, а также на уровень SFR. Длительность госпитализации пациентов в этой группе была также достоверно ниже.

Тема сессии: МКБ, диагностика, хирургия

Рубрика: МКБ, диагностика, хирургия. Оперативное лечение при аномалии развития почек

**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
КОНКРЕМЕНТОВ ПОЧЕК ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ СТРОЕНИЯ**

В.М. Попков¹, Д.Н. Хотько¹, А.И. Хотько¹,
А.Н. Понукалин¹, О.В. Основин¹,
А.И. Тарасенко²

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия

²Институт урологии и репродуктивного
здоровья, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова» Минздрава России
(Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, оперативное лечение,
подковообразная почка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аномалия размеров и положения почек добавляет определенные сложности в выборе метода оперативного лечения почечных конкрементов. Ранее такого рода пациенты подвергались исключительно классическим открытым оперативным вмешательствам, в дальнейшем расширились показания к перкутанной и трансуретральной хирургии. Развитие лапароскопической техники открыло новые горизонты оперативного лечения камней аномалийных почек и, наконец, появление гибкой уретерореноскопии дополнило спектр возможностей. В этом бесконечном разнообразии особенно актуальным становится правильный выбор оперативной тактики. *Цель исследования:* оценить особенности течения интра- и послеоперационного периода при различной оперативной тактике в отношении конкрементов подковообразной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективный анализ включены 65 пациентов с аномалиями строения и положения почек, проходивших лечение в клинике урологии СГМУ. В исследование включены пациенты с размерами резидуальных камней не более 3 мм. Наиболее часто встречаемая аномалия – подковообразная почка, размеры конкремента – от 20 до 75 мм. Диагноз устанавливался по данным компьютерной томографии с контрастным усилением.

РЕЗУЛЬТАТЫ

23 пациента подверглись открытому оперативному вмешательству нефролитотомией или пиелотомией под общим обезболиванием, среднее время оперативного вмешательства составило 98+/-16 мин., время нахождения пациента в стационаре – от 10 до 38 дней, дренирование нефростомическим дренажем в сочетании со стент-дренажем – в 20 случаях, в трех – только стент-дренажем. Нефростома удалялась в среднем на 17-е сутки. Перкутанная хирургия применялась в 38 случаях, размеры камня – от 24 до 65 мм, доступ преимущественно через верхний бокал, при необходимости средний, мини- перкутанный доступ – 18 случаев с использованием кожуха 30–32Ch – в 20 случаях. Среднее время операции – 56+/-11 мин., нефростома удалялась на 5–7-е сутки, выписка – на 7–12-е сутки. Лапароскопическая пиелолитотомия применялась в 6 случаях, время операции – 68–95 мин., установка стент-дренажа, нефростомия интраоперационно,

средний послеоперационный день – 7,8. Гибкая уретероскопия при подковообразной почке применена нами в четырех случаях. В двух случаях потребовалось предстентирование в связи с невозможностью установки кожуха, тогда повторное вмешательство проводилось на 5-е сутки, размер конкремента – от 15 до 30 мм, время операции – 68+/-13 мин. Стент-дренаж интраоперационно установлен в двух случаях. Выписка из стационара – на 3-и сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение малоинвазивных методов лечения оптимально и безопасно при лечении крупных и коралловидных камней подковообразных почек, что позволяет уменьшить операционную травму и пребывание пациентов в стационаре.

Тема сессии: МКБ, диагностика, хирургия

Рубрика: МКБ, диагностика, хирургия.

Перкутанная нефролитотрипсия

ИЗМЕРЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВНУТРИЛОХАНОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ В ХОДЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.М. Попков¹, Д.Н. Хотько¹, А.И. Хотько¹,
О.В. Основин¹, А.И. Тарасенко²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия*

²*Института урологии и репродуктивного здоровья, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, оперативное лечение, внутрилоханочное давление.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе перкутанных оперативных вмешательств важно соблюсти правильный баланс между достаточным потоком ирригационной жидкости для адекватной визуализации и безопасным давлением внутри чашечно-лоханочной системы почки. Интраоперационное повышение внутрилоханочного давления ассоциировано с развитием гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. *Цель исследования:* обо-

снова возможность интраоперационного мониторинга внутрилоханочного давления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное в 2019–2022 гг. в клинике урологии СГМУ им. В.И. Разумовского. В исследование включены 260 пациентов, которым была выполнена перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ). В первой группе (n=120) выполнялась ПНЛТ по стандартной методике с диаметром пункционного канала 30–32ch. Во вторую группу вошли 140 пациентов, которым выполнялась перкутанная нефролитотрипсия с использованием мини-нефроскопа (мПНЛТ) с диаметром рабочего канала 16 Ch. Для достижения поставленной задачи нами был применен способ определения внутрилоханочного давления, реализуемый с помощью миниатюрного датчика давления, который устанавливается непосредственно в лоханку в момент формирования пункционного хода. В течение операции постоянно мониторировалось внутрилоханочное давление по предложенной нами методике (Патент на изобретение № 2788282).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обращало на себя внимание то, что при окклюзии мочеточникового катетера на фоне ирригации жидкости изменялось внутрилоханочное давление в моменте на $5,02 \pm 0,5$ см вод. ст. Давление ирригационного раствора исходно, до начала манипуляций, составляло 15 см вод. ст., что было достаточно для визуализации и навигации в полостной системе. При увеличении диаметра используемой Amplatz трубки отмечалось снижение внутрилоханочного давления на 3 см вод. ст. на каждый шаг кожуха. Наибольший разброс давления и тенденция к его повышению отмечалась в момент тракции конкремента. При тракции щипцами и корзинкой сопоставимых размеров конкрементов внутрилоханочное давление составляло $25 \pm 3,33$ и $34 \pm 3,8$ см вод. ст. соответственно. Существенно давление возрастает при тампонаде полостной системы сгустками в момент оперативного вмешательства до $35 \pm 3,2$ см вод. ст. При положении пациента на спине давление регистрировалось на $5 \pm 0,37$ см вод. ст. ниже, чем при сопоставимой ситуации оперативного вмешательства на животе. При литотрипсии и навигации в чашках давление повышалось больше, чем при проведении инструмен-

та в лоханку – на $2,6 \pm 0,5$ и $1,03 \pm 0,47$ см вод. ст. соответственно. Удаление сгустков из полостной системы снижает внутриполостное давление на $1,5 \pm 0,5$ см вод. ст.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ позволяет максимально точно интраоперационно мониторировать внутрилоханочное давление в процессе малоинвазивного хирургического лечения камней почек с целью минимизации частоты развития инфекционно-воспалительных осложнений.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Уретеролитоэкстракция

ПЕРВЫЕ 100 РИРХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОДНОРАЗОВЫХ ГИБКИХ УРЕТЕРОСКОПОВ И ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА, ВЫПОЛНЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Р.М. Раджабов¹, К.М. Арбулиев^{1,2}, С.Г. Саидов¹,
Г.П. Газимагомедов¹, З.Г. Гамзатов¹,
П.А. Муртазалиева¹, Т.Ю. Ахмедов¹,
М.А. Магомедов¹, М.Р. Аммаев¹

¹ Отделение урологическое, ГБУ Республики Дагестан «Республиканская клиническая больница № 2», Махачкала, Россия

² Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

МКБ, гибкие одноразовые инструменты, тулиевый волоконный лазер, фибропиелокаликотрипсия, РИРХ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроградная интратренальная хирургия (РИРХ) – одно из современных малоинвазивных вмешательств по лечению мочекаменной болезни (МКБ). За последнее десятилетие этот вид эндоскопического вмешательства стал неотъемлемой частью при лечении пациентов с конкрементами верхних мочевых путей. В 2016 г. компанией BostonScientific был представлен первый в мире одноразовый гибкий уретероскоп LithoVue. Впоследствии были представлены и другие одноразовые инструменты, которые также часто используются в клинической практике. Благодаря одноразовым инструментам эти операции ста-

ли доступными не только в центральных крупных городах страны, но и появилась возможность проводить подобные операции на периферии страны. *Цель исследования:* оценка безопасности и эффективности данного метода лечения у пациентов с камнями менее 2 см.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в 2019–2023 гг. в Республиканской клинической больнице № 2 г. Махачкалы. В исследование включены 125 пациентов, которым были выполнены РИРХ. Среди них 68 мужчин и 57 женщин. Средний возраст – 54±8 лет.

Перед операцией всем пациентам выполнялась МСКТ почек без контрастирования.

Интраоперационно всем пациентам выполнялась установка мочеточникового кожуха 11/13 Ch, также оценивались следующие показатели: время операции, время литотрипсии, степень повреждения мочеточника по шкале PULS.

Оценка осложнений в послеоперационном периоде осуществлялась с помощью модифицированной шкалы Clavien-Dindo.

Использовались уретероскопы LithoVue (BostonScientific), Innovex (Umitex).

Источник энергии при литотрипсии – тулиевый волоконный лазер-FiberLase U2, толщина волокна – 200 мк.

На 2-е сутки после операции всем пациентам выполнялась МСКТ почек без контрастирования для оценки показателя stone free rate (SFR).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний размер конкрементов по данным МСКТ – 12±4 мм; плотность – 550±59 HU. Среднее время операции – 52±8 мин.; время литотрипсии – 28±8 мин. Степень повреждения мочеточника по шкале PULS: Grade 0 – 45; Grade 1 – 33; Grade 2 – 32; Grade 3 – 15; Grade 4 – 0; Grade 5 – 0.

Послеоперационные осложнения по модифицированной шкале Clavien-Dindo: Grade I – 75 пациентов; Grade II – 32 пациентов; Grade IIIa – 13 пациентов; Grade IIIb – 5 пациентов; Grade IVa – V – 0 пациентов.

SFR по данным МСКТ почек, выполненной на 2-е сутки после операции, – 79±4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первые результаты выполнения данного оперативного вмешательства говорят о его безопасно-

сти и эффективности. Однако необходимо провести оценку отдаленных осложнений пациентам, перенесшим данное оперативное лечение.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Лечение хирургическое

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРА ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ KIM-1 ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЧЕТОЧНИКОВОГО КОЖУХА И БЕЗ НЕГО

В.В. Рогачиков^{1,2}, Д.Н. Игнатъев^{1,2},
А.В. Кудряшов^{1,2}, А.С. Сотников¹,
К.М. Григорьева¹, Д.М. Попов¹

¹Центр урологии, нефрологии и литотрипсии, Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко, Москва, Россия

²Кафедра урологии им. Е.В. Шахова, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, ретроградная интравенальная хирургия, функция почек, маркеры.

ВВЕДЕНИЕ

Мочекаменная болезнь – широко распространенное заболевание во всем мире. С развитием технологий ретроградная интравенальная хирургия (РИРС), выполняемая с использованием гибкой уретерореноскопии (f-URS), приобретает все большую популярность. Расширению использования f-URS для лечения камней в почках способствует усовершенствование гибких уретероскопов нового поколения, обеспечивающих более легкий доступ к собирательной системе почки с отличной визуализацией. Несмотря на многочисленные исследования и литературные обзоры, остается множество вопросов без ответа о технике исполнения данного вида лечения: необходимость использования мочеточникового кожуха, необходимость предстентирования, не-

обходимость завершения процедуры стентирования мочеточника и др. Мочеточниковый кожух обеспечивает легкий, множественный доступ к верхним мочевыводящим путям и, следовательно, значительно облегчает уретероскопию. Использование кожуха улучшает визуализацию за счет создания непрерывного оттока жидкости, снижает внутривисцеральное давление. Недостатком использования мочеточникового кожуха являются увеличение стоимости и дополнительные риски повреждения мочеточника ввиду большего диаметра кожуха по сравнению с диаметром эндоскопа. В исследовании CROES при сравнении результатов RIRS с кожухами и без них было установлено, что частота полного избавления от камней с кожухом не увеличивается, но статистически значимо снижается частота послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений в отсутствие роста частоты травмы мочеточника или кровотечений. Однако достаточных сравнительных данных о почечном повреждении при RIRS с кожухом и без него в настоящее время нет. Биомаркеры могут помочь понять степень повреждения во время RIRS. KIM-1, который сбрасывается в мочу после острого повреждения почек, является специфическим маркером канальцевого повреждения почек и появляется ранее остальных маркеров. *Цель исследования:* сравнить пациентов, перенесших ретроградную внутривисцеральную хирургию с использованием мочеточникового кожуха и без него, оценив уровень экскреции с мочой молекулы повреждения почек-1 (KIM-1).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С декабря 2022 г. по март 2023 г. мы провели лечение 46 пациентам, которых включили в исследование и рандомизировали на две группы: RIRS без мочеточникового кожуха – 25 человек (группа 1), 11Fr/13Fr Boston scientific Navigator™ мочеточниковый кожух – 21 человек (группа 2). Хирургический доступ осуществлялся с использованием одноразового цифрового гибкого уретеронефроскопа LithoVue™ (BOSTON SCIENTIFIC, США) с внешним диаметром тубуса 9,5 Fr, рабочим каналом 3,6 Fr, поворачиваемым дистальным концом на 270° вверх и вниз; полуригидного уретероскопа Single-Channel Ureteroscope Olympus 7° скошенный окуляр, с внешним диаметром 8.6/9.8 Fr. x 430 mm, 6.4 Fr рабочий канал; мочеточникового ко-

жуха Boston Scientific Navigator с внешним диаметром 13 Fr; гидрофильный нитилоновый проводник Roadrunner PC Hydrophilic COOK диаметр 0,035 дюйма (0,89 мм), длина 145 см. Литотрипсию выполняли на тулиевом лазерном аппарате FiberLase U2 (IPG Photonics) в режиме «распыление» (dusting) и фрагментация. Всем пациентам была проведена диагностическая уретероскопия под общим наркозом полуригидным уретероскопом с внешним диаметром 8.6/9.8 Fr. Все манипуляции проводились без использования флюороскопии по разработанному в Центре урологии, нефрологии и литотрипсии протоколу. Уровни KIM-1 мочи измерялись до операции, в послеоперационных 4 часа и спустя двое суток после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний диаметр камня составлял $10,37 \pm 5,4$ мм, а среднее время работы – 52,8 мин. При измерении плотности камней среднее значение составляло 950 ± 289 HU. Послеоперационная лихорадка наблюдалась у трех пациентов и требовала проведения антипиретической терапии (Clavien 1), у двух пациентов развились послеоперационные боли и требовали инъекции анальгетиков (Clavien 1). 32 (69,5%) пациента имели 0 класс повреждения мочеточника по шкале PULS, 14 (30,5%) класс 1. Предоперационные уровни KIM-1/Cr в моче составили 0,38 в группе 1 и 0,28 в группе 2. Уровни KIM-1/Cr в послеоперационном четвертом часу составили 1,86 в группе 1 и 0,67 в группе 2. Уровень KIM-1/Cr в группе 1 был значительно выше, чем у группы 2. Уровень KIM-1/Cr на второй послеоперационный день (48 часов после операции) снижался до начальных уровней ($0,32 \pm 0,04$) и не отличался значимо между группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной целью данного исследования являлась оценка уровня маркера почечного повреждения KIM-1 при RIRS с использованием мочеточникового кожуха и без него. Уровень KIM-1 мочи значительно увеличивается после ишемии почек. Одним из преимуществ при использовании мочеточникового кожуха является более контролируемое внутривисцеральное давление. Основываясь на наших нынешних результатах, мы можем сделать вывод, что проведение гибкой уретероскопии с литотрипсией с использованием мочеточникового кожуха приводит к меньшим почеч-

ным повреждениям. Ограничениями нашего исследования на данный момент является небольшой размер выборки, а также отсутствие измерений внутриполостного интраоперационного давления. В нашем центре планируются дальнейшие исследования методики с включением иных маркеров почечного повреждения, таких как NGAL, цистатин-С, интерлейкин 18, а также внедрение технологий, позволяющих интраоперационно контролировать внутриполостное давление для достижения оптимальных безопасных значений при проведении RIRS с различными доступами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение

МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

В.В. Рогачиков^{1,2}, А.В. Кудряшов^{1,2},
Д.Н. Игнатъев^{1,2}, А.С. Сотников¹,
К.М. Григорьева¹, Д.М. Попов¹

¹ *Центр урологии, нефрологии и литотрипсии,
Клиническая больница «РЖД-Медицина» им.
Н.А. Семашко, Москва, Россия*

² *Кафедра урологии им. Е.В. Шахова, ФГБОУ
ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» МЗ РФ,
Нижний Новгород, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, перкутанная нефролитотрипсия, функция почек, маркеры.

ВВЕДЕНИЕ

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает ведущее место в практике уролога. При этом нефролитиаз превалирует в работе урологического стационара до уровня 80–90%. В современном мире методы хирургического лечения кардинально изменились от открытого доступа до минимально-инвазивных технологий. Наиболее эффективным вариантом лечения крупных камней почек в настоящее время является перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ). Помимо высокой эффективности ПНЛ имеет определенный спектр осложнений, обусловленный в основном активизи-

зацией мочевой инфекции и паренхиматозным кровотечением. Для уменьшения частоты и тяжести осложнений разработаны технологии миниатюризации перкутанного доступа и эффективные меры противомикробной профилактики и прессорных нарушений. Однако до сих пор остаются вопросы динамики изменений почечной функции после стандартных и мини-инвазивных вариантов ПНЛ. Креатинин сыворотки является самым значимым биомаркером функции почек. Однако клиренс креатинина свидетельствует только о совокупном уровне клубочковой фильтрации. При этом изменение показателя определяется только через 48–72 ч при повреждении более 50% паренхимы. Разработаны современные биомаркеры острого почечного повреждения. К ним относят цистатин С, липокаин, ассоциированный с желатиной нейтрофилов (NGAL), молекула-1 повреждения почек (KIM-1), интерлейкин-18 (ИЛ-18). Цистатин С в отличие от креатинина не зависит от пола, характера питания и массы тела, что делает его более результативным биомаркером. Повышение синтеза NGAL коррелирует с ишемией почечной паренхимы. KIM-1 является ранним неинвазивным маркером, связанным с повреждением проксимальных почечных канальцев в результате ишемии. ИЛ-18 – провоспалительный цитокин, продуцируемый в проксимальных канальцах и определяющийся в моче у пациентов с повреждением почек, опережая повышение креатинина на 48–72 часа. *Цель исследования:* использование биомаркеров с целью определения уровня острого почечного повреждения в зависимости от размера перкутанного доступа при ПНЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на изучении пациентов, оперированных по поводу МКБ в ЦУНЛ КБ им. Н.А. Семашко с 2022 по 2023 г. методом перкутанной нефролитотрипсии. Пациенты распределены на две группы по размерам перкутанного доступа: первая группа (10) – пациенты, которым проведена стандартная ПНЛ, вторая группа (11) – пациенты после мини-ПНЛ. В первой группе ПНЛ была выполнена с формированием доступа 28Ш, во второй группе – с использованием кожно-почечного канала 16Ш. В первой группе использована УЗ-дезинтеграция камней, во второй – пневматическая литодеструкция. Операция осуществля-

лась в Galdakao-модифицированном положении Valdivia. В качестве маркеров почечного повреждения изучали уровень цистатина С, NGAL, KIM-1, ИЛ-18. Оценку проводили до и после операции через 12, 24 и 48 ч.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе отмечено повышение уровня цистатина С от исходного на 7,4; 17,2; 25,3% через 12, 24 и 48 ч после операции, во второй группе – на 4,4; 16; 24,1% соответственно. Изменения NGAL от начальной концентрации к 12, 24 и 48 ч в первой группе характеризовались увеличением на 69,2; 83,1 и 75,3%, во второй – на 40,5; 52,1 и 46% соответственно. Уровень KIM-1 в первой группе продемонстрировал повышение от предоперационного уровня на 40,2; 57,1 и 48,4%, во второй – на 21; 36,8 и 26,3% через 12, 24 и 48 ч. Концентрация ИЛ-18 в первой группе снизилась на 25 и 33% и повысилась на 20,1% через 12, 24 и 48 ч, во второй группе отмечено повышение на 20,8; 53,2 и 75,2% соответственно.

ВЫВОДЫ

Анализируя данные исследований определено, что показатели уровня цитокина С в послеоперационном периоде были равнозначны в обеих группах, что связано со сравнимым гломерулярным повреждением почек. Повышение концентрации NGAL и KIM-1 после ПНЛ преваляло в первой группе, что связано с выделением биомаркеров канальцами из большей по площади поврежденной и ишемизированной почечной ткани. Высокий уровень ИЛ-18 во второй группе обусловлен развитием воспалительных изменений, сопровождающихся экспрессией воспалительных цитокинов. Для более обоснованного мнения необходимо проведение исследований с большей когортой пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия, оценка результатов.

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ОЦЕНКЕ НОВЫХ СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОНКРЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ

А.Н. Россоловский, М.Л. Чехонацкая, Д.А. Бобылев, О.В. Основин, И.А. Крючков

НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, нефролитиаз, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, компьютерная томография, структура конкремента.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время достигнут значительный прогресс в оказании помощи пациентам с нефролитиазом, однако дискуссионным остается выбор оптимальной методики устранения конкрементов почечной локализации размером от 10 до 20 мм, поскольку в данном случае нет однозначно предпочтительного метода. «Золотым стандартом» лучевой визуализации у больных мочекаменной болезнью и основным инструментом предоперационного прогнозирования успеха оперативного лечения является мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ). *Цель исследования:* оценка дополнительных возможностей МСКТ в определении структуры конкрементов перед дистанционной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛТ) у пациентов с нефролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ результатов оперативного лечения 127 пациентов с МКБ, которым было проведено клиничко-лабораторное и лучевое обследование и произведена ДУВЛТ. Все пациенты были разделены на две группы, в 1-й группе для определения показаний к ДУВЛТ использовались стандартные критерии (локализация, максимальный размер и плотность в НУ), во 2-й группе использовали дополнительные, полученные в ходе исследования критерии оценки структуры конкремента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для оценки структуры конкрементов при помощи мультипланарной реконструкции использовались такие впервые предложенные параметры, как количество «зон максимальной плотности конкремента» (ЗМП) и «индекс плотности конкремента» (ИПК). Были выявлены достоверные корреляционные связи между эффективностью ДУВЛТ и данными параметрами (-0,64 и 0,77 при $p < 0,01$ соответственно). Увеличение количества ЗМП и уменьшение ИПК было связано с лучшим прогнозом элиминации конкремента в результате одного сеанса ДУВЛТ. Используя данные параметры на предоперационном этапе, удалось увеличить количество успешных литотрипсий во 2-й группе с 56,9 до 75,8% (на 18,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными прогностическими критериями успешности ДУВЛТ, наряду с анамнезом и клиническими данными, по-прежнему остаются локализация, максимальный размер конкремента и его средняя плотность (НУ). Наиболее перспективным направлением является оценка структуры конкремента *in vivo*, используя дополнительные МСКТ-параметры, такие как «однородность» и количество «ядер» плотности. Подобный дифференцированный подход позволяет оптимизировать клинический алгоритм выбора хирургической тактики у пациентов с нефролитиазом, увеличить число успешных литотрипсий, избегая избыточной травматизации почечной паренхимы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Мочекаменная болезнь.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия, оценка результатов.

НИЗКОДОЗНЫЙ МСКТ-МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОЛИТИАЗОМ

А.Н. Россоловский¹, М.Л. Чехонацкая²,
Д.А. Бобылев², О.В. Основин¹, И.А. Крючков²

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского»

²Кафедра лучевой диагностики им.

*Н.Е. Штерна ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского»*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, нефролитиаз, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, компьютерная томография, низкодозный скрининг.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностическая визуализация является одной из неотъемлемых частей современной урологии. Признанным «золотым стандартом» в диагностике мочекаменной болезни (МКБ) является мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ). Однако до последнего времени данная модальность достаточно редко использовалась в послеоперационном скрининге результатов дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛТ) у пациентов с нефролитиазом. *Цель исследования:* оценка дополнительных возможностей низкодозного протокола МСКТ в послеоперационном скрининге больных МКБ после лечения методом ДУВЛТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ результатов оперативного лечения 127 пациентов с МКБ, которым было проведено клиничко-лабораторное и лучевое обследование и произведена ДУВЛТ. Все пациенты были разделены на две группы, в 1-й группе в качестве скрининговых методов использовалась классическая обзорная урография и ультразвуковое исследование (УЗИ), во 2-й группе послеоперационная оценка органов мочевыделительной системы проводилась с помощью модифицированных низкодозных протоколов МСКТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уменьшение индивидуальной дозы облучения пациента достигалось главным образом за счет снижения параметра силы тока (мА) в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациента. Использовались фиксированные значения от 20 до 80 мА. Значение напряжения (кВ) сохранялось в рамках от 100 кВ (для пациентов с низким ИМТ) до 120 кВ (для пациентов со средним и высоким ИМТ) с целью снижения степени зернистости диагностического изображения. При применении данных модифицированных низкодозных протоколов КТ-исследования у больных нефролитиазом удалось снизить индивидуальную дозу лучевой нагрузки каждого паци-

ента до трех раз (индивидуальная доза составила от 0,8 до 2,1 мЗв) в сравнении с применением стандартных режимов МСКТ-сканирования. При этом сохранялась возможность объективной оценки количества, локализации и размера фрагментов конкрементов вплоть до 1–2 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандарты протокола скринингового послеоперационного МСКТ-исследования могут быть изменены с целью снижения индивидуальной дозовой нагрузки пациента без критического ущерба качеству изображения. МСКТ с применением низкодозного протокола позволяет с большей точностью оценивать результаты проведенного лечения и гибко планировать дальнейшую тактику ведения пациентов с МКБ по сравнению со стандартным скрининговым подходом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Р.В. Роюк¹, С.К. Яровой¹, Д.Б. Родин²

¹Филиал № 1 ФГКУ «ГВКГ им. акад.

Н.Н. Бурденко» Минобороны России, Москва, Россия

²НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нефролитиаз, сердечно-сосудистые заболевания, литотрипсия, ДЛТ, перкутанная нефролитолапаксия, ретроградная интрауретральная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор оперативной методики пациентам, страдающим нефролитиазом с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС), является одной из приоритетной задач урологии в эпоху повышения уровня заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. В настоящее время минимизация операционной травмы считается важным этапом развития урологической помощи этой сложной категории пациентов. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность

различных основных оперативных методов лечения нефролитиаза пациентам с сопутствующей ИБС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование выполнено на 200 пациентах, получивших оперативное лечение нефролитиаза на фоне ИБС в урологическом отделении филиала № 1 ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Министерства обороны РФ в 2008–2022 гг. Пациенты относились к приписному контингенту военного госпиталя, что позволило осуществлять мониторинг их состояния на протяжении длительного времени. Из них 136 (68%) мужчин, 64 (32%) женщины. Средний возраст – 66 лет. Критерии включения: перенесенное оперативное вмешательство по поводу мочекаменной болезни с односторонней локализацией одиночных конкрементов в почке размером 1,5–2 см на фоне сопутствующей ИБС. Оценка эффективности лечения проводилась по показателю Stone-free rate (SFR) после оперативного лечения и через 3 месяца после операции, а безопасность – по развитию послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контактные методики литотрипсии продемонстрировали соизмеримые результаты (85,7–100%) без достоверных различий. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия дает существенно худший процент Stone-free rate – 75%, вне зависимости от сердечной недостаточности, что достоверно ниже, чем при перкутанной нефролитолапаксии (стандартной и мини-доступом), а также ретроградной контактной нефролитотрипсии (от 94 до 100%, $p < 0,05$). Послеоперационный пиелонефрит чаще развивался у коморбидных пациентов после контактных методик литотрипсии, риск составил до 21,7%, а послеоперационные кровотечения не превышали 4%. Кардиологические осложнения встречались у единичных пациентов. Все осложнения были медикаментозно купированы и не повлияли в дальнейшем на общее состояние коморбидных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мы считаем, что пациентам с нефролитиазом на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний стоит расширять показания к одномоментному и радикальному оперативному лечению. Мини-перкутанная неф-

ролитотрипсия показывает лучший профиль эффективности и может быть рекомендована как первый метод выбора оперативного лечения пациентам с камнями почек размером 1,5–2,0 см у коморбидных пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Лечение

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СЛОЖНЫХ КОНКРЕМЕНТАХ В/З МОЧЕТОЧНИКА

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

*ФГБОУ ВО «РостГМУ», ГБУ РО ЦГБ им.
Н.А. Семашко, Ростов-на-Дону, Россия*

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Активное развитие технологий в урологии за последние три десятилетия привели к радикальному изменению лечебной тактики у больных с камнями мочеточников. Сегодня при выборе метода лечения важно учитывать следующие факторы: размер камня, его плотность, расположение, длительность обструкции и состав конкремента. Большое значение имеет возможность смещения камня в лоханку во время РУПФС, от которой может зависеть выбор метода лечения. Все алгоритмы ведения больных описаны в существующих клинических рекомендациях, однако непростой выбор в каждом конкретном случае решается индивидуально. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность современных хирургических методов при индивидуальном выборе методики лечения крупных, сложных камней проксимального отдела мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 63 пациента с крупными (более 1,0 см) камнями проксимального отдела мочеточника в возрасте от 35 до 70 лет, проходивших лечение с 2016 по 2022 г. Всем пациентам проведено комплексное обследование, сбор жалоб, анамнеза, клинические анализы, УЗИ, СКТ, бактериологическое исследование мочи. Больные с острой инфекцией МС в исследование не включались. В зависимости от вида опера-

тивного лечения пациенты распределены на три клинические группы. Первую группу составили 35 больных, которым выполнена КУЛТ, вторую группу составили 11 пациентов, которым выполнена ПНЛ, в третью группу вошли 17 больных, перенесших ЭВХУ. КУЛТ проводилась при помощи полуригидного уретероскопа 9,5–12 Sh (Karl Storz) с использованием гольмиевого лазера 50 Вт (Auriga XL). Оценка результатов эффективности лечения проводилась по количеству пациентов, имеющих показатель SFR, по времени оперативного вмешательства, развитию послеоперационных осложнений и срокам выписки после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов первой группы SFR достигли 25(71,4%) пациентов. При этом достоверных различий в уровне SFR в зависимости от размера конкремента не отмечено ($p>0,05$). В группе пациентов после ПНЛ и ЭВХУ частота SFR достигла 100%. При этом определен достоверно более высокий уровень SFR по сравнению с КУЛТ ($p<0,05$). Среднее время продолжительности операции в группе КУЛТ составило 61 ± 3 мин. При этом определяется статистически значимое различие продолжительности КУЛТ в зависимости от размера камня ($p<0,05$). Среднее время продолжительности операции в группе ЭВХУ составило 91 ± 5 мин. Статистически значимых различий продолжительности ЭВХУ в зависимости от размера камня не наблюдалось. У больных после ПНЛ среднее время операции – 63 ± 7 мин. При сравнении ЭВХУ, КУЛТ и ПНЛ отмечается менее продолжительное время операции в группах КУЛТ и ПНЛ ($p<0,05$). При оценке осложнений, статистически значимым является высокий риск интраоперационной гематурии при более крупных камнях. В группе ЭВХУ интраоперационных осложнений не наблюдалось. В группе ПНЛ у 1 пациента отмечалось травматичное смещение конкремента с последующим развитием стриктуры в/з мочеточника. Средняя продолжительность госпитализации достоверно меньше в группе КУЛТ – $6,34\pm 0,26$ дня, в сравнении с группами ПНЛ – 9 ± 3 дня, в группе ЭВХУ – $7,71\pm 0,37$ дня ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможности современной хирургии при лечении камней проксимального отдела мочеточника разнообразны. Выбор метода удаления кам-

ней проксимального отдела мочеточника должен определяться индивидуально. Возможность смещения камня в лоханку повышает эффективность перкутанной хирургии до 100%. При «включенных» крупных камнях предпочтение нужно отдавать лапароскопической уретеролитотомии. Тяжесть осложнений во многом связана с размерами камня и длительностью обструкции мочеточника.

Тема секции: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Дистанционная уретеролитотрипсия

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.А. Зубков

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет» г. Казань, Россия.
Кафедра урологии им. академика
Э.Н. Ситдыкова*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

дистанционная уретеролитотрипсия (ДУЛТ),
эффективность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ

Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) принципиально изменила подходы к лечению мочекаменной болезни. Эффективность дистанционной нефролитотрипсии составляет 96-97,6%, уретеролитотрипсии - 72-76 %.

Цель исследования: повысить эффективность дистанционной литотрипсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

ДУЛТ выполнена 59 пациентам с камнем мочеточника в средней его трети. Средний размер камней составил $7,4 \pm 1,2$ мм. У 12 пациентов диагностированы рентгеногегативные камни, у 47 – позитивные. У всех пациентов имела место умеренная уретеропиелоектазия, не сопровождающаяся почечной коликой. ДУЛТ выполнялась на литотрипторах фирмы R.Wolf с рентгеновской фокусировкой (Пьезолит 3000 и Пьезолит 2500.10). Всем пациентам с рентгенопозитивными камнями перед операцией для увеличения пространства рядом с камнем устанавливали внутренний стент, который оставляли до полного отхождения фрагментов. При рентгеногегативных камнях осуществляли катетеризацию моче-

точника для последующего введения контрастного вещества с целью облегчения фокусировки камня до и во время проведения дробления.

Контрольная группа: 32 пациента с аналогичной локализацией камня, с умеренной уретерэктазией, но без дренирования верхних мочевых путей, болевой симптом отсутствовал.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Фрагментация камня в мочеточнике произошла у всех 59 пациентов в течение одного сеанса ДУЛТ (100 %) Стент удаляли после полного освобождения от фрагментов. Мочеточниковый катетер оставляли на 2 суток после операции и удаляли после контрольной уретеропиелографии. В послеоперационном периоде осуществлялась инфузионная и литокинетическая терапия. У трех пациентов с уратными фрагментами в течение 2-х суток по мочеточниковому катетеру подвели стерильный глицерин. У 2 пациентов (16,6%) из 12 с рентгеногегативными камнями после ДУЛТ и удаления катетера потребовалось стентирование, в связи с сохраняющейся эктазией. В группе пациентов, без дренирования верхних мочевых путей, потребовалось для полной фрагментации камней в мочеточниках, в среднем $2,6 \pm 0,7$ сеансов.

Из 32 пациентов контрольной группы стентирование потребовалось после ДУЛТ 11 (34%) в связи с выраженной эктазией верхних мочевых путей, почечной коликой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетание ДУЛТ с предварительным дренированием верхних мочевыводящих путей способствует повышению эффективности операции в 2,5 раза, сокращая количество сеансов ДУЛТ, облегчает фокусировку уратного камня, путем ретроградного подведения контрастного вещества в процессе дробления и обеспечивает профилактику возможных послеоперационных осложнений.

Благодарности /Источники финансирования
отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Лечение: хирургическое (инвазивное)

НАШ ОПЫТ ПЕРКУТАННОЙ ХИРУРГИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ В ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ

С.И. Сулейманов^{1,2}, В.В. Мусохранов²,
А.С. Бабкин², Д.А. Федоров², К.К. Багатурия²,
А.А. Тягун²

¹ ФГАОУ ВО РУДН, Москва

² ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ», Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни почек, мини-ЧПНЛ, tubeless

ВВЕДЕНИЕ

По данным исследований, заболеваемость уролитиазом составляет вплоть до 20% от всей популяции, что максимально актуализирует разработку новых и усовершенствование уже известных методов лечения пациентов с вышеуказанной патологией. В лечении крупных и коралловидных камней почек перкутанная нефролитотрипсия стала «золотым стандартом», считаясь самым малоинвазивным аналогом открытой операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2021 года по 2023 год в условиях урологического стационара ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ» 516 пациентам с нефролитиазом была выполнена миниперкутанная нефролитотрипсия (мини-ЧПНЛ). В исследование были включены пациенты от 19 до 67 лет (средний возраст 38 лет), из которых 57% составили мужчины и 43% – женщины с рентгенпозитивными конкрементами почек более 10 мм без клинических проявлений обструктивного пиелонефрита. Размер камней варьировался от 15 до 54 мм, плотность конкрементов находилась в диапазоне 735-1700 НУ, по результатам компьютерной томографии.

Оперативное лечение проводилось в положении пациента на спине с элевацией стороны поражения путем подкладывания медицинского валика.

Для литотрипсии был использован почечный тубус Amplatz 16СН, лазерная установка Auriga XL 50W, лазерное волокно с диаметром светонесущей жилы 600 мкм, длиной волны 1,94 мкм, энергия в импульсе и средняя мощность составляли 0,1-0,5 Дж и 10 Вт в режиме попкорнинг и 2-5 Дж и 20-50 Вт в режиме фрагментации соответственно. Успехом операции считалось отсутствие рези-

дуальных фрагментов камня более 1 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полная элиминация, подразумевавшая отсутствие резидуальных конкрементов >1 мм, была достигнута у 501 (97%) пациента. В 83% случаев проводилось вмешательство через один доступ, 17% потребовали мультидоступа при мини-ЧПНЛ, в 11 (2%) случаях была зафиксирована дистальная миграция фрагментов по ходу мочеточника, что потребовало проведения антеградного стентирования верхних мочевых путей со стороны поражения. Продолжительность литотрипсии варьировалась в диапазоне от 22 до 56 минут. Длительность нахождения в стационаре составила от 3 до 6 дней, сроки дренирования верхних мочевых путей мочеточниковым стентом от 10 до 16 дней. Литотрипсия с использованием бездренажных методик (tubeless) была выполнена 21 (4%) пациенту. Из осложнений раннего послеоперационного периода отмечалась атака пиелонефрита у 34 (6,5%) пациентов. При контрольном обследовании через 3 месяца у 17 (3,3%) пациентов были диагностированы резидуальные чашечные фрагменты >1 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом нефролитотрипсия в положении на спине является актуальным методом лечения пациентов с почечными конкрементами, а применение мультидоступа позволяет добиться максимальной элиминации камней с одновременным снижением времени операции.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Осложнения хирургического лечения

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

И.В. Феофилов^{1,2}, С.С. Шкуратов^{1,2},
А.К. Почивалов^{1,2}

¹ Кафедра урологии ФГБОУ ВО НГМУ
Минздрава России, г. Новосибирск, Россия
² Отделение урологическое, ГБУЗ НСО ГНОКБ,
г. Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мини-перкутанная нефролитотрипсия,
осложнения, кровотечение

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кровотечение – потенциально опасное осложнение перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ), которое встречается от 0,5 до 25%. Выявлена прямая зависимость развития кровотечения и объема кровопотери от диаметра рабочего канала – чем меньше размер, тем меньше осложнений. *Цель исследования:* проанализировать частоту послеоперационных кровотечений после мини-ПНЛТ и оптимальную тактику при их развитии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное в период с 2020 по 2022 гг. В исследование включено 715 пациентов, которым была выполнена мини-ПНЛТ. Размеры камней от 8 до 30 мм, плотностью от 450 до 1600 НУ. Оценены послеоперационные массивные кровотечения, потребовавшие дополнительных манипуляций (III класс по Rinaldo - Dindo – Clavien). Мини-ПНЛТ выполнялась по общепринятой методике под эпидуральной анестезией в положении на животе с предварительной катетеризацией заинтересованной почки. Для стабилизации рабочего канала использовалась трубка-кожух № 16 Ch. Для разрушения камней использовался отечественный лазерный литотриптор FiberLase U1. После выполнения основного этапа операции и контрольной пиелоскопии почка дренировалась нефростомой (катетер Фолея или Нелатона №12–14 Ch). В 142 (19,8%) случаях нефростомия не выполнялась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Угрожающее массивное кровотечение после выполнения мини-перкутанной нефролитотрипсии развилось у 5 (0,69%) пациентов в сроки от 1 до 7 суток. Величина кровопотери от 400 до 800 мл ($600 \pm 145,77$). У трех больных кровотечение появилось при наличии нефростомы и у двух после ее удаления и выписки из стационара. Всем пациентам выполнена аортография, селективная ангиография почки со стороны поражения – диагностирована артерио-венозная фистула – выполнена суперселективная эмболизация – кровотечение полностью купировано.

Клинический пример. Пациент В., 52 года находился в урологическом отделении ГНОКБ с 05.04.2022 г. по 12.02.2022 г. с диагнозом: МКБ. Камни чашечек правой почки. Вторичный хронический пиелонефрит, ремиссия. МСКТ МВС: в верхней и нижней чашечке правой почки кам-

ни размером 12 x 8 мм и 13 x 7 мм плотностью до 1500 НУ. 06.04.2022г. выполнена мини-перкутанная лазерная нефролитотрипсия, нефростомия справа. 11.04.2022г. нефростома удалена, на следующий день пациент выписан в удовлетворительном, 15.04.2022г. пациент поступает по экстренным показаниям с жалобами на боль в правой поясничной области, примесь крови в моче, повышение температуры тела до 38,2 С. УЗИ: в полости мочевого пузыря сгусток крови 80*50*76 мм, установлен уретральный катетер Фолея № 22 Ch, мочевой пузырь отмыт. Постельный режим, консервативная терапия с положительной динамикой. 20.04.2022г. повторный эпизод кровотечения. выполнена ангиографию почки, диагностирована артерио-венозная фистула, эмболизация микроспиралей. На контрольной ангиографии определяется хороший ангиографический результат, симптом «стоп-контраст».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на свою малоинвазивность, мини-перкутанная нефролитотрипсия может сопровождаться таким осложнением, как послеоперационное кровотечение (0,69%), источником которого является артерио-венозная фистула. При этом показано проведение ангиографии почки и выполнение суперселективной эмболизации артерио-венозной фистулы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Показания к лапароскопической хирургии МКБ

ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

И.В. Феофилов^{1,2}, С.С. Шкуратов^{1,2},
А.К. Почивалов^{1,2}

¹ Кафедра урологии ФГБОУ ВО НГМУ
Минздрава России, г. Новосибирск, Россия
² Отделение урологическое, ГБУЗ НСО ГНОКБ,
г. Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни верхних мочевых путей, лапароскопическая хирургия, показания к операции

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Крупные вколоченные камни мочеточника и камни в «аномальных» почках относятся к категории «сложных». Данные клинические ситуации не всегда позволяют выполнить общепринятые современные вмешательства (ДУВЛТ, ПНЛТ или КУЛТ). Альтернативой может выступить лапароскопическая уретеро- или пиелолитотомия, однако четкие показания к этим операциям не определены. *Цель исследования:* уточнить показания к лапароскопической хирургии камней верхних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное в период с 2021 по 2022 гг. В исследование включено 1051 пациент, которым было выполнено плановое оперативное лечение с камнями верхних мочевых путей. Возраст от 15 до 86 лет (средний 47,3), женщин на 3,5% меньше, чем мужчин. Хирургические вмешательства включали в себя: перкутанная (включая мини) нефролитотрипсия (ПНЛТ) – 521 (49,57%), контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) – 512 (48,71%), лапароскопическая нефролитотомия (ЛСНЛТ) – 1 (0,095%), лапароскопическая пиелолитотомия (ЛСПЛТ) – 7 (0,67%), лапароскопическая уретеролитотомия (ЛСУЛТ) – 9 (0,86%), открытая уретеролитотомия (ОУЛТ) – 1 (0,095%). Все операции выполнялись по общепринятым методикам. Оценены условия, определившие показания к выполнению лапароскопической пиело- и уретеролитотомии, открытой уретеролитотомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Доля ретроградной и перкутанной хирургии при камнях верхних мочевых путей составила 98,28%, доля лапароскопических вмешательств – всего 1,72%. К ЛСНЛТ показанием явился грибовидный камень, обтурирующий шейку нижней чашечки с развитием выраженного локального гидрокаликоза с истончением в этой области паренхимы до 2-3 мм, дополнительно измененные ткани резецированы, паренхима с полостью ушита нитью V-Lok. Из семи случаев ЛСПЛТ в пяти показаниями явилась тазовая (4) и подвздошная (1) дистопия почки, в двух случаях симультантно выполнена: резекция почки по поводу ЗНО этой же почки; иссечение крупной кисты. Из 9 ЛСУЛТ – в трех случаях невозможность ретроградного доступа (ДГПЖ больших размеров – 2, стриктура уретры (эпицистостома) – 1), в остальных

шести – крупные (от 1,5 до 3 см), высокой плотности (свыше 1300 НУ), вколоченные камни (у трех пациентов первоначально была выполнена попытка КУЛТ). Открытая УЛТ выполнена в ходе симультантной операции: тромбэктомия из инфраренального отдела аорты, петлевая тромбэндартерэктомия из правой поверхностной бедренной артерии, ксенопротезирование правой подколенной артерии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопические операции при камнях верхних мочевых путей имеют достаточно узкий спектр показаний, связанные с технической и технологической невозможностью ретроградного или перкутанного доступа, при аномальной тазово-подвздошной дистопии почки, необходимостью выполнения симультантных операций.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия.

Рубрика: Эндоурологическое лечение мочекаменной болезни.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ
ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИБКОЙ
УРЕТЕРОРЕНОСКОПИИ ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕЖИМА
«ЛИТОТРИПСИЯ В ПЫЛЬ»
(STONE DUSTING)**

Б.В. Ханалиев¹, А.В. Иванов¹, Е.С. Скрябин¹,
Д.В. Косарева¹

¹ *Кафедра урологии и андрологии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ретроградная интравенальная хирургия; «литотрипсия в пыль» (stone dusting); инфекционные осложнения; диуретическая терапия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инфекционные осложнения после ретроградной интравенальной хирургии (РИРХ) наблюдаются у 2,8-7,5% больных (в среднем 7,1%). На риск инфекционных осложнений влияют: длительное

время операции, струвитный нефролитиаз, инфицированные и инфекционные конкременты, высокая скорость ирригации и др. При использовании режима «литотрипсия в пыль» (stone dusting) образуется мелкодисперсная взвесь, часть которой оседает в чашечно-лоханочной системе, что, вероятно, может являться одним из факторов риска активизации инфекции. Цель исследования — оценить эффективность использования диуретической инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде пациентам после проведенной гибкой уретерореноскопии при использовании режима «литотрипсия в пыль».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021-2022 гг. На базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ г. Москвы в исследование вошли 46 пациентов, которым выполнялась гибкая УРС в режиме stone dusting. В первой группе (23 пациента) проводилась диуретическая терапия (Фуросемид 20 мг 2 раза в сутки внутривенно струйно) в раннем послеоперационном периоде (первые сутки), вторая группа (23 пациента) - контроль.

Риск развития послеоперационной инфекции оценивался у пациентов, которые имели признаки синдрома острой воспалительной реакции (лихорадка ≥ 38 °С, лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенные показатели С-реактивного белка и прокальцитонина, положительное (клинически значимое) бактериологическое исследование мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекционные осложнения отмечались у 3 пациентов (13%) как в первой, так и во второй группах. Антибактериальная терапия проводилась согласно протоколу эмпирической антимикробной терапии с дальнейшей коррекцией по бактериологическому анализу мочи.

При проведении спектрального и химического анализа конкрементов и интраоперационной мочи у данных пациентов выявлены струвитные и фосфатные компоненты нефролитиаза. По данным посева мочи отмечался клинически значимый рост бактерий видов *Proteus*, *Staphylococcus* и *Enterococcus*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение диуретической терапии в первые сутки раннего послеоперационного периода не приводит к уменьшению количества инфекционных осложнений у пациентов, имеющих инфекционный и инфицированный нефролитиаз. Учитывая малый объем выборки, данное заключение отражает промежуточный результат нашего исследования.

Благодарности/Источники финансирования: не указаны.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия.

Рубрика: Эндоурологическое лечение мочекаменной болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЖИМА «ЛИТОТРИПСИЯ В ПЫЛЬ» (STONE DUSTING) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАЗЕРНОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Б.В. Ханалиев¹, А.В. Иванов¹, Д.В. Косарева¹,
Е.С. Скрыбин¹

¹ *Кафедра урологии и андрологии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гибкая уретерореноскопия (гибкая УРС); «литотрипсия в пыль» (stone dusting); «фрагментация с экстрагированием» (fragmentation with extraction); литотрипсия; послеоперационная инфекция

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гибкая уретерореноскопия (УРС) является одним из методов выбора оперативного лечения камней почек. При проведении данной методики применяются два основных режима в контактной дезинтеграции конкремента – «литотрипсия в пыль» (stone dusting) и «фрагментация с экстрагированием» (fragmentation with extraction). «Литотрипсия в пыль» проводится в режиме низкой энергии (0,2-0,5 Дж) и высокой частоты (50-80 Гц), что позволяет дезинтегрировать конкремент до 0,5-1 мм. При этом камень превращается в мелкодисперсную взвесь, которая не требует дополнительной литоэкстракции. *Цель исследо-*

вания: оценить риск инфекционных осложнений после проведения гибкой УРС с использованием режима stone dusting.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021 - 2022 гг.

На базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ г. Москвы в исследование вошли 60 пациентов, которым проводилась гибкая УРС в режиме stone dusting. Риск развития послеоперационной инфекции оценивался у пациентов, которые имели признаки синдрома острой воспалительной реакции (лихорадка $\geq 38^\circ\text{C}$, лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенные показатели С-реактивного белка и прокальцитонина, положительное (клинически значимое) бактериологическое исследование мочи) в послеоперационном периоде как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях. Лабораторные анализы (общий анализ мочи, биохимические маркеры воспаления, бактериологический посев мочи) проводились в случае появления признаков воспаления (в условиях стационара), а также в рамках амбулаторного контрольного обследования на 10 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекционные осложнения при проведении гибкой УРС с использованием режима stone dusting отмечались у 5 пациентов в раннем послеоперационном периоде. Антибактериальная терапия проводилась согласно протоколу эмпирической антимикробной терапии с дальнейшей коррекцией по бактериологическому анализу мочи. При проведении спектрального и химического анализа конкрементов и интраоперационной мочи у данных пациентов выявлены струвитные и фосфатные компоненты, которые имеют инфекционный характер. По данным посева мочи отмечался клинически значимый рост бактерий видов *Proteus*, *Klebsiella*, *Staphylococcus* и *Enterococcus*. В амбулаторных условиях (в рамках предоперационной подготовки) в обеих группах проявлений бактериальной инфекции не обнаруживалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование режима stone dusting показывает хорошую эффективность в литотрипсии камней почек. На вероятность развития осложнений неоспоримо влияло наличие инфекционных, а так-

же инфицированных конкрементов. Мы предполагаем, что фактором риска является длительно персистирующая мелкодисперсная инфекционная взвесь, образовавшаяся впоследствии литотрипсии в чашечно-лоханочной системе.

Благодарности/Источники финансирования: не указаны.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Камни почек

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ: РЕЖИМЫ РАСПЫЛЕНИЯ И ФРАГМЕНТАЦИИ ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсегян¹, Е.И. Косарев¹,
Е.С. Скрябин¹, А.В. Иванов¹, Д.В. Косарева¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; лазерная литотрипсия; ретроградная интравенальная хирургия; фрагментация; распыление; нефролитоэкстракция

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Литотрипсия при ретроградной интравенальной хирургии (РИРХ) может быть выполнена различными режимами. В нашей работе мы стремились провести систематический обзор, исследуя безопасность режимов распыления и фрагментации с дальнейшей экстракцией. *Цель исследования:* изучить результаты проведения различных режимов фрагментации конкрементов почек при ретроградной интравенальной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в 2019-2022 гг. В исследование включено 120 пациентов с конкрементами почек ≥ 1 и ≤ 2 см в диаметре после проведения РИРХ, в возрасте 20-85 лет. В 64 (54,2%) случаях выполнена нефролитотрипсия методом распыления, в 56 случаях (46,7%) выполнена фрагментация конкремента с дальнейшей нефролитоэкстракцией. 120 пациентам (100%) выполнено предварительное стентирование мочеочника на 7-10 дней. У 12 (10%) пациентов отмечена активизация хронического воспалитель-

ного процесса верхних мочевыводящих путей, потребовавшая проведения инфузионной антибактериальной терапии, остальным пациентам (90%) проводилась интраоперационная антибактериальная профилактика. Качество жизни пациентов оценивалось опросником Wisconsin stone-QOL, при прохождении которого у всех пациентов до проведения оперативного вмешательства выявлено снижение общего количества баллов до 33 (± 4). Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов, перенесших РИРХ отмечено повышение суммарного балла опросника Wisconsin stone-QOL до 87 (± 5) баллов. В 97,5% случаев (117 пациентов) отмечено полное избавление конкрементов из почек. Средняя продолжительность операции во время использования режима распыления составляла 40 (± 20) минут, в то время как во время фрагментации продолжительность оперативного вмешательства увеличивалось до 50 (± 20) минут. По истечению 6 месяцев после оперативного вмешательства у 15 (12,5%) пациентов при КТ мочевого выделительной системы отмечено наличие мелких конкрементов до 2 мм в диаметре, не требующих оперативного лечения. По истечению 6 месяцев после оперативного пособия, вне зависимости от режима литотрипсии, РИРХ привела к улучшению качества жизни у 118 (98,3 %) больных. Ни у одного пациента не наблюдалось уменьшения суммы баллов по опроснику Wisconsin stone-QOL.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РИРХ является высокоэффективным и безопасным методом удаления конкрементов в мочевых путях. Основными преимуществами РИРХ являются возможность удаления камней практически при любой локализации и любой плотности, а также низкими показателями послеоперационных осложнений. При РИРХ безопасно использование различных режимов лазерной литотрипсии, получая при этом аналогичные результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что РИРХ приводит к улучшению качества жизни пациентов, не прибегая к открытой хирургии, тем самым сокращая сроки пребывания пациента в стационаре. Выявлена связь между результатами инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ) и субъективными ощущениями паци-

ентов (опросник Wisconsin stone-QOL). Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа (более 1 года).

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: Хирургия мочекаменной болезни в комбинации с реконструктивной урологией верхних мочевых путей

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ФИБРОКАЛИКОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕКМЕНТА ПО ХАЙНС-АНДЕРСЕНУ.

Б.М. Шайхразиев^{1,3}, К.И. Гайнетдинов^{1,2}

¹ Урологическое отделение №1, ГАУЗ
«Республиканская клиническая больница»,
г. Казань, Россия

² Кафедра общей гигиены, ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский
университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия

³ Кафедра урологии, нефрологии
и трансплантологии, «Казанская
государственная медицинская академия»,
филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ,
г. Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; уролитиаз; стриктура; гидронефроз; хирургия; пиелопластика; лапароскопия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь является одним из самых частых заболеваний, встречающихся в практике врача-уролога как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах. При этом уролитиаз может проявляться как самостоятельная нозология, так и являться осложнением других патологий.

Стриктура пиелоретерального сегмента влечет за собой гидронефроз, стаз мочи, и как следствие этого, формирование конкрементов в полостной системе почки. В середине прошлого века, Anderson и Hynes предложена методика, которая заключалась в создании анастомоза, между дистальным рассеченным участком мочеточника

и нижней частью лоханки, с резекцией ее избыточной части. Лапароскопическая пиелопластика по этой методике и по сей день остается эффективным методом выбора в большинстве мировых клиник. *Цель исследования:* Оценить эффективность фиброкаликотрипсии при лапароскопической пластикке лоханочно-мочеточникового сегмента по Хайнс-Андерсену.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент У., 47 лет, обратился с клиническим диагнозом - Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента слева. Вторичный левосторонний гидронефроз 2 стадии. Вторичные камни нижней чашечки левой почки. Лабораторные анализы без существенных отклонений. По данным динамической сцинтиграфии почек с сосудистой фазой имеется обтурационный тип кривой слева. По результатам рентгеновской компьютерной томографии чашечно-лоханочная система деформирована и расширена, внепочечный тип лоханки с резким сужением на уровне пиелоуретерального сегмента, 3 конкремента в нижней чашечке размерами 9-11 мм. В экскреторную фазу на 30 минуте полостная система контрастируется полностью, левый мочеточник не контрастируется.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Под общим интубационным наркозом установлены троакары в типичных местах. Пневмоперитонеум. С помощью ультразвукового диссектора рассечена брыжейка кишки. Выделена лоханка. Лоханка увеличена в размерах, выбухает. Мочеточник отсечен вместе со стриктурой. При помощи гибкого фиброцистоскопа, введенного через троакар, проведена ревизия лоханки и чашечек. При помощи корзинки удалены 3 конкремента диаметром до 1 см шиповатой формы. Далее проведена спотуляция мочеточника, место стриктуры отсечено. Наложена анастомоз по Хайнс-Андерсену с установкой внутреннего мочеточникового стента. Дренаж к месту анастомоза с ушиванием брюшины, брыжейки. Дренаж в брюшную полость. Троакары удалены. Ушивание троакарных отверстий. Асептическая повязка. Установлен уретральный катетер Фолея №18. Продолжительность операции - 2 часа 35 минут. Пациент выписался на третьи сутки после удаления уретрального катетера на амбулаторное долечивание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение фиброкаликотрипсии при лапароскопической пластикке лоханочно-мочеточникового сегмента для удаления камней чашечек почки является безопасной и эффективной методикой у данной группы пациентов. В связи с небольшим количеством клинических наблюдений для достоверной оценки эффективности данной методики необходимо проведение дальнейших исследований.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия

Рубрика: МКБ, диагностика и хирургия

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КТ НАВИГАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ

А.И Юнкер^{1,2}, М.А Фирсов^{1,2}, А.Е. Герцен²,
П.А. Симонов^{1,2}, Е.А Безруков^{2,3},
Н.В. Литвинюк¹.

¹ Урологическое отделение КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия

² Кафедра урологии, андрологии и сексологии с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

³ Институт урологии и репродуктивного здоровья человека

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нефролитолапаксия, компьютерная томография, мочекаменная болезнь, роботическая установка ARTIS pheno, КТ-навигация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ) является наиболее оптимальным методом в лечении больших или сложных почечных конкрементов. Операционная техника и эндоскопическое оборудование, специализированный инструментальный постоянно развивались, с момента появления ПНЛ в 1976 году, повышая показатели успеха со снижением количества осложнений и забо-

леваемости. В связи со специфичностью проведения методики в США только 11% урологов выполняют чрескожную литотрипсию, а в России не более 3-5 %.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Краевой клинической больнице в 2021 году была выполнена первая ПНЛ у пациента с камнем нижней чашечки левой почки с использованием робота ангиографа SIEMENS Healthineers (ARTIS pheno) в гибридной операционной. Данная роботическая установка позволяет выполнять интраоперационное компьютерно-томографическое исследование с последующим построением навигационной карты, с четко отображаемой траекторией, длину и угол наклона пути иглы с автоматическим позиционированием С-дуги.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами выполнено 30 пункций чашечно-лоханочной системе с использованием роботической ангиографической установки при ПНЛ. Средний возраст пациентов составил $56,6 \pm 19$ лет. По данным МСКТ камень нижней чашки выявлен у 7 пациентов, в 13 случаях – средней чашечки, у 7 больных - верхней, камни лоханки зафиксированы у 3 пациентов. Плотность камней варировалась от 877 HU до 1356 HU. Использование роботической установки ARTIS pheno позволяет выполнить интраоперационное 3D-моделирование для определения наиболее безопасной пункции полостной системы почки с последующим выполнением нефролитолапаксии в независимости от локализации конкремента, сложности анатомии. Кроме этого, КТ-подобное изображение позволяет в ходе операции оценить наличие резидуальных камней и выполнить прием Second Look не в отсроченном порядке. Данная система в отличие от всех существующих видов навигации позволяет интраоперационно оценить эффективность (Stone Free Rate) оперативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение данной системы навигации при выполнении ПНЛ позволит максимально снизить риски осложнений при формировании пункционного доступа, уменьшить количество повторных вмешательств и минимизировать нежелательные последствия в послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ИМП). БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИНФЕКЦИИ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Сепсис

УРОСЕПСИС У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

С.М. Алферов, С.А. Левицкий, Р.Р. Губайдуллин, Н.О. Симонова, Н.С. Ревковская, М.А. Смирнова

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

уросепсис, гемосорбция, возрастные пациенты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Физиологический процесс, который сопровождается закономерно возникающими в организме возрастными изменениями, называется старением. Пожилой возраст, по данным ВОЗ, – это возраст от 60 до 74 лет, старческий – от 75 до 90 лет, старше 90 лет – долгожители. В России, как и во всем мире, неуклонно растет доля пожилого населения. Это связано и с увеличением продолжительности жизни, и со снижением рождаемости. В настоящее время большинство людей доживают до пожилого возраста (по данным всемирного доклада ВОЗ о старении и здоровье, 2016 г.).

Тяжесть течения практически любых заболеваний находится в прямой корреляции с возрастом пациента. Старение – это разрушительный процесс. Глубинные изменения, происходящие с возрастом на клеточном уровне, накапливаются как снежный ком, приводя к неполноценности физиологических функций. *Цель исследования:* изучение течения уросепсиса у возрастных пациентов, определение оптимального алгоритма лечения.

Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде ге-

нерализованного воспаления на инфекцию различной природы. В соответствии с самой фундаментальной концепцией «Сепсис 3» (2016 г.), сепсис – это сочетание инфекционного очага, синдрома системной воспалительной реакции (СВР) и системной полиорганной недостаточности (СПОН). А уросепсис занимает до 30% среди всех выявляемых случаев сепсиса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2020 по 2022 г. (ноябрь) в наше отделение было госпитализировано 3542 пациента. 748 пациентов (28% от общего числа госпитализированных) в возрасте от 60 до 74 лет, 735 пациентов (~ 27,5%) в возрасте от 75 до 90 лет, 21 пациент (~ 0,6%) старше 90 лет. У 23 (0,65%) пациентов старше 60 лет диагностирован и подтвержден уросепсис. Возрастно-половой состав – 16 мужчин/7 женщин. Мужчины в возрасте от 73 до 91 года. Женщины в возрасте от 74 лет до 81 года. У 20 (0,56%) пациентов очаг инфекции – острый обструктивный пиелонефрит на фоне МКБ, у 1 (0,03%) – обструктивный пиелонефрит на фоне гематампонады мочевого пузыря, развившейся на фоне лечения антикоагулянтами новой коронавирусной инфекции covid-19 в стационаре, у 1 (0,03%) – обструктивный пиелонефрит на фоне хронической задержки мочи (ХЗМ) и вторичного уретерогидронефроза, у 1 (0,03%) – обструктивный пиелонефрит на фоне стриктуры мочеточника после операции Брикера. 21 из 23 пациентов были госпитализированы СМП в тяжелом состоянии сразу в отделение реанимации. При этом стоит отметить, что у всех больных подозревалось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Один пациент находился на лечении в инфекционном отделении с новой коронавирусной инфекцией covid-19. Одна пациентка госпитализирована в неврологическое отделение с подозрением на люмбоишиалгию и в короткий срок переведена в отделение реанимации в связи с резким ухудшением состояния, спутанностью сознания и развитием гипотонии.

Всем пациентам в первые часы с момента госпитализации была проведена поисковая МСКТ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства. У 20 пациентов диагностирована МКБ: у 3 пациентов диагностирован камень нижней трети правого мочеточника, у 2 – камень нижней трети левого мочеточника, у 4 – камень в/3 левого мо-

четочника, у 2 – камень в/3 правого мочеточника, у 2 – крупный камень лоханки правой почки, у 3 – крупный камень лоханки левой почки, у 1 – коралловидный камень правой почки, у 3 – камни обоих мочеточников. У пациентки после операции Брикера отмечалось расширение ЧЛС левой почки и левого мочеточника до уровня кондуита. У пациента с гематампонадой мочевого пузыря и пациента с ХЗМ отмечался билатеральный уретерогидронефроз.

При поступлении клинически у 21 из 23 пациентов отмечалось угнетение сознания, что послужило поводом к вызову СМП. Анамнестически этому предшествовали боли в спине без четкой локализации, что было принято за проявление неврологических проблем, присущих пациентам данной возрастной группы.

Лабораторно у пациентов в общем анализе крови (ОАК) отмечался лейкоцитоз от $11,2$ до $24,4 \cdot 10^9$, с палочкоядерным сдвигом – от 7 до 23%. В биохимии крови отмечалась азотемия разной степени выраженности (креатинин – от 148,1 до 778 мкмоль/л, мочевины – от 8,44 до 61 ммоль/л), уровень прокальцитонина – от 0,7 до 186,7 нг/мл, CR-белок – от 67,9 до 448 мг/л. Также у больных определялась активность эндотоксина (ЕАА) (ЕА) (от 0,33 до 0,68).

Всем пациентам выполнен бактериологический посев крови. По результатам посевов у 8 пациентов выявлен рост *Klebsiella pneumoniae*, у 14 пациентов – *E.coli* и только в одном случае посев крови роста не дал.

При этом повышение температуры тела отмечалось только у 2 больных, один из которых проходил лечение от новой коронавирусной инфекции covid-19.

21 пациенту в первые часы лабораторно и инструментально (МСКТ) был подтвержден диагноз и выполнено экстренное дренирование мочевых путей пункционной нефростомой в 19 случаях, и в 2 случаях женщинам выполнена установка наружного катетера-стента. Пациенту с гематампонадой мочевого пузыря выполнена эндоскопическая эвакуация гематомы, коагуляция кровоточащих сосудов и установка троакарной эпицистостомы (на момент развития гематампонады больной находился в ОРИТ с ~50% поражением легких). Пациенту с ХЗМ выполнена троакарная эпицистостомия и проведены сеансы гемодиализа. Всем пациентам интраопера-

ционно выполнялось взятие мочи для бактериологического посева.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После дренирования очага инфекции на фоне интенсивной терапии в условиях ОРИТ пациентам проводилась эмпирическая антибактериальная терапия, согласно принятой в нашем стационаре программе СКАТ. До получения результатов бак. посева назначалась комбинация двух антибактериальных препаратов (Цефепим/сульбактам или меропенем + линезолид или ванкомицин).

14 больным проводилась селективная гемосорбция липополисахаридов (адсорбер Altesco) в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина (сорбционные картриджи Toгамухин). Наряду с интенсивной терапией, мощной антибактериальной терапией, экстракорпоральное очищение крови от эндотоксина тормозит развитие септического каскада, запускаемого липополисахаридом бактериальной клеточной стенки и тем самым улучшает клинический исход. У всех 14 пациентов была отмечена быстрая стабилизация гемодинамики, выраженное значительное и очень быстрое улучшение лабораторных показателей. Данные методики в настоящий момент недостаточно изучены, а в нашей стране имеют единичные случаи использования, в отличие от Японии и США, где сорбционные методики изучаются и используются уже более 20 лет. В одном наблюдении летальный исход отмечен в первые сутки (пациентка, 83 года, после операции Брикера). В одном наблюдении летальный исход наступил на 9-е сутки от вирусно-бактериальной пневмонии (пациент с covid-19). В одном наблюдении летальный исход наступил на 12-е сутки после кратковременного улучшения (пациент, 91 год). Еще в 9 случаях удалось вывести пациентов из септического состояния, стабилизировать и перевести в общесоматическое отделение. Наиболее быстрое выздоровление отмечено у пациентов, которым проводилась селективная гемосорбция липополисахаридов в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина. У данной группы пациентов нормализация лабораторных показателей (например, нормализация уровня прокальцитонина) и перевод из ОРИТ отмечены в срок от 5 до 7 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уросепсис продолжает оставаться одной из основных причин летальных исходов урологиче-

ских пациентов пожилого и старческого возраста. Активно изучаются методы эффективной борьбы с данным патологическим состоянием. Основными методами борьбы с уросепсисом остаются дренирование очага инфекции с проведением мощной антибактериальной терапии. Однако, по нашему мнению, значительному повышению эффективности борьбы с септическим состоянием, способствует комбинация общепринятых методов с селективной гемосорбцией липополисахаридов в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина, что подтверждается применением данной методики не только у возрастных пациентов, но также и у более молодых больных и даже у детей. Комбинация дренирования очага, антибактериальной терапии и гемосорбционных методик видится нам наиболее перспективной и заслуживающей внедрения в рутинную практику при лечении граммотрицательного сепсиса. Единственным минусом данного метода является высокая стоимость, что мешает его повсеместному внедрению и активному использованию.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП. Инфекции нижних мочевых путей. Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: ИМП. Инфекции нижних мочевых путей

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А.С. Аль-Шукри¹, А.В. Максимова¹,
Н.И. Дуб², Ю.А. Пономарёва¹, С.В. Костюков¹,
А.А. Манченко¹, С.Б. Петров¹

¹Кафедра урологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

КАИМП; инфекции мочевыводящих путей (ИМП); мочевого катетер; D-манноза.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контаминация мочевого катетера внутрибольничными штаммами микроорганизмов происходит с первых часов его установки, что является предиктором возникновения осложнений в виде катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (КАИМП), на долю которых приходится около 80% от всех нозокомиальных инфекций. Актуальность данной проблемы определила наш интерес в разработке стратегии по борьбе с КАИМП. *Цель исследования:* оценка комбинированного применения D-маннозы (2000 мг), экстракта клюквы (500 мг), витамина D₃ (1 мкг) и Цефтриаксона, по сравнению с монотерапией антибактериальным препаратом, в профилактике развития КАИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 120 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 80 лет с установленным катетером Фолея без системы орошения в послеоперационном периоде на 3–5 суток. В группе I (n=60) пациенты принимали D-маннозу, экстракт клюквы и витамин D₃ перорально в виде саше, растворенного в воде, а также получали Цефтриаксон. В группе II (n=60) проводилась монотерапия препаратом Цефтриаксон.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После бактериологического исследования удаленного катетера Фолея получены следующие результаты. В основной группе: бактериальный рост на дренаже отсутствовал у 40 пациентов (66,67%), в 5 случаях (8,33%) обнаружен рост *Staphylococcus epidermidis*, у 5 пациентов (8,33%) установлен рост *E.Coli*, на 7 катетерах (11,67%) – рост *Enterococcus faecalis*. На двух образцах обнаружена смешанная флора – *E.Coli+Enterococcus faecalis* (3,33%), на одном образце – *E.Coli+Staphylococcus epidermidis* (1,67%).

В группе сравнения бактериальный рост на дренаже отсутствовал в 23 случаях (38,33%), на четырех катетерах обнаружен рост *Enterococcus faecalis* (6,67%), в шести случаях отмечен рост *Corynebacterium amycolatum* (10%), на 10 катетерах – *Staphylococcus hominis* (16,67%), в четырех случаях – *E.coli* (6,67%), а в пяти случаях – *Staphylococcus epidermidis* (8,33%). На

двух образцах обнаружена смешанная флора – *E.Coli+Enterococcus faecalis* (3,33%), на трех образцах – *Staphylococcus hominis+Corynebacterium amycolatum*, (5%), на трех образцах – *Staphylococcus hominis+E.coli* (5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности комбинированного применения D-маннозы (2000 мг), экстракта клюквы (500 мг), витамина D₃ (1 мкг) и Цефтриаксона, что позволяет рекомендовать данную комбинацию для профилактики развития КАИМП у пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Хронический пиелонефрит при единственной почке

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КОМПЕНСАЦИЯ СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

С.С. Андреев¹, И.И. Титяев¹, К.В. Удалов²,
Б.А. Неймарк³, С.В. Андреева¹,
В.В. Руссу¹, А.А. Пожидаев¹, М.В. Корень¹,
Е.Б. Форофонтова¹

¹Отделение урологическое, ГБУЗ НСО
«ГКБ № 1», Новосибирск, Россия

²Отделение онкоурологическое, ГБУЗ НСО
«ГКБ № 1», Новосибирск, Россия

³Кафедра урологии и андрологии с курсом
ДПО, ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России,
Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

артериальная гипертензия, единственная почка, хронический пиелонефрит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Более 7,1 млн ежегодных случаев смерти в мире можно так или иначе связать с артериальной гипертензией. Диастолическое АД более 115 мм рт.ст. является фактором риска номер один в мире, это наблюдается во всех возрастных группах. Повышенное АД способствует развитию ангиосклероза, ХПН, что ухудшает реабилитацию больных и клинический прогноз. Вли-

яние артериальной гипертензии на прогрессирование как нефропатии, так и ХБП остается малоизученным. *Цель исследования:* определить роль высокого АД в патогенезе прогрессирования хронических заболеваний единственной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 46 человек в возрасте от 32 до 45 лет (20 женщин и 26 мужчин), перенесших нефрэктомия по поводу вторично сморщенной почки с высоким АД с целью его коррекции. В послеоперационном периоде АД снизилось до среднего $105,6 \pm 5,3$ мм рт.ст. (диастолическое) в 39,1% случаев. Давность операции – от 2 до 15 лет. Суточное мониторирование АД: колебание систолического от 165–220 мм рт.ст. (среднее $136,8 \pm 6,6$ мм рт.ст.), диастолического от 80–110 мм рт.ст. (среднее $105,3 \pm 3,5$ мм рт.ст.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным МСКТ, магистральные сосуды единственной почки были без изменений, средний диаметр – $3,5 \pm 0,8$ мм в 93,4% случаев. Проба Реберга-Тареева: суточный диурез – 600–1600 мл; креатинин крови – 112–140 мкмоль, креатинин мочи – 7170–10117 мкмоль, клубочковая фильтрация – 86,2–92,4%; канальцевая реабсорбция – 96,5–98,88%. Проба Зимницкого: относительная плотность мочи составляла 1006–1017, диурез – 1,5–2,5 л. При доплерографии сосудов единственной почки прослеживалась тенденция к снижению почечного кровотока в 83,7% случаев: диаметр почечного сосуда при АГ был без изменений (V кровотока в почечной артерии – $69,4 \pm 5,6$ мл при норме не менее 100 мл, пульсационный индекс – $0,64 \pm 0,07$ при норме $0,68 \pm 0,08$ в основном стволе). В междолевых артериях пульсационный индекс – $0,64 \pm 0,08$ в сегментарных артериях $0,54 \pm 0,08$ (норма в междолевых артериях – $0,89 \pm 0,06$; в сегментарных – $0,88 \pm 0,8$). Пульсационный индекс снижен за счет повышенного тонуса артерий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судя по результатам, функция единственной почки компенсирована повышением артериального давления, что поддерживается за счет усиления тонуса сосудов вместе с изменением их диаметра (преимущественно в междолевых сегментарных артериях). На фоне гипоксии (как минимум циркуляторной) для нормализации энергоемких почечных процессов при кислородном

долге используется гликолиз, за счет чего изменяется кислотно-щелочное равновесие, возрастает кислородный долг и истощаются резервные возможности единственной почки. АГ приводит к микрососудисто-стромальным изменениям в почечной ткани, увеличению вазоконстрикции, снижению эффективного почечного кровотока и объемного потребления кислорода, что усугубляет циркуляторную гипоксию и ведет к развитию вначале асептического, а затем септического воспаления в почке, к прогрессированию ХБП. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей

Рубрика: Инфекции почек и верхних мочевых путей

СПЕКТР МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», Ульяновск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простата, инфекция почки, пиелонефрит, антибиотики.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность. Оперативные вмешательства на предстательной железе подвержены различным инфекционным осложнениям, начиная с обыкновенной бактериурии и кончая пиелонефритом. *Цель исследования:* изучить спектр мочевой инфекции при гнойно-септических осложнениях хирургического вмешательства на предстательной железе.

Задачи: 1. Оценить характер бактериальной флоры и ее источник. 2. Изучить чувствительность бактериальной флоры к антибиотикам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 82 медицинские карты стационарных больных, оперированных на предстательной железе и имеющих в послеоперационном периоде инфекционно-септические осложнения за 2019–2021 гг. Больным выполнялись следующие оперативные вмешательства:

мультифокальная тонкоигольчатая биопсия предстательной железы при подозрении на рак – 5 (6,0%), трансуретральная резекция предстательной железы – 17 (20,7%), биопсия предстательной железы при наложении эпицистостомы – 7 (8,5%), аденоэктомия – 53 (64,8%). Возрастной диапазон больных колебался от 49 до 72 лет, средний возраст составил $57,6 \pm 4,4$ года. Всем больным выполнен двукратный посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, патогистологическое исследование операционного материала, общий анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и предстательной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Острый серозный пиелонефрит зафиксирован в 51 (62,2%) случае: уретральная лихорадка – в 13 (15,9%), апостематозный пиелонефрит – в 1 (1,2%) больного, острый восходящий пиелонефрит – в 3 (3,7%), обострение хронического пиелонефрита – в 13 (17,0%). Бактериальная флора выделена в 79 (96,3%) случаях и распределилась следующим образом: *Ps.aeruginosa* – 11 (13,4%), *St.aureus* – 4 (4,9%), *E.coli* – 3 (3,7%), *Kl.pneumonia* – 3 (3,7%), *Ent.faecalis* – 12 (14,6%), *Citrobacter coseri* – 3 (3,7%), *St.epidermidis* – 3 (3,7%), *Str.pyogenes* – 1 (1,2%), *Ent.cloacae* – 2 (2,4%), *Pr.mirabilis* – 1 (1,2%), коринебактерий – 1 (1,2%), морганелла – 1 (1,2%), грибы рода кандиды – 1 (1,2%). Микроорганизмы были чувствительны к аминогликозидам в 23 (28,0%) случаях, цефалоспорином – в 23 (28,0%), фторхинолоном – в 15 (18,3%), тетрациклином – в 7 (8,5%), ампициллину – в 14 (17,0%), ванкомицину – в 18 (21,9%), имипинему – в 23 (28,0%). В микропрепаратах ткани предстательной железы выявлен отек интерстициальной ткани и артериол в 31 (37,8%) случае, лимфоцитарно-гистиоцитарные инфильтраты – в 17 (20,7%), расширение ацинусов предстательной железы, содержащих лейкоциты и слущенный эпителий, – в 22 (26,8%), полнокровие и утолщение стенок сосудов – в 15 (18,2%), отек межуточной ткани – в 9 (10,9%), склероз ткани и облитерация сосудов – в 16 (19,5%), гнойное содержимое ацинусов предстательной железы – в 7 (8,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мочевиная инфекция представлена широким спектром бактериальной флоры. Учитывая высокую чувствительность к антибиоти-

кам, можно исключить внутрибольничное инфицирование. Вероятным источником мочевиной инфекции, вследствие чего развиваются гнойно-септические осложнения, является предстательная железа.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ: НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ

Н.В. Бычкова¹, Е.И. Прокопенко^{1,2},
И.Г. Никольская²

¹ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»,
Москва, Россия

²ГБУЗ МО «МОНИИАГ», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекция мочевыводящих путей, обструктивная уропатия, беременность, острый пиелонефрит, хроническая болезнь почек, стентирование мочеточника, пункционная нефростомия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обструктивная уропатия (ОУП) у беременных, осложненная инфекцией мочевыводящих путей (ИМП), представляет жизненную угрозу для будущей матери и плода. Ключевым вопросом тактики лечения таких пациенток является необходимость дренирования почек и верхних мочевыводящих путей (ВМП), а также последующее ведение беременных в связи с повышенным риском вторичных инфекционных и обструктивных осложнений. Наиболее высок риск тяжелых осложнений при развитии ОУП у беременных, исходно имеющих хроническую болезнь почек (ХБП). Их ведение должно быть междисциплинарным и индивидуальным с учетом факторов риска у каждой конкретной пациентки. *Цель исследования:* изучение у беременных с ОУП частоты и особенностей течения ИМП, осложнений дренирующих операций, исходов гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении МОНИКИ в 2013–2022 гг. находились на лечении 95 беременных в сроках гестации 7–38 недель с обструктивной уропатией, которым были выполнены операции дренирования почек и верхних мочевыводящих путей в возрасте от 18 до 42 лет. В исследуемой когорте было 25 больных с мочекаменной болезнью (26%), с врожденными аномалиями мочевой системы – 11(12%), с диабетической нефропатией – 11(12%), с хронической болезнью почек I–III ст. – 21 (22%). Хроническая почечная недостаточность (СКФ <60мл/мин/1,73м²) имела место у 8(8%). Распределение больных по виду дренирующей операции: стентирование мочеточника (СМ) – 41(43%), чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) – 36(38%), уретероскопия/контактная уретеролитотрипсия (УРС/КУЛТ) – 17(18%). У пациенток с ХПБ и ОУП при показаниях к дренированию ВМП предпочтительнее было выполнение стентирование мочеточника (СМ) как более щадящего метода с целью сохранения паренхимы почки. Выбор нефростомии как более инвазивного дренирования осуществлялся из-за тяжелого течения пиелонефрита или непереносимости стента во избежание пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) по стенту и других осложнений СМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекция в моче выявлена у 76(80%) беременных. Острый обструктивный пиелонефрит как осложнение ОУП диагностирован у 30 пациенток (33%). В 55,5% случаев выделенные микроорганизмы были представлены грам(-), в 44,5% грам(+) флорой. Среди грам(-): *E.coli* – 70%, остальные 30% – *K.pneumonia*, *P.aeruginosa*, *A.baumannii*. Грам (+) патогены: энтерококки (*E.faecium* и *E.faecalis*) – 40%, стрептококки (*S. гр. Du гр. viridans*), *S.haemolyticus* – 60%. Грибы рода *Candida* – 1,1%. С учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам для лечения мочевой инфекции чаще применялись цефалоспорины III поколения (в т.ч. ингибиторозащищенные) цефтриаксон, цефоперазон/сульбактам, амоксициллин-клавулонат (при известной чувствительности микробов), карбапенемы – меропенем, в исключительных случаях при тяжелом пиелонефрите с грамположительном полирезистентном возбудителе – ванкомицин, линезолид. После проведения дренирующих операций у 28

из 76 (37%) пациенток отмечены осложнения, непосредственно связанные с наличием дренажей в мочевыводящих путях, потребовавшие повторных операций. У 21 из 41 (51%) пациентки после СМ имелись осложнения (экзо- и эндоинкрустации, камнеобразование на стентах, ПМР по стенту, миграция стента). Для их устранения выполнялись повторные вмешательства: замена стента – 7 (17%); ЧПНС – 6 (15%), цистолитотрипсия с фрагментацией и удалением дистального кольца – 4 (10%), установки уретрального катетера – 4 (10%). У 6 из 36 (17%) пациенток после ЧПНС явились обтурация нефростомического дренажа или его отхождение, что потребовало реннефростомии. После выполнения УРС/КУЛТ осложнение в виде вторичной обструкции мочеточника наблюдалось лишь у 1 из 17 больных (6%). Доносить беременность до срока, благоприятного для родоразрешения в условиях постоянной междисциплинарной курации удалось 86 беременным (91%). У 1 пациентки с мочекаменной болезнью и обострением хронического пиелонефрита после осложненного стентирования мочеточника имела место ранняя постнатальная гибель новорожденного от внутриутробного сепсиса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обструктивная уропатия у беременных, отягощенных инфекцией мочевыводящих путей, является неотложным состоянием. Отмечается высокая частота послеоперационных осложнений у пациенток повышенного риска, имеющих сопутствующие заболевания. Главным фактором осложнений является сопутствующая мочевая инфекция. Тактика лечения ОУП с показаниями к дренированию ВМП определяется урологом с учетом акушерских рисков при совместном индивидуальном подходе профильных специалистов (нефролога, терапевта, эндокринолога, клинического фармаколога) и обязательно сопровождается адекватной антибактериальной терапией в условиях дренированной почки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекции мочевых путей (ИМП). Оценка эффективности методов паллиативного дренирования у онкологических пациентов

МЕСТО ТАНДЕМНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ДЛИТЕЛЬНОМ ПАЛЛИАТИВНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

К.И. Глинин^{1,2}, С.В. Котов¹, И.Э. Мамаев^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Минздрава России, Москва, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

обструкция верхних мочевых путей, паллиативное дренирование, лучевые стриктуры мочеточников, тандемное стентирование мочеточников.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обструкция верхних мочевых путей (ВМП) представляет проблему у ряда онкологических пациентов, в том числе перенесших лучевую терапию (ЛТ). В дренировании наиболее эффективна чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС), подразумевающая наличие мочеприемника. Для пациентов, заинтересованных в избавлении от наружного дренажа, применяется установка различных стентов. Неочевидность выбора методик внутреннего дренирования диктует необходимость поиска оптимального решения. *Цель исследования:* определить преимущества тандемного стентирования мочеточников как метода паллиативного дренирования ВМП при обструкции на фоне опухолевой компрессии и лучевых стриктур мочеточников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное в 2021–2023 гг., включившее 32 пациента с онкологическим заболеванием. 16 из них ранее перенесли ЛТ, 18 пациентов перенесли химиотерапию или проходили ее на момент исследования. Уровень обструкции наиболее часто локализовался в дистальном отделе

мочеточника (n=22), у 11 пациентов – с двусторонней обструкцией. Первично всем пациентам, в том числе имевшим нефункционирующий одиночный стент, выполнена нефростомия. После купирования острого пиелонефрита и/или снижения креатинина до надира пациентам, пожелавшим избавиться от нефростомы и не имевшим критериев исключения, выполнена установка одиночного мочеточникового стента (1 группа, n=9) или тандемное стентирование мочеточников (2 группа, n=11). Группа 3 – пациенты с нефростомой. Средний возраст – 59,6 года (40–72 года), период наблюдения – от 2 до 19 мес. Динамика параметров за трехмесячный период оценивалась по данным УЗИ, нефросцинтиграфии, уровню креатинина, анкетированию (USSQ, EQ-5D, SF-36). При p<0,05 различия считали достоверными. Предоперационные показатели отображены в таблице.

Таблица. Предоперационные показатели

Показатели	Группы	Число пациентов, n	Двусторонняя обструкция, n			Уровень обструкции, %		ХТ, %	ЛТ, %	Креатинин, мкмоль/л	Лоханка, мм
			н/3	с/3	в/3						
Одиночный стент	9	3	67	11	22	44	55	268±124	32±3		
Тандемное стентирование	11	5	73	9	18	64	45	264±113	33±4		
ЧПНС	12	4	66	17	17	58	50	276±107	32±1		

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установка стента не представилась возможной в одном случае ввиду препятствия в нижней трети мочеточника, в другом – в связи с неопреде-

ляемым устьем мочеточника. Баллонная дилатация стеноза проводилась в группе 1 в 56% случаев, в группе 2 – в 82%. Положительная динамика снижения уровня креатинина и размера лоханки отмечена в группах 2 и 3. В течение трехмесячного периода к ЧПНС в группе 1 прибегнули в 5 случаях (42%), в группе 2 – в 3 случаях (19%). Значимой разницы в качестве жизни среди пациентов со стентом и нефростомой не выявлено. 29% пациентов, имевших ранее нефростому, отметили стент как предпочтительный дренаж. Степень дизурии в 1 и 2 группах пациентов существенно не отличается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали превосходство тандемных стентов в сравнении с одиночными в эффективности дренирования. Неблагоприятными факторами, наиболее часто приводящими к несостоятельности функции одиночного стента, являются наличие отдаленных метастазов и протяженный стеноз мочеточника (>3 см). Среди предикторов ранней утраты функции как тандемных, так и одиночных стентов можно выделить выраженную исходную азотемию, протяженный стеноз мочеточника (>7 см), гидронефроз 3 степени. Нефростомия может быть предпочтительной у пациентов с терминальной стадией онкологического заболевания и резистентностью к химиотерапии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Результаты лечения деструктивных форм пиелонефрита

ЧРЕСКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПИЕЛОНЕФРИТА: ОПЫТ КЛИНИКИ

Н.А. Гончаров^{1,3,4}, А.А. Кузнецов^{2,3},
Е.А. Морозов^{2,3,4}

¹Кафедра медицины катастроф ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

³ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая

больница № 1», Волгоград, Россия
⁴ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пиелонефрит, нефростомия, инфекция мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время отмечается нарастание удельного веса деструктивных форм острого пиелонефрита (ОП) в структуре инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы (МВС). Так, по данным различных источников, пациенты с деструктивными заболеваниями почек составляют от 1 до 16% всех больных с гнойными заболеваниями, летальность при них достигает 8,9–25,5%. Значимо чаще деструкция почки наблюдается у пациентов с системными заболеваниями, функциональными нарушениями органов МВС, на фонеотягающей коморбидной патологии: сахарного диабета, ВИЧ и др. Деструктивные формы ОП, в частности карбункул и абсцесс почки, развиваются у 11% больных из общего количества больных с воспалительными заболеваниями почки и околопочечного пространства. В последнее время большое количество исследований посвящено вариантам малоинвазивного дренирования деструктивных форм ОП (установка стента, чрескожная нефростомия и дренирование зоны почечной деструкции под ультразвуковым [УЗ] контролем). *Цель работы:* оценить результаты малоинвазивного хирургического лечения деструктивного ОП по материалам клиники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2020 по 2023 г. в урологическом отделении ГБУЗ «ВОКБ № 1» Волгограда находились 24 пациента с диагнозами: абсцесс почки, абсцесс околопочечного пространства, карбункул почки, паранефрит. Все пациенты обследованы согласно стандартам оказания помощи урологическим больным и Клиническим рекомендациям (КР). Эмпирически всем пациентам при поступлении назначались антибиотики, согласно КР, с последующей коррекцией по результату культурального теста мочи и пункционного отделяемого. В срочном порядке всем пациентам выполнялось перкутанное дренирование гнойника под УЗ-контролем, забор отделяемого на бактериологическое исследование, а также дрениро-

вание полостной системы почки (установка мочеочечниково-катетера-стента). Гнойник дренировался полихлорвиниловым катетером Нелатона 14Ch. Дренаж удалялся при отсутствии отделяемого и разрешении гнойника по данным УЗИ или КТ. Излечение определяли, как полное склерозирование зоны деструкции. Пациенты были выписаны из стационара после удаления дренажей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 15 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил $54,2 \pm 13,4$ года. В 21 (87,5%) случае наступило полное выздоровление после выполненного чрескожного дренирования гнойника с симультанным дренированием верхних мочевыводящих путей катетером-стентом; в 2 (8,3%) случаях потребовалось отсроченное открытое оперативное вмешательство с дренированием гнойника и установкой нефростомы; в 1 наблюдении (4,2%) выполнена установка дополнительного пунктирного дренажа, так как по УЗИ отмечалась многокамерность зоны деструкции. Длительность дренирования составила в среднем $7,4 \pm 2,4$ дня, длительность госпитализации – $12 \pm 1,8$ дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка результатов малоинвазивного дренирования деструктивного ОП позволяет сделать вывод о возможности применения метода в широкой урологической практике. Приведенные данные демонстрируют оптимистичные результаты с минимальными осложнениями, что снижает необходимость в открытой операции. Однако следует заметить, что указанное количество наблюдений не может считаться статистически достоверным и неукоснительно требует дополнительного клинического материала для определения окончательных выводов по предложенной методике.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Лечение инфекций мочевыводящих путей у беременных

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: ОПЫТ КЛИНИКИ

Н.А. Гончаров^{1,3,4}, А.А. Кузнецов^{2,3},
Е.А. Морозов^{2,3,4}, И.А. Загороднев²

¹Кафедра медицины катастроф ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

³ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград, Россия

⁴ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гестационный пиелонефрит, стентирование, инфекция мочевых путей, беременность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема гестационного пиелонефрита (ГП) остается актуальной, показания, длительность дренирования верхних мочевых путей (ВМП) при указанной патологии, как правило, не имеют конкретики. При этом тактика ведения пациенток при наличии дилатации ВМП при пиелонефрите беременных отсутствуют. Фактически в каждой отдельно взятой урологической клинике сформировались собственные взгляды на тактику дренирования ВМП при ГП. *Цель исследования:* оценить результаты лечения беременных с ГП (по материалам клиники).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении ГБУЗ «ВОКБ№ 1» в период с 2019 по 2022 г. пролечились 252 пациентки с диагнозом ГП. Средний возраст пациенток составлял 24,8 года (min – 15, max – 42). По срокам беременности: в первом триместре пролечились 22 (8,7%), во втором – 131 (51,98%), в третьем – 101 (40,08%). Всем пациенткам проводилось стандартное лабораторное обследование и УЗИ органов мочевыделительной системы (МВС). Наличие расширения ВМП выявля-

но в 219 (95,4%) случаях, справа – 198 (78,57%), слева – 10 (3,9%), двухстороннее – 44 (17,46%). Повышение температуры более 37,8 град. – 188 (74,8%) пациенток. При поступлении в общем анализе крови средний лейкоцитоз – $11,44 \times 10^9/\text{л}$. Эмпирическая антибактериальная терапия проводилась цефалоспоридами третьего поколения (цефтриаксон) с учетом результатов бактериологического посева мочи. При отсутствии положительной динамики (сохранении гипертермии, лейкоцитоза, болевого синдрома в течение 2 дней) выполнялось контрольное УЗИ органов МВС и последующее дренирование ВМП установкой мочеточникового катетера-стента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 206 пациенток (81,48%) для клинического улучшения и последующего выздоровления было достаточно назначения эмпирической антибактериальной терапии и нестероидных противовоспалительных средств, к третьим суткам госпитализации температура тела нормализовалась, отмечалось снижение лейкоцитоза крови до средних показателей $8,2 \times 10^9/\text{л}$, значимое купирование интенсивности болевого синдрома. При отсутствии положительной динамики принималось решение о дренировании ВМП. В течение первого триместра беременности установка катетера-стента потребовалась у 2 (0,79 %), во втором – у 20 (7,9%), в третьем – у 24 (9,52%) пациенток, в 2 случаях выполнено 2-стороннее стентирование. Общее количество дренирований ВМП – у 46 (18,52%) пациенток. После проведенной манипуляции состояние больных достоверно улучшалось: болевой синдром и гипертермия купировались в течение суток. 16 пациенток (6,3%) имели рецидивирующее течение ГП, что потребовало повторных госпитализаций в стационар. После купирования воспалительных явлений катетер-стент удалялся. Средний срок госпитализации составил 5,96 койко-дня (min – 1, max – 14). У стентированных пациенток койко-день составил 7,58, в случаях, не требовавших дренирования ВМП, средний койко-день составил 5,7.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основываясь на результатах нашего опыта – своевременное направление пациентки в стационар, выполнение бактериологического посева мочи на амбулаторном этапе обуславливают возможность избежать необходимости дренирования ВМП. С нашей точки зрения, показания к дрени-

рованию ВМП и его длительности при ГП должны быть стандартизированными и четкими, что требует проведения многоцентровых рандомизированных исследований с большим количеством клинических наблюдений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекция мочевых путей, хирургия

Рубрика: Инфекции мочевых путей

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ КРУПНЫХ И КОРАЛЛОВИДНЫХ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ

Д.В. Грядунов¹, А.И. Неймарк²

¹Краевая клиническая больница, Барнаул, Россия

²Кафедра урологии и андрологии с курсом
ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России,
Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, пиелонефрит, перкутанная нефролитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В современной урологии существует большое количество методов лечения мочекаменной болезни. В настоящее время первой линией лечения крупных и коралловидных камней является перкутанная нефролитотрипсия. Несмотря на малую инвазивность, данная методика имеет ряд осложнений.

Данными проведенных исследований об осложнениях перкутанной нефролитотрипсии продемонстрировано, что частота случаев лихорадки после перкутанных вмешательств может варьироваться в пределах от 21 до 32%, септицемии достигать 4,7%.

Несмотря на это, данный метод позволяет уменьшить риск периоперационного кровотечения, уменьшить травматизацию почки и окружающих тканей, сократить срок реабилитации пациента после вмешательства.

С учетом высокого риска обострения пиелонефрита после ПНЛТ в нашей практике стали использоваться сочетание антибактериальной терапии и физиотерапевтических процедур. *Цель*

исследования: определение эффективности использования физиотерапевтических процедур (магнитотерапии и лазеротерапии) для профилактики развития пиелонефрита в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 72 пациента с камнями почек больших размеров, которым была выполнена ПНЛТ.

У всех пациентов проводились микробиологические исследования мочи до и после операции, а также посев камня, полученного во время операции.

Пациентам выполнялась перкутанная нефролитотрипсия с дооперационным назначением антибактериальной терапии цефалоспоринов и фторхинолонов.

Пациенты сопоставимы по возрасту, полу, размеру камня, проценту коралловидных камней, проценту положительного посева до операции. Пациенты разделены на 2 группы: группа 1 – 44 пациента с камнем почки более 2,5 см, группа 2 – 28 пациентов с камнем почки более 2,5 см, которым в периоперационном периоде в комбинации с антибактериальной терапией (при отсутствии противопоказаний) проводились физиотерапевтические процедуры.

Предложенная методика: 2 дня до операции использовался импульсный инфракрасный лазер, продолжительность 2 минуты; со 2-го дня после ПНЛТ в течение 5 дней проводилась магнитотерапия от 10 до 15 минут.

Критериями оценки обострения пиелонефрита являлись клинические проявления (лихорадка после операции), лабораторные изменения (уровень лейкоцитов после операции).

Основные ожидаемые эффекты: физиотерапия выполнялась из-за ее спазмолитического, противоотечного и бактериостатического действия. Она способствовала улучшению микроциркуляции в почках (усиление доступности антибиотика в ткани).

Была проведена статистическая обработка и анализ данных с помощью программы SigmaPlot 12.5. Анализ достоверности различий показателей выполнялся с помощью критерия Стьюдента для количественных признаков. Уровень достоверности был принят за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе 1 положительный посев мочи/камня

достигал 34,1%. В посевах мочи у пациентов выявлялись микроорганизмы – *K.pneumoniae*, *E.coli*, *E.faecalis*. Клинические проявления (лихорадка более 38 град.) наблюдались у 54,5% пациентов. Средний уровень лейкоцитов крови в группе был $12,375 \pm 4,456 \cdot 10^9$ л. Средние показатели лейкоцитурии после операции – $19\ 200 \pm 550$. Средняя продолжительность антибактериальной терапии $14,818 \pm 3,546$ дня после операции.

В группе 2 у пациентов на фоне сочетанного использования антибиотиков и физиотерапии уровень выявления положительных посевов был сопоставим с группой 1 и составил 32,1%. Выраженная (более 38 град.) лихорадка наблюдалась у 39,2% пациентов. Средний уровень лейкоцитов крови составлял $9,591 \pm 2,752 \cdot 10^9$ л. Средний показатель лейкоцитурии после операции – 17800 ± 535 . Антибактериальная терапия длилась $13,375 \pm 2,904$ дня после операции.

При использовании физиотерапевтических процедур в сочетании с антибактериальной терапией у пациентов с крупными камнями почки отмечено достоверное снижение количества случаев проявления послеоперационного пиелонефрита с выраженной лихорадкой при достаточно схожем проценте положительных посевов в группах. Достоверно снижаются показатели средней гипертермии и лейкоцитоза. Также отмечено, что гипертермия у пациентов в группе 2 была значительно короче по продолжительности. Это способствовало снижению сроков антибактериальной терапии после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Использование физиотерапии при проведении ПНЛТ может снизить риск развития послеоперационного пиелонефрита и степень выраженности воспаления, что подтверждается снижением выраженности клинических и лабораторных показателей у пациентов, при сравнительно схожих показателях бактериурии.
- Физиотерапевтические процедуры при отсутствии противопоказаний могут дополнять (усиливать) антибактериальную терапию после оперативного лечения крупных и коралловидных почечных камней.
- Использование физиолечения может увеличить эффективность стандартной антибиотикотерапии при обострении послеоперационного пиелонефрита.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний

Рубрика: Хирургическое лечение пиелонефритов

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

В.В. Елагин¹, А.С. Панферов¹, Е.А. Бекреев¹,
А.В. Игошкин¹, Е.В. Медведева¹, В.С. Ястребов¹

¹*Медицинский центр «Медассист», Центр урологии, Курск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пиелонефрит, лапароскопия, хирургия, деструкция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Деструктивные пиелонефриты – тяжелая группа воспалительных заболеваний почек. При данной патологии высок риск развития уросепсиса, летальность при котором составляет 28–80%. В клинических рекомендациях при деструктивных пиелонефритах рекомендовано хирургическое лечение, в качестве оперативного доступа предложена люмботомия. Данный доступ является достаточно травматичным, приводит к неизбежной адинамии, прогнозируя длительный срок реабилитации. Имеются публикации о возможном применении видеотехнологий в лечении деструктивных пиелонефритов преимущественно ретроперитонеоскопическим доступом, который имеет недостатки в виде ограниченного хирургического пространства и неудовлетворительной визуализации. Также описаны малоинвазивные методики, пункционных дренирований единичных деструктивных очагов, но острые пиелонефриты с множественными деструктивными очагами всегда вызывают вопросы в объеме и доступе хирургического лечения и остаются актуальными на сегодняшний день. *Цель исследования:* Оценка эффективности лапароскопического доступа как метода хирургического лечения деструктивных форм пиелонефритов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2020 по 2023 г. в МЦ «Медассист», Центр урологии г. Курска, прооперированно 3 пациента с деструктивным пиелонефритом, средней воз-

раст составил 42 ± 7 лет. Длительность заболевания до поступления в стационар – 8 ± 6 суток. Степень деструкции почек оценивали по данным мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием, у всех выявлены множественные очаги деструкции размером от 9 до 53 мм. Степень анестезиологического риска по ASA III–VI.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение в объеме лапароскопической ревизии пораженной почки ее декапсуляции, иссечения очагов деструкции, к почке устанавливались дренажная трубка и резиново-марлевый тампон по типу «сигары», через отдельную контрапертуру. Антибактериальная терапия проводилась группой карбопенемов. Сроки пребывания в отделении реанимации составляли не более суток. Суммарная дозировка Morfini hydrochlorid 1%, 1,0 мг составила однократное введение. Визуально-аналоговая шкала боли 1 сут. – 5 баллов, 7 сут. – 2 балла. Дренажная трубка у всех пациентов удалялась на 2 сутки, тампон «сигара» на 8 ± 2 сутки. кровопотеря 150 ± 40 мл. Степень осложнений у всех пациентов по классификации Clavien-Dindo I ст. (требовалось внутривенное введение анальгетиков).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП).
Базовые исследования почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Осложненная инфекция мочевых путей

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Х.С. Ибишев¹, Ю.Л. Набока², И.А. Гудима²,
М.И. Коган¹

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии и андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²Кафедра микробиологии и вирусологии № 1, ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, бактериофаги, интерфероны.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Важным разделом в реабилитации пациентов с травмами и стриктурами уретры (ТСУ) является профилактика и терапия инфекционных осложнений после хирургического лечения. *Цель исследования:* изучение эффективности неантибактериальных стратегий в комплексной профилактике и лечении инфекционных осложнений после хирургического лечения стриктур уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 157 пациентов (средний возраст – 32,0±4,5 года) с ТСУ. Всем пациентам до операции забирали мочу для бактериологического исследования с посевом на специальные питательные среды и дальнейшим культивированием в аэробных и анаэробных условиях и определением антибиотикочувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам (АБП) и бактериофагам. В зависимости от проведенного послеоперационного лечения пациенты были разделены на три группы: I группа (n=52), которым была назначена только антибактериальная терапия (АБТ), II группа (n=55) – АБТ+бактериофаготерапия, III группа (n=50) – АБТ+интерферонотерапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

- При поступлении в клинику у пациентов были выявлены (хронические) инфекционно-воспалительные заболевания со стороны мочевыводящих путей (МВП) и репродуктивных органов (РО) с доминированием цистита (87,2%) и простатита (73,8%). Реже регистрировали уретрит (12,1%), эпидидимит (5,7%), уретрокожные свищи (4,5%). В моче пациентов с ТСУ преобладали бактериальные ассоциации (82,8%). Среди факультативно-анаэробных (ФА) микроорганизмов чаще регистрировали *E. coli* (33,7%), *P. aeruginosa* (25,4%), *S. epidermidis* (21,6%), *E. faecalis* (20,3%). Таксономическая структура неклостридиально-анаэробных (НА) микроорганизмов была представлена пятью видами с доминированием *Propionibacterium spp.* (17,1%). Средний уровень бактериурии для ФА составил lg 4,5 КОЕ/мл [зачастую флора, высеваемая в моче у пациентов с ДГПЖ и в ткани ПЖ, не совпадает];
- у пациентов с ДГПЖ без цистостомического дренажа нередко посевы мочи стерильны;
- при отсутствии агрессивной микрофлоры в посевах мочи у пациентов, подвергающихся ТУР по поводу ДГПЖ, зачастую достаточно комбинации таблетированных форм антибактериальных препаратов;
- препарат Орцепол ВМ можно рекомендовать в качестве профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при проведении ТУР у больных с аденомой предстательной железы в качестве монотерапии;
- с высокой степенью уверенности можно назвать Орцепол ВМ универсальным препаратом в своей группе, который найдет широкое применение в клинической практике.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекции почек. Наблюдение, лечение: консервативное и хирургическое, оценка исходов

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ
ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ:
ОПЫТ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА**

К.П. Олифирова¹, С.В. Котов^{1,2}, А.Г. Юсуфов^{1,2}

¹*Кафедра урологии и андрологии, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия*

²*ММКЦ «Коммунарка», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гестационный пиелонефрит, пиелонефрит беременных, лечение.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить предварительные результаты лечения гестационного пиелонефрита и исходов беременности в условиях многофункционального медицинского клинического центра (ММКЦ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, начатое в 2022 г. На сегодня в исследование включены 60 беременных пациенток с пиелонефритом в возрасте 17–42 года, находившихся на лечении в ММКЦ «Коммунарка» с июня 2022 г. В 20 (33,3%) случаях был необструктивный пиелонефрит, в 40 (66,7%) – обструктивный, при этом у 3 (5%) пациенток отмечена повторная атака пиелонефрита в период одной беременности. У 5 (8,3%) пациенток пиелонефрит был зарегистрирован в первом триместре беременности, у 33 (55%) – во втором триместре и у 22 (36,7%) – в третьем.

В 39 (65%) случаях предстоящие роды были первыми, в 15 (25%) – вторыми, в 4 (6,7%) – третьими и в 2 (3,3%) – четвертыми.

У 36 (60 %) пациенток отмечался пиелонефрит справа, у 8 (13,3%) – слева и у 16 (26,7%) – с обеих сторон.

У 52 (86,7%) пациенток диагноз был поставлен впервые в жизни. В 10 (16,7%) случаях заболеванию предшествовал цистит, а данные

о бессимптомной бактериурии были у 7 (11,7%) пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Стентирование потребовалось у 39 (65%) пациенток, ЧПНС выполнено у 1 (1,7%) пациентки.

Антибактериальная терапия цефтриаксоном проводилась в 27 (45%) случаях, в 9 (1 %) случаях – эртапенемом.

Дилатации по данным УЗИ не отмечалось в 20 (33,3%) случаях, отмечалась умеренная дилатация (чашечки до 10 мм) в 12 (20%) случаях, средняя (чашечки 10–15 мм) – в 17 (28,3%) случаях, выраженная (чашечки больше 15 мм) – в 11 (18,3%) случаях.

Среди сопутствующей патологии у 4 (6,7%) пациенток отмечалась анемия (гемоглобин меньше 90 г/л), у 8 (13,3%) пациенток – ожирение (ИМТ больше 30 кг/м²), избыточная масса тела (ИМТ больше 25 кг/м²) – у 13 (21,7%) пациенток, у 3 (5%) пациенток – гестационный сахарный диабет. У 23 (38,3%) пациенток отмечалась микрогематурия, у 47 (78,3%) – лейкоцитурия, у 49 (81,7%) – лейкоцитоз, СРБ был повышен у 49 (81,7%), гипоальбуминемия – у 14 (23,3%), креатининемии и уремии зафиксировано не было.

По результатам бактериологического исследования мочи роста микроорганизмов не было у 19 (31,7%) пациенток, *E. coli* выявлена у 19 (31,7%) пациенток, *K. pneumoniae* – у 4 (6,7%).

У 24 пациенток есть данные по исходам беременности. Патоморфологические отклонения от нормы имели место в 15 случаях (68,2%).

17 (70,8%) пациенток родили в срок, в 7 (29,2%) случаях были зафиксированы преждевременные роды. У 12 (50%) пациенток были самопроизвольные роды, 12 (50%) пациенткам потребовалось оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, показаниями со стороны матери были рубец на матке, слабость родовой деятельности, уросепсис, преэклампсия, со стороны плода – дистресс плода.

Вес плода составил от 1650 г до 4350 г, оценка по шкале Апгар – от 6 до 9 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в нашем исследовании результаты показывают, что в 86,7% случаев впервые в жизни диагноз пиелонефрита был установлен во время настоящей беременности, чаще пиелонефрит манифестировал во II триместре (55 %) и чаще наблюдался с правой стороны (58,3%).

В 66,7% случаев встречалась обструкция верхних мочевых путей, потребовавшая выполнения дренирования.

Нами были выявлены патоморфологические изменения плаценты в 68,2% случаев, что может указывать на негативное влияние пиелонефрита на здоровье беременных и плода, и требует продолжения исследования.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекция мочевых путей

УЛУЧШЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ БАКТЕРИОФАГОВ

Т.С. Перепанова, А.В. Казаченко, Ю.А. Малова,
М.Р. Хазан П.Л., Назиров М.Р.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекция мочевых путей, бактериофаготерапия, адаптация бактериофагов, повышение литической активности.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Антибиотикорезистентность уропатогенов во всем мире стремительно растет, в связи с чем идет активный поиск альтернативных средств лечения. Единственной жизнеспособной альтернативой является бактериофаготерапия. Литическая активность коммерческих препаратов бактериофагов должна быть не менее 70%, однако реальная чувствительность уропатогенов к препаратам бактериофагов может быть значительно ниже, в связи с приспособляемостью микроорганизмов и снижением литической активности бактериофагов со временем. Поэтому возникает потребность регулярного обновления препаратов бактериофагов (коктейля фагов). Для эффективного лечения необходимо адаптировать препараты бактериофагов к возбудителям конкретного стационара. *Цель исследования:* улучшить литическую активность фаговых препаратов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике НИИ урологии с 2017 г. отбирали штаммы микроорганизмов от урологических пациентов и отсылали на фаговое производство в НПО «Микроген». Всего отослано 100 штаммов *E.coli* (как основного возбудителя мочевой инфекции). Однако в последние годы отмечено снижение литической активности коммерческих препаратов бактериофагов к уропатогенам, в связи с чем в дальнейшем проводили адаптацию коммерческих препаратов бактериофагов по сточным водам, собранным из клинического корпуса института (2 раза в течение года). В то же время направляли выделенные штаммы возбудителей урологической инфекции (*E.coli*, *Klebsiella pneumonia*, *P.aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp.*) на фаговое производство. На фаговом производстве при создании коммерческого препарата были также добавлены бактериофаги из собственной коллекции фагов, после чего получен лиофилизат, на основе которого были изготовлены адаптированные препараты бактериофагов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После адаптации коммерческих препаратов бактериофагов к выделенным штаммам *E.coli* получено повышение литической активности бактериофагов на 20% (с 72 до 92%) в 2017 г. В дальнейшем при адаптации коммерческих препаратов бактериофагов к уропатогенам конкретного стационара, а также добавлением фагов из коллекции фагов и из сточных вод получено повышение литической активности Секстафага, состоящего из коктейля фагов к 6 микроорганизмам (*E.coli*, *Klebsiella pneumonia*, *P.aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp.*). Суммарная литическая активность повысилась на 16% (с 48 до 64%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отличительной особенностью препаратов бактериофагов от антибиотиков является возможность адаптации фагов к микроорганизмам конкретного пациента или стационара. При адаптации препаратов бактериофагов можно использовать и выделенные штаммы возбудителей, и фаги из сточных вод больницы, и фаги из производственной коллекции фагов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей. Оценка результатов культурального анализа

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ НАХОЖДЕНИЯ ДРЕНАЖЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.М. Попков¹, Д.Н. Хотько¹, А.И. Хотько¹,
О.В. Основин¹, А.И. Тарасенко²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия*

²*Институт урологии и репродуктивного
здоровья, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова» Минздрава России
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, дренирование, посев, инфекционные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекционные осложнения урологических заболеваний, как правило, связанные с нарушением пассажа мочи, представляют одну из самых острых проблем в современной урологии. Нахождение дренажей в мочевыводящих путях таит в себе опасность инфекционных осложнений. *Цель исследования:* оценка бактериурии и посевов с дренажей после их установки при оперативном лечении мочекаменной болезни

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное в 2019–2022 гг. в клинике урологии СГМУ им. В.И. Разумовского. В исследование включены 320 пациентов, которым была выполнена перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ). Размер конкрементов составил от 20 до 30 мм в наибольшем измерении плотность от 810 до 1920 Нв. В 80% выполнялась мини-ПНЛТ – 256 пациентов, в 20% – 64 пациента ПНЛТ из стандартного доступа. С целью дренирования полостной системы вне зависимости от диаметра пункционного хода устанавливался нефро-

стомический дренаж 10Ch. Время основного этапа операции составляло от 15 до 45 минут, дезинтеграция камня лазерная или пневматическая. Всем пациентам выполнялся посев мочи из мочевого пузыря до проведения ПНЛТ. В дальнейшем интраоперационно при пункции полостной системы выполнялся забор мочи на посев, также на бактериологическое обследование отправлялись фрагменты удаленного конкремента. Проводилась культуральная оценка посева нефростомического дренажа после его удаления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе полученных данных выявлено, что первично положительный посев на микрофлору из мочевого пузыря имели 45 (14%) пациентов. Положительный посев из лоханки регистрировался у 52 (16,3%) пациентов при пункции полостной системы, при этом положительный посев фрагментов конкремента имел место у 97 (30,3%) пациентов, отличия с микрофлорой лоханки имелось у 12 (3,7%). По частоте встречаемости: E.Coli (47%), Klebsiella Aerogenes (23%), Enterococcus faecalis (12%), Enterobacter cloacae (7%), Escherichia fergusonii (6%), Klebsiella pneumoniae (4,5%). Положительный посев с нефростомического дренажа наблюдался у 112 (35%) пациентов. Клинически симптомов обострения пиелонефрита у пациентов не наблюдалось. В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, согласно полученной чувствительности к антимикробным препаратам. По результатам культурального посева с нефростомического дренажа проводилась коррекция антибактериальной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка бактериурии и бактериальной контаминации конкрементов и мочевых путей играют роль при обосновании назначения антибактериальных препаратов. Фрагментация конкремента и наличие дренажа являются дополнительными факторами, приводящими к развитию бактериурии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Осложненные инфекции мочевыводящих путей. Проблемы лечения. Диагностика, профилактика

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ЭРУ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

С.А. Пульбере¹, С.В. Котов¹, М.А. Совьяк¹,
Е.А. Желтикова¹

¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекции мочевыводящих путей (ИМП), антибиотикорезистентность, Covid-19, пиелонефрит, диагностика, осложнения, профилактика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ежегодно в мире регистрируется более 160 млн случаев инфекций мочевыводящих путей (ИМП), более 40% из которых составляют осложненные инфекции, в том числе вызванные антибиотикорезистентными штаммами микроорганизмов. Основной проблемой являются энтеробактерии, продуценты бета-лактамаз расширенного спектра действия, устойчивые к группе карбапенемов, продуцирующие и непродуцирующие карбопенемазы, а также панрезистентные штаммы *Pseudomonas aeruginosa*. *Цель исследования:* изучить структуру возбудителей, вызывающих осложненные ИМП и частоту встречаемости антибиотикорезистентных штаммов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В университетской клинике урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова проведен анализ лечения 1691 пациента с ИМП доковидного (2018–2019 гг.) и постковидного (2020–2023 гг.) периодов. В исследовании сравнивалась динамика встречаемости микроорганизмов, частота антибиотикорезистентных штаммов и гнойных форм пиелонефрита, а также возможные методы профилактики и лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В доковидной группе наблюдались 1174 пациен-

та с ИМП, из них с острым пиелонефритом – 276 (23,5%) пациентов, гнойные изменения в почках были зарегистрированы у 14 (5%) пациентов. В постковидной группе среди 517 больных ИМП у 127 – острый необструктивный пиелонефрит, при этом 22 (17,3%) пациента с гнойно-деструктивной формой. В доковидной группе среди возбудителей, осложненных ИМП, лидирующие места занимали *Escherichia coli* (37,9%), *Enterococcus faecalis* (20,6%) и *Klebsiella pneumoniae* (13,9%), а в 2021–2022 гг. частота встречаемости *Klebsiella pneumoniae* составила 26,5%, *Escherichia coli* – 26,1% и *Enterococcus faecalis* – 21,3%. Количество положительных посевов составили 38,3%. При этом, если в отделении урологии частота полирезистентных штаммов *Klebsiella* составила 9,2%, то в отделениях ОРИТ – 20,4%. Кроме того, в выделенных в посевах мочи в 7,4% случаев *Pseudomonas aeruginosa* и 1,6% *Acinetobacter baumannii*, встречаемость панрезистентных штаммов составила 31,8 и 41,9% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди пациентов постковидной группы отмечен рост панрезистентных штаммов возбудителей, осложненных ИМП. Стратегия борьбы с прогрессивно растущей антибиотикорезистентностью должна включать прекращение распространения инфекции от пациента к пациенту, строгие показания для назначения антибактериальных препаратов, установки уретральных катетеров, стентов и сосудистых катетеров, раннее удаление дренажей, смена дренажей на этапе госпитализации, инфекционный контроль за резистентностью возбудителей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Урогинекология

Рубрика: Лечение беременных

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Ш.М. Тусматов², Д.А. Рахимов¹⁻²,
М.А. Джураев², Г.А. Абдуллохаджаева³,
М.А. Кенджаева², А. Дж. Гаффаров⁴,
Г.А. Солиев², Г.С. Турдалиева⁵,
Н.С. Турдалиева³, Д.Э. Турдалиева⁶

¹ ГУ «Республиканский научно-клинический
центр Урология» МЗ и СЗН Республики
Таджикистан

² Отделение урологическое, ЦРБ Б.Гафурова,
Республика Таджикистан

³ Отделение гинекологическое, ЦРБ Б.Гафурова,
Республика Таджикистан

⁴ Отделение урологическое, ЦРБ Канибадама,
Республика Таджикистан

⁵ Кафедра акушерства и гинекологии
ФГАОУ ВО НовосИГУ Минздрава России,
г.Новосибирск, Россия

⁶ Центр здоровья, ПМСП Б.Гафуровского
района, Республика Таджикистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

беременность, мочевыводящие пути,
стентирование, уродинамика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить тактику лечения беременных с нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Аналізу подвергнуты 248 пациенток с пиелонефритом беременных. Возраст женщин составил от 18 до 38 лет, средний возраст – 24,1±5,3 года, на различных сроках беременности (от 8 до 38 недель). Женщинам в первом триместре гестации, несмотря на имеющуюся ультразвуковую картину уретерогидронефроза и без клинических проявлений обструкции, дренирование верхних мочевых путей не производилось. Им проводилась стандартная антимикробная терапия, согласно клиническому протоколу, исключительно растительного происхождения. В 70–80% случаев имел место правосторонний процесс. По абсолютным показаниям дренирование мочевых путей выполнено 23 женщинам (9,3%)

со сроками от 20 до 38 недель беременности. Произведено стентирование мочеточников JJ-стентами (в 1 случае – двустороннее).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По нашим данным, у трех больных стентирование мочевых путей произведено по поводу мочекаменной болезни (МКБ), в остальных случаях имело место физиологическое нарушение уродинамики с признаками воспалительного процесса в почках. Стенты мочеточников удалялись примерно через две-три недели после родов. В зависимости от сроков беременности и предполагаемого его нахождения, у части женщин устанавливались долгосрочные стенты. У беременных с МКБ стенты мочеточников удалялись после удаления конкремента в послеродовом периоде. Одна из особенностей тактики лечения больных пиелонефритом беременных – это стертость клинической картины, что осложняет подбор терапии. Кроме того, острый пиелонефрит беременных относится к категории осложненных форм инфекций мочевых путей (ИМП) и, как правило, протекает на фоне нарушенной уродинамики. В выборе антибактериальной терапии для лечения ИМП беременных, кроме антимикробного действия и резистентности, доказанной эффективности препарата, прежде всего мы должны учитывать его переносимость и безопасность. Беременные женщины с наличием дренажей за весь период беременности и до 6 месяцев после родов находились в активном наблюдении семейных врачей, акушер-гинекологов и урологов поликлиники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показанием к выполнению стентирования мочевых путей у беременных с выявленными признаками уретерогидронефроза является клинически выраженная обструкция мочеточника, наличие острого пиелонефрита на фоне нарушенной уродинамики или МКБ. Выполнение профилактического стентирования верхних мочевых путей у беременных с физиологическим уретерогидронефрозом без клинических признаков обструкции или воспалительного процесса нецелесообразно из-за риска осложнений. Замена стентов должна быть произведена вовремя и в асептических условиях.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекция мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и лечение

**НАДЕЖНОСТЬ
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
СРЕДНЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ
У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПЕРКУТАННОЙ
НЕФРОЛИТОЛАПАКСИЕЙ**

Б.В. Ханалиев¹, Д.В. Косарева¹, К.П. Тевлин¹,
Е.И. Косарев¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекция мочевых путей, бактериологическое исследование средней порции мочи, исследование конкремента, антибактериальная терапия/профилактика, мочекаменная болезнь.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стандартным методом лечения пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) и камнями почек более 2 см является перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ). Актуальными являются меры, позволяющие снизить частоту инфекционных осложнений. *Цель исследования:* сравнить предоперационное стандартное бактериологическое исследование средней порции мочи и бактериологическое исследование микрофлоры фрагментов удаленного камня при ПНЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 40 пациентов с камнями почек, которым была выполнена стандартная мини-ПНЛ из 1 пункционного доступа. Пациенты были разделены на две группы: первая – 20 человек с предоперационным дренированием верхних мочевых путей (стент, нефростома) или хроническим пиелонефритом в анамнезе, вторая – 20 человек без дренирования почек. Пациентам с уропатогенами, обнаруженными при исследовании средней порции мочи, на амбулаторном этапе проводилась антимикробная терапия с повторным исследованием мочи накануне перед ПНЛ. Во время операции проводился забор фрагментов камня для исследования мочи

после дренирования мочевого пузыря в обеих группах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе рост бактерий выявлен при культуральном исследовании средней порции мочи перед операцией в 7 (35%) случаях (проводилась антибактериальная терапия до оперативного вмешательства, перед операцией бактериологический посев мочи роста не дал), в 65% случаев он совпал с бактериологическим исследованием фрагментированного конкремента. Во 2-й группе рост микрофлоры при бактериологическом исследовании мочи не был выявлен. В 1-й группе при отсутствии патогенов в моче после антибактериальной терапии был выявлен рост микрофлоры при культуральном исследовании фрагмента конкремента в 16 случаях (80%), при исследовании средней порции мочи также у 16 пациентов (80%), однако возбудители мочевой инфекции не всегда совпадали. Во 2-й группе при отсутствии патогенов в средней порции мочи рост микрофлоры при культуральном исследовании фрагмента конкремента выявлен в трех случаях (15%), при этом бактериологический посев мочи после проведенной ПНЛ во всех случаях совпадал с флорой фрагмента камня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты бактериологического посева фрагмента конкремента камня, полученного при ПНЛ, могут отличаться от результатов культурального исследования средней порции мочи после операции. Пациенты с ранее перенесенными операциями на стороне ПНЛ или пиелонефритом в анамнезе могут чаще иметь инфицированные камни, а значит, во избежание инфекционно-воспалительных осложнений должны получать антибактериальную терапию по данным культурального исследования фрагмента конкремента, так как он является более информативным.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей.

Рубрика: Диагностика и лечение пациентов

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

М.М. Хасанов¹, Ш.Т. Мухтаров¹,
У.А. Абдуфаттаев¹, Н.М. Рахимов¹,
А.А. Номонов¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидронефроз, диагностика, модель прогнозирования, тактика лечения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Математические модели довольно часто используются в диагностике и определении тактики лечения пациентов. Они позволяют быстро и точно определиться уже во время рутинных исследований пациентов. Несмотря на совершенствования диагностических методов при ИМП, данная патология часто сопровождается развитием осложнений и все еще является одним из наиболее часто встречаемых урологических заболеваний. *Цель исследования:* определить эффективность модели прогнозирования в диагностике и тактике лечения пациентов с суправезикальной обструкцией, обусловленной инфекцией мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование в период 2018–2021 гг., в которое включены пациенты с инфекцией мочевыводящих путей, осложненной суправезикальной обструкцией. Другие причины обструкции были исключены. После применения критериев включения/исключения отобрано 82 пациента в возрасте от 7 до 81 года. Средний возраст составил 43.71 ± 18.91 года, среди них мужчин было 35 (42,7%), женщин – 47 (57,3%). С помощью дискриминантной функции был рассчитан критерий Z модели прогнозирования, значения которого выше 1,73, определяли осложненное течение заболевания. Согласно мо-

дели суправезикальной обструкции, осложненное течение наблюдалось у 68 (82,9%) пациентов. Наряду с консервативной терапией деривация мочи понадобилась 13 (15,9%) пациентам, у 7 (8,5%) из них произведена установка чрескожной нефростомы, у 6 (7,3%) – стентирование мочеточника. 11 (13,4%) пациентам была выполнена органосохраняющая операция. Чувствительность, специфичность и точность модели прогнозирования определялась с помощью двухпольной таблицы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В расчетах дискриминантной функции были использованы параметры: наличие болевого симптома, гипертермии, давность заболевания, степень гидронефроза, данные анализов мочи и крови. Каждый фактор был отобран в ранее проведенном исследовании с помощью регрессионного анализа. Показатели эффективности модели прогнозирования представлены в таблице.

Таблица. Двухпольная таблица определения эффективности модели прогнозирования и исхода вмешательства.

Вывод модели		Исход		Всего
		Оперативное вмешательство	Консервативное лечение	
Осложненное течение	Да	24	32	56
	Нет	3	23	26
Всего		27	55	82

Чувствительность модели прогнозирования составила 88,89% [CI – 70,84–97,65%], специфичность – 41,82% [28,65–55,89%], точность – 86,54% [77,20–93,07%].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модель прогнозирования исхода ИМП при наличии суправезикальной обструкции обладает высокой степенью чувствительности (88,9%) и точности (86,5%) в тактике ведения пациентов с суправезикальной обструкцией, вызванной инфекцией мочевыводящих путей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: эмфизематозный пиелонефрит, сепсис, лечение, диагностика

ЭМФИЗЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ СЕПСИСОМ

К.А. Шарафутдинов², А.А. Дюсюбаев¹

¹Кафедра хирургии ИДПО ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Челябинск, Россия

²Урологическое отделение № 1 ГАУЗ «ОКБ № 3», Челябинск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эмфизематозный пиелонефрит, сепсис, диагностика, нефрэктомия.

ВВЕДЕНИЕ

Эмфизематозный пиелонефрит – острая некротизирующая инфекция почечной паренхимы и окружающих тканей. Сахарный диабет является фактором риска, выявленный более чем у 90% пациентов с этим заболеванием. Накопления газа в тканях связаны с образованием газов, включая водород, двуокись углерода и азот, во время фрагментации глюкозы и лактата микроорганизмами. Наиболее распространенными возбудителями эмфизематозного пиелонефрита являются *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и *Proteus mirabilis*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С октября 2022 г. по февраль 2023 г. в урологическом отделении ГАУЗ ОКБ № 3 Челябинска находились на лечении с эмфизематозным пиелонефритом 5 пациентов женского пола в возрасте от 35 до 82 лет. Диагноз острый пиелонефрит был установлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, диагноз эмфизематозного пиелонефрита выставлялся на основании скопления газа в чашечно-лоханочной системе, почечной паренхимы, паранефральном пространстве по данным компьютерной томографии. Для классификации была использована классификация по J.J. Huang и C.C. Tseng.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех 5 пациентов был неконтролируемый сахарный диабет. В 4 из 5 случаев диагностирован уросепсис. Диагноз уросепсиса установлен на ос-

новании остро возникшей органной дисфункции, оцениваемой по индексу шкалы SOFA, – увеличение ее более чем на 2 балла. МСКТ брюшной полости у пациентов показывала увеличение пораженной почки со скоплением воздуха в ЧЛС, мочеточнике, паренхиме почки, околопочечной клетчатке. У одной пациентки выявлен II класс (наличие газа в паренхиме почки), у 2 женщин – IIIА (наличие газа в паранефрии), у 1-й пациентки – IIIВ (выход газа за пределы фасции Героты) и у одной больной – IV класс (двусторонний процесс). У 3 больных из мочи выделена *E.Coli*, у одной – *Klebsiella pneumoniae* и полимикробная инфекция (*Candida glabrata*, *Staphylococcus epidermidis*+*Escherichia coli*). До идентификации возбудителя проводилась эмпирическая внутривенная антибиотикотерапия – ципрофлоксацин, цефтриаксон, эртепенем. Оперативное лечение проводилось в 4 случаях: дренирование ВМП в виде установки стента, в последующем нефрэктомия – 1; декапсуляция, дренирование гнойных очагов – 1; нефрэктомия – 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмфизематозный пиелонефрит – опасное заболевание, требующее незамедлительного начала лечения. Информативным методом диагностики является МСКТ органов брюшной полости. Своевременно выполненное оперативное вмешательство позволяет сохранить жизнь больным. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мочевых путей (ИМП). Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

Рубрика: Инфекции почек

ОСТРЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

И.С. Шорманов¹, Д.Н. Щедров^{1,2}, Д.Ю. Гарова^{1,2},
А.С. Соловьёв¹, С.А. Жигалов¹

¹Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава РФ, Ярославль, Россия
²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гестационный пиелонефрит, подростковая беременность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ литературы свидетельствует о том, что доля сексуально активных молодых людей увеличивается в течение последних трех десятилетий, а возраст начала сексуальной жизни подростков снижается, причем интенсивнее среди девушек. Подростковая (ювенильная) беременность (ЮБ) – проблема не только медицинская, но и социальная. В развитых странах ее распространенность достигает 12 случаев на 1 тыс. подростков, в России этот показатель в 8–9 раз выше. Основной проблемой ЮБ, связанной с физиологической незрелостью организма, принято считать высокую вероятность осложнений, одним из которых является острый гестационный пиелонефрит (ГП). На сегодняшний день ГП занимает второе место в структуре соматической патологии среди беременных всех возрастов. При этом частота ГП за последнее десятилетие выросла в 3,5 раза. ГП существенно отягощает течение беременности, приводя к грозным осложнениям, как со стороны матери, так и плода. *Цель исследования:* выделить факторы риска острого гестационного пиелонефрита и оценить его влияние на течение и исход беременности у пациенток разных возрастных групп.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и лечения 78 пациенток в возрасте 14–42 лет, госпитализированных с диагнозом острый геста-

ционный пиелонефрит, разбитых на две группы. Группа 1 (взрослые пациентки) (n=46) – пациентки в возрасте 18–42 лет (ср. возраст – 26±3,4 г.) и группа 2 (подростки) (n=32) – пациентки в возрасте 13–18 лет (ср. возраст – 17±2,1 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основу сравнительной оценки легли следующие критерии:

сроки возникновения острого пиелонефрита: Группа 1: в первом триместре – у 17,7% пациенток; во втором триместре – у 56%; в третьем триместре – у 26,3%; в группе 2: у 26,7; 47,2; 25,1% соответственно;

одно/двусторонний процесс: в группе 1 – двустороннее поражение в 11,3%; в группе 2 – в 20,7% случаев;

наличие ИППП при исследовании материала из уретры: в группе 1 – в 4,3%, в группе 2 – 12,7%;

наличие дизурических явлений в начале заболевания: в группе 1 – у 73% пациенток; в группе 2 – в 94% случаев;

наличие и доля гнойно-деструктивных форм пиелонефрита: в группе 1 – 8%, в группе 2 – 4%; *необходимость дренирования верхних мочевых путей* возникла в первой группе у 49% беременных, во второй – у 60%;

угроза прерывания беременности возникла в группе 1 у 47% беременных, в группе 2 – у 72,5%;

возбудителями гестационного пиелонефрита явились: в группе 1 – у 65% – микроорганизмы группы энтеробактерий (кишечная палочка, клебсиелла, протей) и у 23% – энтерококк. Реже встречаются стафилококк, синегнойная палочка (10%); в группе 2 стафилококк и синегнойная палочка встречались значительно чаще (17%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Функциональная незрелость юных матерей, низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, незапланированность беременности и отсутствие подготовки к ней, несомненно, являются факторами, неблагоприятно сказывающимися на течении гестационного пиелонефрита.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Тема сессии: ИМП. Инфекции нижних мочевых путей.

Рубрика: ИМП. Инфекции нижних мочевых путей.

ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

А.С. Аль-Шукри¹, А.В. Максимова¹, Н.И. Дуб²,
С.Б. Петров¹.

¹Кафедра урологии с клиникой ФГБОУ
ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

бессимптомная бактериурия, микробный спектр, амбулаторное звено, антибактериальная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под термином «бессимптомная бактериурия» понимают наличие концентрации бактерий в средней порции мочи $>10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных анализах у женщин и одном анализе у мужчин, при этом клинические проявления отсутствуют. Несмотря на имеющееся руководство клинических рекомендаций по ведению пациентов с бессимптомной бактериурией, врачами других специальностей нередко назначается антимикробная терапия, что, безусловно, не может носить положительный характер в эпоху роста антибактериальной резистентности. *Цель исследования:* выявить распространенность бессимптомной бактериурии у пациентов амбулаторного звена. Оценить микробный спектр возбудителей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 320 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 86 лет, обратившихся в клинко-диагностический центр ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

за консультацией уролога.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обратившихся пациентов 124 человека (38,75%) предъявляли жалобы на рези и боли при мочеиспускании, вследствие чего не были включены в исследование. Посев мочи был назначен 196 пациентам (61,25%), чья клиническая картина не соответствовала инфекции мочевыделительных путей. У 12 мужчин (6,12%) и у 30 женщин (15,31%) по результатам лабораторного исследования была выявлена концентрация микроорганизмов $>10^5$ КОЕ/мл. Все женщины были направлены на повторное диагностическое исследование мочи, в результате чего бессимптомная бактериурия была подтверждена только у 28 пациентов (14,29%). По результатам лабораторной диагностики получен следующий микробный спектр: у 19 пациентов обнаружена E.Coli (47,5%), в девяти случаях – Klebsiella pneumoniae (22,5%), Staphylococcus hominis выявлен у семи пациентов (17,5%), в трех случаях – Corynebacterium amycolatum (7,5%), в двух посевах выявлен Staphylococcus epidermidis (5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой распространенности такого состояния, как бессимптомная бактериурия у пациентов урологического профиля, основными возбудителями которого является E.Coli и Klebsiella pneumoniae. Крайне необходимо повышать информированность среди врачей различных специальностей и самих пациентов об отсутствии необходимости проведения антибактериальной терапии, что связано с нецелесообразностью достижения стерильной мочи и ростом устойчивости микроорганизмов к антибиотикам.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, нижние мочевые пути

Рубрика: Нижние мочевые пути

**ВОЗМОЖНОСТИ
НЕАНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН
В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Р.Э. Амдий¹, С.Х. Аль-Шукри¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый цистит, лечение, канефрон, неантибактериальная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы были опубликованы результаты клинических исследований по изучению эффективности и безопасности лечения острого цистита (ОЦ) у женщин без применения антибиотиков. Для лечения использовали Ибупрофен или Канефрон, в группе сравнения пациентки получали антибактериальные препараты (АБП). Эти работы показали эффективность и безопасность лечения острого цистита у определенной категории пациенток без применения АБП. *Цель исследования:* оценка эффективности и безопасности применения Канефрона как средства монотерапии при неосложненном ОЦ у женщин в реальной клинической практике амбулаторных медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

52 женщины с диагнозом острый неосложненный цистит получили лечение лекарственным растительным препаратом Канефрон в рамках одобренного этическим комитетом ПСПбГМУ им акад И.П. Павлова научного исследования. Критерии включения в исследование: женщины 18–55 лет, подписанное информированное согласие, диагноз неосложненного ОЦ, давность симптомов не более 7 дней до начала лечения инфекции. Критерии невключения: признаки осложненной инфекции мочевых путей (лихорадка $\geq 37,5$ град., аномалии мочеполовой системы (МПС), состояние после операции на органах МПС, нейрогенные расстройства мочеиспускания), признаки острого пиелонефрита (лихорад-

ка, боли в пояснице), беременность, инфекции мочевых путей за 4 недели до включения, прием АБП менее чем за 4 недели до включения, тяжелые сопутствующие соматические заболевания. Канефрон принимали по 50 капель 3 раза в день 14 дней. Средний возраст составил $29,0 \pm 1,8$ года (от 19 до 51 года). Показателями эффективности было изменение симптоматики и лабораторных показателей по данным общего анализа и посева мочи при монотерапии Канефроном.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лечении Канефроном наблюдали достоверное улучшение симптомов ОЦ. Перед началом лечения средний балл симптоматики составил $8,05 \pm 0,7$ балла, на третий день лечения она достоверно снизилась до $5,1 \pm 1,0$ балла ($p < 0,05$), на седьмой день лечения – до $2,9 \pm 1,0$ балла, в фазе наблюдения – на 37-й день после начала терапии Канефроном средний балл симптоматики составил $0,1 \pm 0,3$ балла. Частота лейкоцитурии на седьмой день лечения по данным исследования мочи методом микроскопии составила 83,3%, а к 37-му дню после начала приема Канефрона (фаза наблюдения) достоверно снизилась до 37,5% ($p < 0,05$). Канефрон показал статистически значимую симптоматическую и антибактериальную активность при остром цистите. До начала терапии рост микроорганизмов в титре более 100 000 единиц был обнаружен у 72,7% больных, после двух недель лечения (на 37-й день наблюдения) – у 28,6% пациенток ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Канефрон может быть эффективным и альтернативным методом лечения неосложненного ОЦ у женщин, позволяющим сократить использование АБП. В российских клинических рекомендациях нет указаний по лечению ОЦ без применения антибактериальной терапии. Показания к назначению препарата Канефрон как средства монотерапии острого цистита требуют дальнейшего изучения и обсуждения. Авторы полагают, что Канефрон может использоваться как средство экстренного самолечения женщинами при ОЦ и рецидивирующем цистите.

Благодарности/Источник финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: ИМП, инфекции нижних мочевых путей. Консервативное лечение. Оценка исходов, наблюдение

ЭНДОВЕЗИКАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА/СИНДРОМА БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

О.А. Арефьева^{1,2,3}, А.В. Зайцев², Л.А. Ходырева¹,
Р.В. Строганов^{1,2,3}, И.Л. Корсунская³

¹Организационно-методический отдел
по урологии, ГБУ «Научно-исследовательский
институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента» ДЗМ, Москва,
Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава,
Москва, Россия

³Онкоурологическое отделение,
консультативно-диагностическое отделение,
ГБОУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ,
Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эндовезикальный электрофорез,
интерстициальный цистит, синдром
болезненного мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В лечении интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря (ИЦ/СБМП), которое требует пожизненной терапии, большее значение имеет местная терапия. Однако при внутривезикальном введении действие лекарственных препаратов ограничивается слизистой оболочкой мочевого пузыря, тогда как в воспалительный процесс вовлечены подслизистый и мышечный слои. Введение медикаментозных средств с помощью постоянного тока (метод эндовезикального электрофореза лекарственных препаратов [ЭЭЛП]) способствует их более глубокому проникновению в ткани и депонированию. *Цель исследования:* оценка эффективности лечения методом ЭЭЛП больных, страдающих ИЦ/СБМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова с 2012 по 2022 г. проведено проспективное исследование на 100 пациентках с ИЦ/СБМП, которые помимо хирургического лечения ранее проходили стандартную терапию в виде внутрипузырных инстилляций лекарственных средств. Нами усовершенствовано местное лечение этих больных путем применения метода ЭЭЛП. Все пациентки после перенесенного хирургического лечения в виде гидробуживания и электровапоризации очагов Гуннеровского поражения мочевого пузыря в качестве дальнейшей амбулаторной терапии получали курсовое лечение ЭЭЛП два раза в год на протяжении длительного времени. Нами использовался стандартный источник тока и катетер-электрод, предназначенные для выполнения ЭЭЛП. Курс лечения предполагал две процедуры в неделю на протяжении месяца. Продолжительность одной процедуры ЭЭЛП составляла 20 минут. Плотность тока подбиралась индивидуально по субъективным ощущениям пациентки и колебался в пределах 0,03–0,1 мА/см. При лечении применялся раствор, состоящий из 70 мл 2% Новокаина, 10000 ед. Гепарина, 5 мл 2,5% гидрокортизона ацетата, 10 мл 0,9% физиологического раствора. Период наблюдения за больными составил три года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне лечения методом ЭЭЛП у пациенток с ИЦ/СБМП болевой синдром купирован у 53%, частота мочеиспускания уменьшилась у 80%, ноктурия купирована – у 29%, эффективный объем мочеиспускания увеличился до 150 мл у 46%, физиологическая емкость мочевого пузыря увеличилась до 300 мл у 35%, до 350 – у 40% пациенток. Период ремиссии увеличился до двух лет по сравнению с ранее проводимой стандартной терапией у 30% пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭЭЛП зарекомендовал себя как эффективный и безопасный метод терапии больных с ИЦ/СБМП, что обеспечивает клинически значимое продление ремиссии и стойкое уменьшение симптомов по сравнению со стандартной внутривезикальной терапией.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей. Базовые исследования (этиология/патогенез). Диагностика

ДИСБИОЗ ВЛАГАЛИЩА И РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В.А. Барсегян¹, И.В. Косова^{1,2}, Л.А. Синякова¹, Д.Н. Колбасов²

¹*Кафедра урологии и хирургической андрологии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия*

²*Урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей, дисбиоз влагалища, генитоуринарный менопаузальный синдром.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Известно, что микробиота влагалища играет важную роль в развитии инфекций мочевых путей. Влагалище может служить резервуаром для уропатогенных микроорганизмов, являясь промежуточным пунктом на их пути из кишечника. В то же время, представители spp. *Lactobacillus* играют протективную роль, предотвращая влагалищную колонизацию уропатогенов. *Цель исследования:* изучение роли различных нарушений микробиоты урогенитального тракта в развитии рецидивирующих ИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное обсервационное когортное исследование вошло 80 женщин с рецидивирующими ИМП, из которых 60 пациенток репродуктивного возраста и 20 в пери- и постменопаузальном периодах. Диагноз рецидивирующей ИМП выставлялся при наличии не менее трех обострений за год или не менее двух обострений за полгода. Каждая пациентка заполняла опросник ACSS. Для комплексной оценки микробиоты влагалища использовался тест Фемофлор[®]16 (ДНК-Технология, Россия), представляющий из себя ПЦР-диагностику соскобов эпителиальных клеток из урогенитального тракта. Статистическая оценка осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics (IBM, США). Досто-

верным считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста женщин составила 36 [27; 44,75] лет, медиана длительности заболевания – 28 [14,25; 56,5] месяцев. Умеренный дисбиоз влагалища был выявлен у 26,3% женщин ($n=21$), выраженный – у 40,0% ($n=32$), а нормоценоз – у 33,8% ($n=27$). Отмечена умеренная позитивная корреляционная связь между степенью дисбиоза урогенитального тракта и суммой баллов в разделе «Типичные симптомы» ACSS ($r_s=0,40$; $p < 0,01$), а также слабая позитивная корреляционная связь между возрастом женщин и степенью дисбиоза влагалища ($r_s=0,29$, $p < 0,01$). У женщин в пери- и постменопаузальном периодах нарушение баланса микрофлоры выявлялось чаще, чем у таковых в репродуктивном периоде (ОШ=3,52, $p=0,06$). Увеличение числа представителей класса *Mycoplasma* (31,7%, 19/60) во влагалищной микробиоте имело место у женщин в репродуктивном периоде; снижение относительного числа представителей spp. *Lactobacillus* (70,0%, 14/20) – у женщин в пери- и постменопаузальном периодах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дисбиоз влагалища встречается у 66,3% женщин, страдающих рецидивирующими инфекциями мочевых путей. Нарушение микрофлоры влагалища повышает риск развития и приводит к более тяжелому течению рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей, поэтому этой категории больных целесообразно проводить обследование, направленное на выявление нарушений микробиоты влагалища.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Острый цистит

АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЦИСТИТА И ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО РЕЦИДИВОВ У ЖЕНЩИН

О.И. Братчиков¹, Д.В. Коновалов¹, И.А. Тюзиков²

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «КГМУ»
Минздрава России, Курск, Россия*

²*Медицинский центр «Тандем-Плюс»,
Ярославль, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый цистит, женщины, лечение,
антимикробные пептиды, рецидивы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

После первого эпизода острого цистита (ОЦ) у 20–25% пациенток неизбежно развиваются его рецидивы, лечение которых представляет сложную клиническую задачу, в связи с чем необходима оптимизация современной фармакотерапии заболевания. *Цель исследования:* изучить влияние комплекса природных антимикробных пептидов на клиническое течение острого цистита и частоту его рецидивов у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Располагаем результатами обследования и лечения 30 женщин в возрасте $32,5 \pm 3,6$ (24–50) года с диагнозом ОЦ, вслепую рандомизированных по характеру фармакотерапии на две группы: группа 1 (n=15) получала этиотропную антимикробную химиотерапию (фосфомицина трометамолом 3 г однократно); группа 2 (n=15) получала аналогичную этиотропную антимикробную химиотерапию в сочетании с комплексом природных антимикробных пептидов «Суперлимф» в виде вагинальных свечей (25 ЕД) однократно в сутки в течение 10 дней. В обеих группах до начала, на 5-й и 10-й дни терапии, а также через 6 месяцев наблюдения проводили опрос с помощью опросника оценки симптомов острого цистита (ACSS). Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходные средние значения показателей характерных симптомов ОЦ, оцененных по шка-

ле ACSS, в обеих группах достоверно не различались между собой ($12,3 \pm 3,5$ (10–16) балла в группе 1 и $13,7 \pm 2,6$ (11–16) балла в группе 2 соответственно, $p = 0,1$), что отражало исходную клиническую гомогенность обеих групп. На 5-й день терапии показатель характерных симптомов ОЦ по шкале ACSS составил $5,2 \pm 1,2$ (4–7) балла в группе 1 и $3,2 \pm 0,5$ (2–3) балла в группе 2 соответственно ($p < 0,05$), а через 10 дней данные показатели составили $1,2 \pm 0,5$ (1–2) балла в группе 1 и 0 баллов в группе 2 соответственно ($p < 0,05$), что убедительно доказывает клинические преимущества дополнительного назначения к этиотропной терапии комплекса антимикробных пептидов, которые заключались в более быстрой и полноценной ликвидации симптомов ОЦ у всех пациенток уже через 5 дней, а особенно через 10 дней после курса терапии, в то время как у 4/15 (26,7%) пациенток группы 1 на 5-й день после приема одной дозы фосфомицина трометамола сохранялись резидуальные симптомы ОЦ, полностью купированные лишь к 10-му дню. При этом переносимость антимикробных пептидов была удовлетворительной, а побочных явлений не зарегистрировано. При наблюдении в течение 6 месяцев у 6/15 (40%) женщин группы 1 развился рецидив ОЦ, в то время как в группе 2 частота рецидивов за указанный период составила лишь 20% (3/15 женщин) ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинация этиотропной антимикробной химиотерапии и антимикробных пептидов достоверно повышает клиническую эффективность лечения ОЦ у женщин, снижая при этом практически в 2 раза частоту его рецидивов в ближайшие 6 месяцев.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Особые клинические проявления инфекции нижних мочевых путей у пациентов с мочевыми дренажами

СИНДРОМ ФИОЛЕТОВОГО МОЧЕПРИЕМНИКА – ОСОБАЯ ФОРМА МАНИФЕСТАЦИИ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Р.Р. Гафаров¹, С.А. Аллазов¹, З.Р. Шомонова¹

¹Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекция нижних мочевых путей, фиолетовый мочеприемник, мочевые дренажи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Так называемый синдром фиолетового мочеприемника (СФМ) впервые был описан в 1978 г. Изменения в моче, приводящие к данному синдрому, и характерное окрашивание при этом мешка для сбора мочи относятся к особому виду манифестации инфекции нижних мочевых путей (ИНМП). *Цель исследования:* изучение особенностей проявления СФМ как признака ИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2010 по 2022 г. мы наблюдали шесть пациентов с СФМ, среди них пять мужчин и одна женщина. Все пациенты мужского пола (средний возраст – 69,2±1,2 года) имели цистостомический дренаж, установленный в связи с неоднократными острыми задержками мочи (ОЗМ), обусловленными доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Пациентке с СФМ (возраст – 74 года) был установлен уретральный катетер в связи с ОЗМ, обусловленной болезнью Паркинсона. В последующем нормальное мочеиспускание у больной так и не восстановилось, пациентка живет с уретральным катетером, отвергая возможность установки цистостомы. С надлобковым или уретральным катетером больные жили от шести месяцев до четырех лет, замена дренажей производилась каждые три-четыре недели. При очередном рутинном обращении для замены катетера отмечалось фиолетовое окрашивание мешка для сбора мочи. Сама моча была насыщенно-желтого цвета. Па-

циенты отрицали любые недавние изменения в режиме лечения или в питании, однако у трех больных отмечалось наличие запоров в течение одного месяца и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общем анализе мочи у всех больных была выявлена выраженная лейкоцитурия, бактериурия, рН мочи варьировался от 7,5 и выше, также обнаруживались кристаллы фосфатов. При бактериологическом исследовании мочи в четырех случаях обнаружена *E. coli*, в одном случае – *P. mirabilis*, еще в одном – *K. pneumoniae*. Всем пациентам была произведена замена мочевого дренажа и назначена этиотропная антибиотикотерапия во всех случаях с положительным эффектом. В случае наличия запоров производилась коррекция диеты и назначение средств, стимулирующих работу кишечника. Появление фиолетового окрашивания является проявлением нарушения метаболизма аминокислоты триптофана. Значительная часть его идет на образование гормона серотонина, избышек попадает в кишечник. Кишечная флора превращает триптофан в индолтоксичное соединение, которое в печени превращается в нетоксичный индикан. В норме индикан секретируется печенью в кровоток и выделяется с мочой. При ИМП грамотрицательные бактерии, продуцирующие ферменты, отщепляющие от индикана серную кислоту, превращают его в индоксил. В щелочной среде бактерии конвертируют индоксил в индиго голубого цвета и индирубин красного цвета. Смешивание этих двух цветов и определяет фиолетовый цвет мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СФМ является особой формой манифестации ИНМП при длительном нахождении мочевых дренажей. В лечении СФМ основную роль играют обеспечение адекватного дренирования мочевых путей, антибактериальная терапия и профилактика запоров.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: инфекции нижних мочевых путей

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНКРУСТИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Д.С. Горелов¹, И.Е. Маликиев¹, В.М. Обидняк¹, А.А. Мищенко¹, Н.К. Гаджиев², С.Б. Петров¹

¹НИИ ХиНМ ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург

²Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И.Пирогова, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инкрустирующий цистит, инфекция, уреазы, SubyG.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инкрустирующий цистит (ИЦ) – редкое хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки мочевого пузыря и образованием характерных налетов (инкрустаций). Он напрямую связан с активностью бактерий, продуцирующих уреазу в моче. Инкрустации представляют собой отложение фосфата аммония и фосфата магния на поверхности уротелия, но часто на слизистой можно обнаружить и струвитные отложения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен литературный поиск в базе данных Pubmed и Google Scholar, а также продемонстрированы пять клинических случаев с инкрустирующим циститом на базе НИЦ урологии НИИ ХиНМ ФГБОУ «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова». Известно, что лечение ИЦ должно представлять собой сочетание местного подкисления мочи раствором SubyG, (не зарегистрирован в России) и правильно подобранной антибактериальной терапии; данная комбинация способствует наиболее эффективной эрадикации возбудителя, с последующей трансуретральной резекцией резидуальных инкрустаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На базе НИЦ урологии НИИ ХиНМ ФГБОУ «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» проходили лечение пять пациентов с инкрустирующим циститом. Лечение включало в себя курс антибактериальной терапии по результатам посева мочи с по-

следующей трансуретральной резекцией резидуальных фрагментов на слизистой мочевого пузыря с использованием тулиевого лазера (Fiberlase U2). По данным МСКТ мочевыводящих путей, после проведенного лечения признаков инкрустирующего цистита выявлено не было. Для профилактики формирования бактериально-ассоциированной инкрустации слизистой мочевого пузыря пациентам рекомендован прием L-метионина в течение шести месяцев после выписки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инкрустирующий цистит – редкое заболевание, которое может быть не распознано вовремя. Его патогенез еще не до конца изучен. Лечение ИЦ могло бы быть более эффективным, если бы проводилось воздействие на ключевые процессы, приводящие к образованию инкрустаций. Однако существующие методы лечения на сегодняшний день также достаточно эффективны для лечения данного заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей

КАК ЛЕЧИТЬ ЦИСТИТ, ЕСЛИ БОЛЬНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ АНТИБИОТИКИ

М.И. Давидов¹, Д.А. Войтко², Н.Е. Бунова¹

¹Кафедра факультетской хирургии и урологии Пермского медицинского университета, Пермь, Россия

²НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый неосложненный цистит, инфекция мочевых путей, аллергия на антибиотики, консервативное лечение, фитотерапия, Канефрон Н.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В России частота острого цистита у женщин достигает 26–36 млн случаев в год. По данным литературы, от 8 до 27% населения имеют аллергию на антибиотики, а 14–31% не переносят их. Поэтому актуальной проблемой является разработка медикаментозного лечения цистита у женщин с противопоказаниями к назначению ан-

тибиотиков. *Цель исследования:* сравнительная оценка эффективности и безопасности растительных лекарственных препаратов Канефрон Н и Цистон в монотерапии острого неосложненного цистита у женщин с аллергией или непереносимостью антибиотиков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В двух урологических центрах при научно-методической помощи НИИ урологии в течение 7 лет (2016–2022 гг.) проведено проспективное рандомизированное сравнительное исследование препаратов Канефрон Н и Цистон как средств монотерапии острого неосложненного цистита у 105 женщин, которые имели аллергию (75 чел.) или непереносимость (30 чел.) антибиотиков в анамнезе. Больные основной группы (53 чел.) в течение 30 суток получали Канефрон Н, группа сравнения (52 чел.) – Цистон. Использовали оценку симптомов заболевания по шкале ACSS, анализ мочи микроскопией, бактериологическое исследование мочи и другие методы. Результаты оценивали через 3, 6 и 30 суток и 1 год после начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе монотерапия препаратом Канефрон Н в течение 30 суток привела к снижению суммы баллов характерных симптомов ACSS с исходных $12,8 \pm 0,4$ до $0,3 \pm 0,1$ балла (т.е. на 97,7%), клиническая эффективность составила 92,5% (выздоровление – у 88,7%, улучшение – у 3,8%), число больных с лейкоцитурией снизилось со 100 до 11,3%, с бактериурией – до 7,5%, число дней нетрудоспособности составило $4,9 \pm 0,4$; рецидивы заболевания в течение одного года отмечены лишь у 5,7%, побочных эффектов терапии не зафиксировано. В группе сравнения при использовании Цистона по всем показателям получены достоверно худшие результаты лечения, в т.ч. выздоровление отмечено у 67,3%, улучшение – у 5,8%. В докладе раскрыты восемь основных лечебных эффектов Канефрона Н при остром цистите и указаны 18 механизмов, их обеспечивающих. Установлено, что месячная терапия препаратом Канефрон Н значительно эффективнее, чем 6-дневный курс лечения, при полном сохранении безопасности лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют, что Канефрон Н является эффективным и безопасным средством монотерапии острого неослож-

ненного цистита, что позволяет считать этот препарат средством выбора для лечения женщин, у которых имеются противопоказания к назначению антибиотиков.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА ФЕНАЗОПИРИДОМ И ФОСФОМИЦИНОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ 3-ЛЕТНЕГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

М.И. Давидов

*Кафедра факультетской хирургии и урологии
Пермского медицинского университета, Пермь,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый неосложненный цистит, инфекция мочевых путей, дизурия, консервативное лечение, феназопиридин, фосфомицин.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в мировой урологии наблюдается подлинный ренессанс феназопиридина, синтезированного еще в 1914 г., но забытого средства в эру антибактериальной терапии. *Цели исследования:* оценка эффективности комбинированной терапии острого неосложненного цистита феназопиридином и фосфомицином у женщин трудоспособного возраста; изучение анальгетического и антидизурического эффекта феназопиридина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В пяти поликлиниках Пермского края в течение трех лет выполнено многоцентровое рандомизированное открытое исследование комбинированной терапии острого неосложненного цистита феназопиридином и фосфомицином у 224 женщин в возрасте 18–60 лет. В 1-й группе 112 пациенток перорально получали феназопиридин в дозе по 200 мг 3 раза в день в течение 2 сут. до суммарной дозы 1200 мг и фосфомицина трометамол в дозе 3 г однократно. Во 2-й группе 112 женщин получали перорально одно-

кратно 3 г фосфомицина трометамол и препарат но-шпа в дозе по 80 мг 3 раза в день в течение 2 сут. Применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) боли, оценку симптомов цистита по шкале ACSS, лабораторные и бактериологические исследования мочи, УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комбинация феназопиридина и фосфомицина оказалась значительно более эффективной, чем фосфомицина и но-шпы. В 1-й группе у 109 (97,3%) больных наступило выздоровление, у 3 (2,7%) – улучшение, бактериологическая эффективность составила 96,8%, в более ранние сроки исчезла лейкоцитурия, а сроки временной нетрудоспособности составили $5,1 \pm 0,5$ дня, сократившись на 30,1% ($p < 0,05$). По шкале ВАШ и ACSS обнаружены выраженный анальгетический и антидизурический эффект феназопиридина. Средний показатель боли при использовании феназопиридина уже через 6 ч снизился на 49,3% от исходного, через 12 ч он уменьшился на 78,1%, через 24 ч – на 94%, а через 48 ч боли исчезли у всех 112 больных. Сумма характерных симптомов цистита по шкале ACSS с исходных $12,2 \pm 0,5$ балла через 3 сут. снизилась до $2,1 \pm 0,2$ балла, через 6 сут. – до $0,27 \pm 0,04$ балла. По сравнению с пациентами 2-й группы, в 1-й группе по всем показателям достоверно получен более выраженный симптоматический эффект с купированием боли и дизурии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинация антибиотика фосфомицина и уроанальгетика феназопиридина улучшает результаты лечения острого неосложненного цистита у женщин, имеет клиническую эффективность (выздоровление) 97,3% и бактериологическую эффективность 96,8%. Феназопиридин обладает значительным антидизурическим и селективным уроанальгетическим эффектом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Хронические рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей

ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Т.И. Деревянко¹, В.А. Путилин¹, О.А. Симонов^{1,2}, С.В. Придчин¹

¹*Кафедра урологии, детской урологии-андрологии, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», Ставрополь, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекция мочевых путей, женская гипоспадия, гипермобильность уретры, парауретральная киста, крауроз вульвы, дивертикул уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хроническая рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей – весьма распространенная патология у женщин разных возрастных групп. Довольно частыми причинами инфекции нижних мочевых путей у женщин являются заболевания дистальной уретры, такие как женская гипоспадия и гипермобильность уретры, воспалительные процессы парауретральной области, нагноившаяся парауретральная киста, склинеит, воспаленный дивертикул уретры, вульвовагинит и крауроз вульвы (склеротический лихен). В процессе длительного течения подобные состояния осложняются симптомами инконтиненции, восходящим пиелонефритом и другими осложнениями. Подобные клинические ситуации являются весьма актуальным поводом для изучения данного вопроса. *Цель исследования:* анализ заболеваний дистальной уретры, которые явились причиной хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами наблюдались 96 пациенток с различными формами хронической инфекции нижних мочевых путей и ее осложнениями. Из них:

- женская гипоспадия (укорочение длины уретры и низкая эктопия миатуса) – 44 чел.;
- гипермобильности уретры – 22 чел.;
- скинеит – 8 чел.;
- парауретральная киста с нагноением - 8 чел.;
- вульвовагинит – 6 чел.;
- крауроз вульвы – 4 чел.;
- воспаленный дивертикул уретры – 2 чел.

Возраст больных – от 15 до 74 лет. Длительность заболевания – от 6 месяцев до 28 лет.

План обследования включал в себя анализ жалоб пациенток, подробный анамнез заболевания с уточнением дебюта цистита и его связи с началом половой жизни, гигиеническими привычками, наличием острого или хронического воспалительного процесса органов репродуктивной системы. Выявление взаимосвязи обострений хронической инфекции нижних мочевых путей с интенсивностью половой жизни, а также спектр выявленных урогенитальных инфекций, гормональный статус пациентки (особенно у пациенток старше 65 лет, находящихся в менопаузальном и постменопаузальном периоде жизни), общие анализы крови и мочи, а также исследование ПЦР мочи на инфекции, передаваемые половым путем (внутриклеточные, протозойные, вирусные). Также всем наблюдаемым пациенткам выполнялось инструментальное, ультразвуковое и цистоскопическое урологическое исследование для исключения наличия какой-либо сопутствующей урологической патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Патогенная микрофлора мочи, соскоба из уретры, парауретральной области и влагалища (выявленная методом ПЦР), как правило, была идентичной и состояла из следующих возбудителей: *Mycoplasma genitalium*, *Candida albicans*, *Ureaplasma urealiticum*, *Chlamydia trachomatis*, *E.coli*, *Gardnerella vaginalis*.

ВЫВОДЫ

Заболевания дистальной уретры и парауретральной области нередко являются причиной развития хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин. С целью диагностики необходим обязательный осмотр уретры и парауретральной области пациентки с целью выявления заболеваний парауретральной области. А в комплекс терапии должны быть включены препараты, действующие на урогенитальную инфекцию, выявленную методом ПЦР

мочи, соскоба из уретры, парауретральной области и влагалища.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ – СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Х.С. Ибишев¹, В.К. Мамедов¹, Ю.Л. Набока², И.А. Гудима², Х.Х. Ильясов¹, М.И. Коган¹

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»*

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²*Кафедра микробиологии и вирусологии № 1, ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Цистит, бактерии, вирусы, кандиды.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей (РИНМП) у женщин является одной из актуальных проблем урологии, так как выявление этиологического фактора заболевания определяет в дальнейшем тактику лечения. *Цель исследования:* изучить диагностическую значимость цитологического исследования мочи у пациенток с РИНМП как метода скрининга данной нозологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Цитологическое исследование мочи выполнено 151 пациентке с РИНМП, которые, согласно результатам бактериологического и ПЦР исследования мочи, в зависимости от доминирующего этиологического фактора были разделены на три группы: 1-я группа (n=70) – РИНМП бактериальной этиологии (БЭ), 2-я группа (n=70) – РИНМП папилломавирусной этиологии (ПВИЭ), 3-я группа (n=11) – РИНМП кандидозной этиологии (КЭ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Цитологическая картина большинства пациентов 1-й группы представлена лейкоцитами, плазматическими, эпителиальными клетками и бактериями в сочетании с активно фагоцитирующими макрофагами. При РИНМП КЭ цитологическая картина отличалась тем, что на фоне большого количества лейкоцитов (нейтрофилов) и эпителиальных клеток регистрировали мицелий кандид.

При оценке характера лейкоцитов в исследуемых группах были выявлены как нейтрофилы, так и лимфоциты. Однако уровень нейтрофилов $>10 \times 1$ был достоверно выше ($p < 0,05$) у пациентов 1-й и 3-й групп, а лимфоцитов $>10 \times 1$ – во 2-й группе ($p < 0,05$).

Диаметрально противоположный результат обнаружен у пациенток 2-й группы с минимальными признаками бактериального воспаления. Отмечалось превалирование лимфоцитов и эпителиальных клеток и наличие единичных нейтрофилов. Кроме того, при ПВ поражении мочевого пузыря отмечалась дистрофия уротелиальных клеток, представленная койлоцитозной трансформацией (эпителиальные клетки с обширной зоной просветления вокруг сморщенного ядра и с вакуолизацией).

Дистрофия уротелия (койлоцитоз) характеризовалась различной степенью выраженности. Койлоцитоз – это специфичный признак атипии уротелия при ПВ поражении. Однако единичные койлоциты могут присутствовать в уротелии при инфекционно-воспалительном процессе мочевого пузыря любого генеза. У пациенток 2-й группы при цитологическом исследовании отмечалась тотальная койлоцитарная трансформация уротелия (ТКТУ). При этом регистрировался уротелий с вакуолизацией и с наличием двоядерных койлоцитов. ТКТУ была обнаружена во 2-й группе у 48,5% пациенток ($p < 0,05$), а у пациенток 1-й и 3-й групп отсутствовала. Во 2-й группе также достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрировали двоядерные койлоциты и вакуолизацию уротелиальных клеток по сравнению с аналогичными показателями в 1-й и 3-й группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цитологическое исследование мочи может подтвердить характер воспалительного процесса и быть доказательным критерием в дифференциальной диагностике РИНМП бактериально-

го, кандидозного и папилломавирусного генеза. ТКТУ и вакуолизация уротелиальных клеток, а также превышающее норму содержания в моче лимфоцитов при отсутствии нейтрофилов являются характерными отличительными признаками РИНМП ПВИЭ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: ИМП, инфекции нижних мочевых путей после трансуретральной хирургии простаты

ДИНАМИКА СПЕКТРА БАКТЕРИУРИИ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРСТАТЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

С.Н. Иванов², М.И. Коган¹, В.Л. Медведев^{2,3}, Ю.Л. Набока⁴, Г.А. Палагута³, М.В. Архипенко³

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, Краснодар, Россия
³ГБУЗ НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

⁴Кафедра микробиологии и вирусологии № 1, ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная резекция предстательной железы, ТУРП, инфекции мочевых путей, ИМП, бактериурия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уровень инфекционных осложнений при эндouroлогических вмешательствах на простате охватывает, по разным данным, диапазон значений от 0,5 до 26% и выше, а показатель выявляемой до операции значимой бактериурии (БУ) достигает 27–44,7%. При этом остается недостаточно изученным вопрос спектра выявляемых микроб-

ных агентов, в особенности в подгруппе пациентов с развивающимися инфекционными осложнениями. *Цель исследования:* оценить динамику до- и послеоперационно выявляемой значимой БУ в группе пациентов с инфекционными осложнениями после трансуретральной хирургии простаты (ТУРП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В это одноцентровое ретроспективное наблюдательное неконтролируемое исследование были включены данные 122 пациентов (медиана возраста составила 68 (63; 72) лет) за период 2016–2023 гг., которым выполнена моно- и биполярная ТУРП с применением стандартной антибиотикопрофилактики и у которых в период госпитализации развились инфекции мочевых путей (ИМП). Бактериологическое исследование проводили, согласно Клиническим рекомендациям, до операции и при клинико-лабораторных проявлениях ИМП. Результаты культурального исследования подтверждались методом масс-спектрометрии. Уровень значимой БУ составил $\geq 10^3$ КОЕ/мл, значимой лейкоцитурии ≥ 10 в поле зрения. Статистический анализ проводили в среде статистической обработки и визуализации данных IBM SPSS Statistics ver. 23.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациентов с ИМП в послеоперационном периоде значимая бактериурия была выявлена у 27 (22,1%) пациентов при использовании стандартного набора питательных сред. В дооперационном периоде у пациентов этой группы бактериурия высокого уровня выявлялась у 29 (23,8%) больных. Доминирующими микроорганизмами в до- и послеоперационных периодах были *E. faecalis* (8,7 и 6,2% соответственно), *K. pneumoniae* (4,0 и 2,3%), *P. rettgeri* (2,4 и 0,8% соответственно), *E. coli* (1,6 и 6,2%) и *P. aeruginosa* (1,6 и 1,6%). Только у 10 (8,2%) пациентов микробные агенты в значимых концентрациях выявлялись до и после проведения вмешательства, из них у семи пациентов наблюдалась персистенция микроорганизма (*E. faecalis* – три пациента, *K. pneumoniae* – три пациента, *P. aeruginosa* – один пациент), в двух случаях наблюдалась смена микробного агента (*E. faecium* – *E. coli*, *P. rettgeri* – *C. striatum*), у одного пациента наблюдалось замещение микст-бактериурии *E. faecalis*+*P. aeruginosa* в дооперационном периоде на моноинфекцию *Candida glabrata*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продемонстрирован низкий уровень выявляемости бактериальных агентов при ИМП в послеоперационном периоде при использовании стандартных питательных сред. Доля значимой бактериурии до операции в исследуемой группе оказалась практически на том же уровне, что и в период развития инфекционных осложнений (23,8 и 22,1% соответственно). Низкий уровень персистенции микроорганизмов свидетельствует об эффективности режимов антибиотикопрофилактики и санационных мероприятий в отношении узкого спектра бактериурии, выявляемой до операции, однако оставляет значительное поле для дальнейших исследований динамики микробного спектра в том диапазоне, в котором стандартными методами выявление микроорганизмов не представляется возможным.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Хирургическое лечение хронического воспаления парауретральных протоков и желез у женщин. Оценка исходов

НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СКИНЕИТА

П.О. Кислицын¹, В.В. Протоцак¹,
Л.М. Синельников¹, М.В. Паронников¹,
Д.А. Галюк¹, Т.Н. Гасанбеков¹,
Е.И. Проскуревич¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ; Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

парауретральные протоки и железы у женщин, железы Скина, рецидивирующие цистоуретриты, скинеит, уретральное зеркало женское, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время при неэффективности консервативной терапии хронического скинеита (ХС) единственным методом хирургического лечения является электрорезекция парауретральных протоков и желез (ПУПЖ). Однако результа-

ты оперативного пособия указывают на высокий процент пациентов, нуждающихся в повторных операциях из-за пропущенных протоков. Причиной данной проблемы является недостаточная их визуализация вследствие отсутствия специального ретрактора мочеиспускательного канала. *Цель исследования:* повысить эффективность хирургического лечения ХС путем разработки инструмента для улучшения визуализации ПУПЖ.

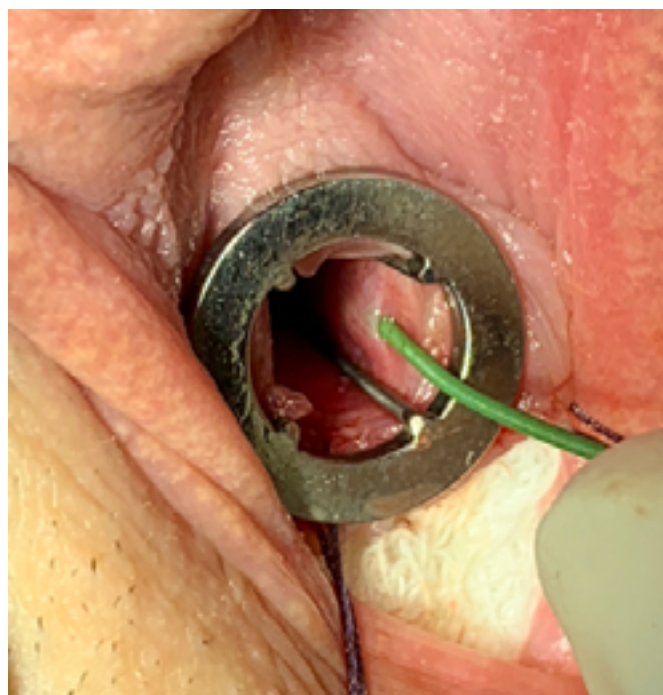
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 144 пациентки с ХС в возрасте от 18 до 62 лет, прооперированных в период 2010–2022 гг. В первую группу вошли 114 человек, получивших хирургическое лечение по стандартной методике. С целью улучшения визуализации парауретральных протоков разработан и внедрен в практику оригинальный инструмент – уретральное зеркало женское (патент на изобретение РФ № 2790762 от 28 февраля 2023 г.). Приспособление состоит из «короны», предотвращающей миграцию зеркала в мочевой пузырь, четырех ребер жесткости, растягивающих уретру изнутри, и наконечника-обтуратора для безопасного введения и извлечения инструмента. Вторую группу составили 30 пациенток, прооперированных с использованием данного изобретения. Период наблюдения составил от трех месяцев до трех лет. До и после операции производили опрос больных с помощью QoL, PUF и оценивали частоту рецидива заболевания. Под улучшением понимали уменьшение баллов по опроснику QoL на два и больше, а также снижение частоты обострений ИНМП менее чем три раза в год.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ итогов лечения первой группы пациентов показал эффективность первичной операции в 78 случаях (68,4%), повторных вмешательств – 23 (20,2%), отсутствие результата отмечено в 13 (11,4%) случаях. Во второй группе улучшение после первого пособия отмечено у 26 больных (86,7%), после повторного – 2 (6,7%), не отметили улучшения своего состояния 2 (6,7%) человека. Общая эффективность хирургического лечения в первой и второй группе составила 88,6 и 93,3% соответственно.

Рисунок. Уретральное зеркало женское



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование разработанного уретрального зеркала при электрорезекции парауретральных протоков и желез повышает эффективность первой операции на 18,2% по сравнению со стандартной методикой, а также снижает частоту повторных вмешательств в три раза (с 20,2 до 6,7%). **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Хронический цистит. Базовые исследования (этиология/патогенез)

НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ И РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ЭКСПРЕССИЯ PD-L1 В ТКАНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

И.В. Косова^{1,3}, В.А. Барсегян¹, Л.А. Синякова¹, Л.В. Гундорова², Д.Н. Колбасов³

¹*Кафедра урологии и хирургической андрологии, ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва, Россия*

²*Патологоанатомическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова» ДЗМ, Москва, Россия*

³*Урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

экспрессия PD-L1, небактериальный хронический цистит, рак мочевого пузыря, вирусная инфекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Являясь представителями иммунологических контрольных точек, рецептор PD-1 и его лиганд PD-L1 осуществляют отрицательную регуляцию иммунной системы. Взаимодействие PD-1 с его лигандом PD-L1 модулирует иммунный ответ, ограничивая степень повреждения тканей и препятствуя активации аутоиммунного ответа. Зарубежные исследования выявили наличие взаимосвязи между экспрессией PD-L1 и выраженностью воспалительных изменений в тканях. *Цель исследования:* изучение и сравнение экспрессии PD-L1 у пациентов с небактериальным хроническим циститом и пациентов, страдающих раком мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучено 22 биоптата мочевого пузыря: 12 биоптатов – у пациентов с небактериальным хроническим циститом и 10 биоптатов – у пациентов, страдающих раком мочевого пузыря (из них у 9 – мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, а у 1 – немышечно-инвазивный). Выполнена ПЦР-диагностика биоптатов мочевого пузыря на наличие ВПГ 1 и 2 типов, вируса Эпштейна-Барр, цитомегаловируса и вирусов папилломы человека высокого онкогенного типа. Сте-

пень выраженности воспаления в стенке мочевого пузыря изучалась на гистологических препаратах (окраска гематоксилин-эозин). Экспрессия PD-L1 оценивалась при проведении иммуногистохимического анализа биоптатов. Статистическая оценка осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics (IBM, США) с использованием критерия хи-квадрат Пирсона и коэффициента корреляции Спирмена. Достоверным считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациентов с небактериальным хроническим циститом у пяти из 12 пациентов (41,7%) отмечена экспрессия PD-L1 $\geq 1\%$. Вирусные агенты обнаружены у четырех из пяти пациентов (80%) с положительной экспрессией PD-L1: ВЭБ – в двух случаях, ВПГ 2 типа – в одном случае, ВПГ 2 типа и ВПЧ 68 типа вместе – в одном случае. Выявлена сильная положительная корреляционная связь между степенью выраженности воспаления в тканях мочевого пузыря и уровнем экспрессии PD-L1 в иммунных клетках ($r_s = 0,72$, $p < 0,01$). Среди пациентов, страдающих раком мочевого пузыря, у девяти из 10 пациентов (90,0%) отмечена экспрессия PD-L1 $\geq 1\%$. Вирусные агенты обнаружены у восьми из девяти пациентов (88,9%) с положительной экспрессией PD-L1: ВЭБ – в пяти случаях, ВЭБ и ЦМВ вместе – в двух случаях, ВЭБ и ВПЧ 52 типа вместе – в одном случае. Отмечены положительные корреляционные связи между степенью выраженности воспаления в тканях мочевого пузыря и уровнем экспрессии PD-L1 в иммунных клетках ($r_s = 0,39$, $p = 0,26$) и между степенью выраженности воспаления в тканях мочевого пузыря и уровнем экспрессии PD-L1 в опухолевых клетках ($r_s = 0,54$, $p = 0,11$). Вирусы в биоптатах без экспрессии PD-L1 не были обнаружены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с небактериальным хроническим циститом выявлена положительная экспрессия PD-L1, что, по всей видимости, ассоциировано с выраженностью воспаления в тканях мочевого пузыря и вирусным поражением нижних мочевых путей. Экспрессия PD-L1 у пациентов, страдающих раком мочевого пузыря, коррелирует с наличием вирусных ДНК в ткани мочевого пузыря. Необходимо проведение дальнейших исследований.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Клинические исследования

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ

Е.В. Кульчавеня¹⁻³, А.И. Неймарк⁴,
А.Ю. Цуканов⁵

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская
Федерация

⁴ФГБОУ ВО «Алтайский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Барнаул, Россия

⁵ФГБОУ ВО «ОГМУ» МЗ РФ, Омск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острых цистит, хронический цистит,
антропометрическая характеристика, шкала
симптомов острого цистита, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При удручающе высокой распространенности хронического цистита (считается, что половина женщин, по крайней мере, раз в жизни переносит острый цистит), ясности по этому заболеванию нет до сих пор. Нам не удалось найти ни в отечественной, ни в англоязычной литературе исследований по антропометрической характеристике больных хроническим циститом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В проспективное многоцентровое когортное исследование была включена 91 пациентка с симптомами острого цистита. Всем больным выполняли антропометрические измерения, проводили анализ жалоб, изучали anamnesis morbi et vitae, выполняли исследование на гинекологическом кресле; мочу отправляли на общий анализ и бактериологическое исследование на неспецифическую микрофлору с определением чувствительности выделенного патогена к антимикробным препаратам. Пациентки самостоятельно отвечали на вопросы русскоязычной версии шкалы симптомов острого цистита Acute Cystitis Symp-

tom Score (ACSS). Проводили исследование мазка из уретры и цервикального канала методом полимеразной цепной реакции для выявления возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. Диагноз считали подтвержденным при наличии лейкоцитурии, бактериурии и суммы симптомов по шкале ACSS 6 и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность хронического рецидивирующего цистита в среднем составила $7,1 \pm 4,2$ года. Возраст пациенток колебался от 18 до 49 лет, составив в среднем $28,9 \pm 3,9$ года. Рост варьировался от 150 до 178 см, в среднем $165,9 \pm 7,1$ см. Вес в среднем находился в пределах нормы – $64,2 \pm 6,1$ кг. Однако разброс в когорте по массе тела был двукратный – от 42 до 86 кг. Избыточный вес найден у пяти (5,5%) пациенток; у двух больных (2,2%), напротив, зафиксирован дефицит массы тела. При анализе антропометрических показателей наряду с очевидными (прямая зависимость длительности заболевания от возраста пациентки; прямая зависимость качества жизни от выраженности симптомов) были установлены и другие статистически значимые корреляции – положительная связь между возрастом и весом, весом и длительностью заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ показал, что женщины с избыточным весом хуже поддаются лечению, история цистита у них дольше. Ни типичные симптомы, ни сумма баллов по шкале ACSS не имели корреляции ни с одним из антропометрических показателей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Клинические исследования

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА SARS-CoV-2 НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Е.В. Кульчавеня¹⁻³, С.Ю. Щевченко⁴

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская Федерация

⁴Муниципальная поликлиника № 26, Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперактивный мочевой пузырь, ковид, когнитивные способности, м-холинолитик, тропсия хлорид, спазмекс, SARS-CoV-2.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Появляются статьи о влиянии новой коронавирусной инфекции (НКИ) на нижние мочевыводящие пути – развитие гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП) или ковид-ассоциированного цистита (КАЦ). Причина возникновения дизурии у больных НКИ до конца не ясна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включили 14 пациенток, последовательно обратившихся к урологу после перенесенной НКИ с жалобами на учащенное мочеиспускание с urgentными позывами. Основным критерий включения – появление или усиление симптомов ГАМП после излечения от НКИ, подтвержденного эрадикацией SARS-CoV-2 молекулярно-генетическим методом. Степень гиперактивности мочевого пузыря оценивали при помощи международной шкалы симптомов (Overactive Bladder Symptom Score – OABSS).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У трех (21,4%) из 14 пациенток симптомы ГАМП были до заболевания НКИ, у 11 (78,6%) пациенток симптомы ГАМП появились после НКИ. У четырех (28,6% – от всей когорты и 36,4% – от больных de novo) появилось недержание мочи при императивном позыве. Средняя сумма баллов по шкале OABSS составила у пациен-

ток с бывшей ранее ГАМП $6,7 \pm 0,8$, что соответствовало средней степени тяжести заболевания. В этой группе больных у одной пациентки развилось недержание мочи при urgentном позыве, которого не было до ковида. При ретроспективной оценке симптомов до развития НКИ средний балл по шкале OABSS у них оказался $5,2 \pm 0,7$, то есть перенесенный COVID привел к усилению симптоматики ГАМП на 1,5 балла.

У пациенток de novo симптомы были менее выражены – $5,1 \pm 0,6$ балла, то есть на границе между легкой и средней степенью ГАМП. При этом анализы мочи у всех пациенток признаков воспаления не имели: у пяти отмечалась краткосрочная умеренная лейкоцитурия, ни в одном случае не выявлена клинически значимая бактериурия. Всем пациенткам был назначен тропсия хлорид в дозе 30 мг в сутки. Выбор препарата был обусловлен его инертностью в отношении центральной нервной системы, что очень важно, как у больных НКИ, так и у пациентов в постковидном периоде, поскольку доказана нейротоксичность SARS-CoV-2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перенесенный COVID привел к усилению симптоматики ГАМП на 1,5 балла у пациенток, имевших ГАМП до возникновения НКИ. У 11 пациенток после излечения от НКИ впервые возникли симптомы ГАМП средней степени тяжести. Наше небольшое исследование показало важность акцентирования внимания терапевтов и инфекционистов на нарушении мочеиспускания у больных НКИ и своевременном направлении их к урологу. В лечении постковидной ГАМП препаратом выбора является тропсия хлорид, как не усугубляющий потенциальную нейротоксичность SARS-CoV-2.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Клинические исследования

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

Е.В. Кульчавеня^{1,3}, А.И. Неймарк⁴,
А.Ю. Цуканов⁵

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская
Федерация

⁴ФГБОУ ВО «Алтайский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Барнаул, Россия

⁵ФГБОУ ВО «ОГМУ» МЗ РФ, Омск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

цистит, хронический цистит, уропатоген,
лечение, патогенетическая терапия, суперлимф,
таргетная цитокиновая терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) остаются важной проблемой современной урологии в силу высокой распространенности и тенденции к рецидивирующему течению. Задача повышения эффективности лечения больных хроническим циститом по-прежнему актуальна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В проспективное многоцентровое рандомизированное сравнительное контролируемое исследование была включена 91 пациентка. Пациентки были рандомизированы в три группы: 1-я группа сравнения (ГС-1) – 32 человека, получали базовую терапию в течение пяти дней; 2-я группа сравнения (ГС-2) – 28 человек, получали базовую терапию плюс ректальные суппозитории Суперлимф 25 ЕД один раз в день в течение 10 дней; 3-я основная группа (ОГ) – 31 человек, получали базовую терапию плюс ректальные суппозитории Суперлимф 10 ЕД один раз в день в течение 20 дней.

В качестве базовой терапии всем назначали комбинацию двух антимикробных препаратов: фос-

фомицин 3,0 на ночь однократно в первый день терапии и фуразидин по 100 мг трижды в день после еды в течение пяти дней. Патогенетическое лечение в ГС-1 не проводилось, в ГС-2 длилось 10 дней, а в ОГ – 20 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех группах пациенток по завершении этиотропного лечения отмечен статистически значимый эффект. Вместе с тем на втором визите при достоверном превосходстве результатов у пациенток, получавших ректальные суппозитории суперлимф, различий между ГС-2 и ОГ не обнаружено. Частота и выраженность симптомов цистита по завершении этиопатогенетической терапии в ОГ была высоко статистически значимо менее выражена, чем в группах сравнения ($p=0,0001$), а также обнаружено статистически значимое различие между ГС-1 и ГС-2 ($p=0,0001$). Введение в комплекс лечения пептидно-цитокиновой терапии статистически значимо улучшило показатели микроциркуляции в области уретры, однако между ГС-2 и ОГ различий установлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение фосфомицина в комбинации с фуразидином перекрывает больший спектр уропатогенов, возможную их резистентность и позволяет добиться полной эрадикации возбудителя, не допуская перехода возбудителя в персистирующие формы. Применение в качестве патогенетического лечения локальной пептидно-цитокиновой терапии позволяет достоверно улучшить результаты комбинированной терапии. Анализ шкалы симптомов острого цистита показал преимущество более длительного применения ректальных суппозитория Суперлимф в сниженной дозировке (10ЕД). Пептидно-цитокиновая терапия привела к достоверному улучшению локальной микроциркуляции в ГС-2 и ОГ, однако статистически значимых различий между группами, получавшими Суперлимф, не обнаружено, то есть доза и продолжительность применения Суперлимфа не влияет на уровень локальной микроциркуляции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Клинические исследования

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН С ДИСБИОЗОМ ВЛАГАЛИЩА

Е.В. Кульчавеня^{1,3}, С.Ю. Шевченко⁴

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская Федерация

⁴Муниципальная поликлиника № 26, Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

цистит, хронический цистит, острый цистит, рецидивирующий цистит, лечение, бактериальный вагиноз, нифурател.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура инфекций нижних мочевыводящих путей имеет четко выраженные гендерные различия. Микробиота влагалища является ключевым фактором в патогенезе инфекций нижних мочевыводящих путей: бактериальный вагинит предрасполагает к их инфицированию и повышает частоту развития цистита в 2,9 раза. *Цель исследования:* определить эффективность нифуратела как монотерапии у больных хроническим циститом с сопутствующим бактериальным вагинозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: открытое несравнительное пилотное одноцентровое проспективное исследование, в которое вошли 23 пациентки, страдающие рецидивирующим циститом и бактериальным вагинозом. Всем пациенткам проведена монотерапия нифурателом (макмирор производства Doppel Farmaceutici S.r.l., Italy) в таблетках по 200 мг трижды в день в течение семи дней. Контрольные визиты осуществляли через семь (сразу по завершении терапии), 90 (поскольку бактериальный вагиноз считается рецидивирующим, если обострение наступает через три месяца) и 180 дней (поскольку цистит считается рецидивирующим, если обострение наступает через полгода).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженный дисбиоз обнаружен у всех пациенток; у 19 женщин (82,6%) также обнаружен кандидоз влагалища. По окончании терапии у 17 пациенток (73,9%) отмечен отличный результат, у четырех пациенток (17,4%) – существенное улучшение, отсутствие эффекта – у двух пациенток (8,7%). Через три месяца после окончания терапии из 22 оставшихся в исследовании пациенток 18 (81,8%) жалоб на нарушение мочеиспускания и влагалищные выделения не предъявляли. Анализ мочи у этих пациенток был в норме, бактериурия не определялась. Молекулярно-генетическое исследование соскоба влагалища выявило умеренный дисбиоз; *Candida spp* определялась только в трех случаях (13,6%). На четвертый визит явились 18 пациенток. В течение полугода после завершения монотерапии нифурателом они жалоб на нарушение мочеиспускания и влагалищные выделения не предъявляли. Анализ мочи у этих пациенток был в норме, бактериурия не определялась. У всех пациенток восстановился нормоценоз влагалища с достаточным количеством *Lactobacillus spp*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Монотерапия пациенток с рецидивирующим циститом и дисбиозом влагалища высоко эффективна в отношении обоих заболеваний: у 73,9% женщин достигнута стойкая нормализация анализов мочи и микробиоты влагалища, прекращение бактериурии. Двухнаправленное действие нифуратела позволяет избежать полипрагмазии у данной категории пациенток.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей.

Оценка течения, исходов лечения

ЖЕНСКИЙ ПРОСТАТИТ, СВЯЗАННЫЙ И НЕ СВЯЗАННЫЙ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.Г. Паршин, В.А. Король

Многопрофильная клиника Европейский институт здоровья семьи, Колпино, СПб, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

женский простатит, склинеит, инфекции нижних мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Термин «женский простатит» (прежнее название склинеит) редко употребляется в литературе, тем не менее имеет право на существование. *Цель исследования:* оценить взаимоотношения женского простатита и инфекций нижних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 24 больных женским простатитом в сочетании с инфекциями нижних мочевых путей в возрасте от 19 до 68 лет. Диагноз устанавливался на основании осмотра в гинекологическом кресле по критериям, описанным А.Г. Глухаревым в 1999 г. Критериями включения были лейкоцитурия и бактериурия в анализе мочи. Пациенты получали стандартную антибактериальную терапию фосфомицин 3 г два дня подряд. После лечения и получения контрольного нормального анализа мочи, если оставались жалобы, то отсутствие инфекций нижних мочевых путей обязательно подтверждалось отрицательным посевом мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки разделены на две группы по результатам лечения. В первой группе выздоровление на данный момент времени после антибактериальной терапии отмечено у 14 пациенток, что проявлялось отсутствием жалоб, исчезновением картины женского простатита по данным осмотра наружного отверстия и дистальной части уретры. Из них у шести больных инфекции мочевых путей имели рецидивирующий характер. Во второй группе у шести пациенток после лечения антибиотиками и достижения нормально-

го анализа мочи и посева мочи сохранялись отдельные жалобы и оставались признаки женского простатита при осмотре наружного отверстия и дистальной части мочеиспускательного канала. Такие больные переходили в категорию женского простатита, не связанного с инфекциями мочевых путей. Во второй группе до или после наблюдаемого эпизода у трех пациенток наблюдались рецидивирующие инфекции мочевых путей. Результаты лечения остались неизвестными у четырех женщин.

Женский простатит предлагаем классифицировать на связанный и не связанный с инфекциями нижних мочевых путей. Такое разделение целесообразно для понимания необходимости применения антибактериальных препаратов. Женский простатит может сочетаться с инфекциями нижних мочевых путей и иметь общие жалобы с циститом. После назначения антибактериальных препаратов у пациенток может происходить излечение простатита вместе с циститом. Такой женский простатит при отсутствии рецидивирующих инфекций не имеет самостоятельного значения. Возможен другой сценарий, когда цистит излечивается, нормализуется анализ мочи и посев мочи, а женский простатит остается. Клиническое значение имеет женский простатит, не связанный с инфекциями мочевых путей и существующий в литературе под маской уретрального болевого синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Женский простатит может возникать в результате воздействия инфекций нижних мочевых путей и иметь общие симптомы с циститом. У ряда больных женский простатит может оставаться после антибактериального лечения инфекций нижних мочевых путей. При этом женский простатит из связанного с инфекциями в таком случае переходит в категорию не связанного с инфекциями нижних мочевых путей и требует другого лечения. Роль женского простатита в развитии рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей нуждается в дальнейшем изучении.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Хронический цистит

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
И БЕЗОПАСНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТОВ НИФУРАТЕЛ (МАКМИРОР)
И ПИДОТИМОД (ИМУНОРИКС)
У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ
ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ
ЦИСТИТОМ. РЕЗУЛЬТАТЫ
МНОГОЦЕНТРОВОЙ ПРОСПЕКТИВНОЙ
НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

«ПИНЦЕТ»

П.И. Раснер

Клиника К+31, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекции мочевыводящих путей, хронический цистит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цистит – наиболее частое клиническое проявление инфекции нижних мочевых путей. Основными причинами высокой заболеваемости и частых рецидивов цистита является снижение иммунологической резистентности организма. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты лечения пациенток с хроническим рецидивирующим циститом (ХРЦ) комбинацией препарата нитрофуранового ряда и иммуномодулирующей терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровая проспективная наблюдательная программа «ПИНЦЕТ» проведена с октября 2021 г. по апрель 2022 г. в клинических центрах 19 городов Российской Федерации. 447 женщин в возрасте 34±8 лет с диагнозом ХРЦ в стадии обострения получали одновременно нифурател (Макмирор) по 400 мг три раза в сутки в течение семи дней и пидотимод (Имунорикс) по 800 мг два раза в сутки на протяжении 14 дней с последующим переходом на поддерживающий режим лечения Имунорикс 800 мг один раз в сутки еще 60 дней. Наблюдение в течение полугодия включало четыре визита через 14, 30±7, 90±7 и 180±7 дней после начала терапии. Первичной конечной точкой являлась оценка частоты обострений ХРЦ на протяжении шести месяцев наблюдения.

Также оценивалось разрешение клинической картины заболевания (шкала симптомов острого цистита [ACSS]) и профиль безопасности терапии. Статистическая обработка данных проводилась в программе StatTech v. 2.8.8.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Процент пациенток с наличием хотя бы одного обострения ХРЦ к 1, 3 и 6 месяцу наблюдения составил 2; 9 и 13,9% соответственно. Более 86% пациенток (385/447) было избавлено от рецидивов в течение шести месяцев наблюдения. Отмечено достоверное снижение частоты эпизодов ХРЦ в течение полугодия на фоне терапии Макмирор+Имунорикс в сравнении с исходными данными (0,1 против 2,5 соответственно, $p < 0,001$). Лишь у одной пациентки отмечены два рецидива за шесть месяцев наблюдения. Динамика суммарных баллов по шкале ACSS на 14, 30, 90 и 180 день наблюдения показала достоверное улучшение всех показателей, включая качество жизни, с сохранением результата в течение всего периода наблюдения. В 95% случаев отмечалась хорошая переносимость терапии. Нежелательные явления выявлены в 6,7% случаев (30 из 447). У двух пациенток потребовалась временная отмена терапии в связи с обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комбинации Макмирор+Имунорикс позволяет достичь ремиссии хронического цистита у 86% пациенток на протяжении шести месяцев наблюдения. Данная схема лечения является эффективным и безопасным решением проблемы оптимизации терапии у пациенток с хроническим рецидивирующим циститом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей.

Консервативное лечение

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Д.Р. Саяпова, М.Э. Ситдыкова

*ФГБОУ «Казанский государственный
медицинский университет», кафедра урологии
им. акад. Э.Н. Ситдыкова, Казань, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рецидивирующий цистит, колетекс,
комбинированная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема лечения хронического рецидивирующего цистита является актуальной. *Цель исследования:* оценить эффективность гидрогель альгинат натрия с деринатом (Колетекс-гель-ДНК) в лечении хронического рецидивирующего цистита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ результатов обследования и лечения, а также динамического наблюдения 60 пациенток с диагнозом хронический рецидивирующий цистит. Возраст пациенток составил $30,5 \pm 1,5$ года. Пациентки разделены на две группы. В основную группу вошли 30 пациенток, которые получали стандартную противовоспалительную терапию и местное лечение инстилляциями 1% колларгола. Пациенткам был назначен гидрогель альгинат натрия с деринатом (Колетекс-гель-ДНК) в виде инстилляций в мочевой пузырь по 20 мл два раза в неделю в течение четырех недель, который способствует регенерации поврежденного слоя уротелия и нормализации его иммунозащитных свойств. Положительный эффект определяется снижением дистрофических и воспалительных реакций в уротелии и усилением локального иммунного ответа мочевого пузыря. Вторая группа – контрольная также включала 30 пациенток, которым было назначено только противовоспалительное медикаментозное лечение, в зависимости от чувствительности бактериального посева, и местное лечение колларголом. Эффективность лечения оценивали

по результатам цистоскопии, УЗИ почек и мочевого пузыря с определением емкости мочевого пузыря, объема мочеиспускания, толщины стенки мочевого пузыря, дневников мочеиспускания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через две недели с момента назначения колетекса у большинства пациенток отсутствовали симптомы нижних мочевыводящих путей, в отличие от контрольной группы. Цистоскопия, выполненная в эти сроки, позволила установить положительную динамику при введении колетекса в процессе восстановления слизистой мочевого пузыря после воздействия колларгола. Гиперемия в области шейки и треугольника сохранялась у большинства пациенток и лишь у девяти (27,2%) она уменьшилась. Через четыре недели после введения препарата лабораторные показатели соответствовали нормальным значениям. Отмечалось достоверное увеличение функциональной емкости мочевого пузыря ($187,4 \pm 19,8$) и объем мочеиспускания ($146,8 \pm 25,6$), толщина стенки мочевого пузыря составила $3,4 \pm 0,3$ мм, что соответствовало норме. В основной группе учащенное мочеиспускание уже через две недели отметили лишь 10 пациенток (35,4%). Через четыре недели, по данным дневников мочеиспускания, средняя их частота для всех пациенток составила $6,5 \pm 1,2$ ($p < 0,001$). Рецидив хронического цистита в контрольной группе возник в течение шести месяцев после завершения лечения у 14 (48,3%) женщин. В основной группе в течение года динамического наблюдения рецидивов не возникало.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты наблюдения свидетельствуют о том, что Колетекс-гель-ДНК способствует ускорению процессов регенерации слизистой мочевого пузыря после местного лечения рецидивирующего цистита. В связи с этим его целесообразно включать в комплекс лечения хронического рецидивирующего цистита в течение четырех недель два раза в неделю по 20 мл.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей, симптомы нижних мочевых путей, подходы к диагностике и лечению

ВЛИЯНИЕ D-МАННОЗЫ НА АДГЕЗИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М.Н. Слесаревская¹, И.В. Кузьмин¹,
Л.А. Краева^{2,3}

¹ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад.
И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

²ФБУН НИИЭМ им. Пастера, Санкт-
Петербург, Россия

³ФГБОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова», Санкт-
Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфекции нижних мочевыводящих путей, хр. цистит, адгезия, D-манноза.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Антиадгезионная терапия направлена на устранение взаимодействия между микробными адгезинами и рецепторами клетки-хозяина для предупреждения последующей колонизации слизистой уропатогенами. Моносахарид D-манноза является аналогом рецепторов фимбрий I типа – основных факторов вирулентности микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae*. При этом исследования выраженности и длительности антиадгезивного эффекта моносахаридов не проводились. *Цель исследования:* изучить *in vitro* антиадгезивные свойства D-маннозы в отношении основных уропатогенов, выделенных из мочи больных рецидивирующими инфекциями нижних мочевыводящих путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено *in vitro* на 30 штаммах уропатогенных бактерий: *Escherichia coli* (n=10), *Klebsiella pneumoniae* (n=10), *Enterococcus faecalis* (n=10), выделенных из мочи больных рецидивирующими инфекциями нижних мочевыводящих путей. Выделение бактерий осуществляли с помощью классического бактериологического метода. Идентификацию видов бактерий проводили с помощью MALDI-TOF MS (Bruker Daltonics,

Бремен, Германия). Выраженность адгезии уропатогенов изучали по методике А.С. Благодравовой и соавт. (2011) на клетках буккального эпителия в присутствии D-маннозы в терапевтической концентрации; контролем служили эпителиоциты с адгезированными бактериями без моносахарида. Индекс адгезии рассчитывали по формуле $IA = \frac{AKB50}{50Э}$, где IA – индекс адгезии, AKB50 – количество клеток бактерий, прикрепившихся к 50 эпителиоцитам, 50Э – 50 изученных эпителиоцитов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Расчеты проводили отдельно в контрольных и опытных образцах. Для *E. coli* в контрольном образце IA составил 27 ± 4 , а при внесении в бактериальную культуру D-маннозы он снизился до значения 6 ± 2 . После добавления исследуемых веществ значимое снижение IA выявлено и для других изучаемых уропатогенных микроорганизмов. При внесении в культуру бактерий исследуемого вещества IA *K. pneumoniae* к эпителию снизился в 4,4 раза, IA *E. faecalis* – в 2,4 раза. Антиадгезивный эффект D-маннозы в отношении изучаемых микроорганизмов *in vitro* развивался уже через один час, стабильно сохранялся в течение 8–12 часов, а через 24 часа соответствовал исходным значениям IA в группе контроля (табл.).

Таблица. Динамика индекса адгезии уропатогенных микроорганизмов в основной и контрольной группах

Время	Индекс адгезии					
	Escherichia coli (n=10)		Klebsiella pneumoniae (n=10)		Enterococcus faecalis (n=10),	
	Контроль	D-манноза	Контроль	D-манноза	Контроль	D-манноза
1 час	27±4	6±2	22±5	5±2	36±7	15±3
4 часа	30±5	7±3	27±5	6±3	41±6	17±4
8 часов	34±5	5±3	32±5	5±3	46±7	15±5
12 часов	37±7	8±4	36±6	7±4	48±8	20±5

16 часов	40±6	16±4	41±6	14±4	51±9	23±5
20 часов	46±8	22±5	45±8	18±4	50±8	28±6
24 часа	48±7	26±6	48±6	22±5	56±8	31±7

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

D-манноза снижает адгезивный потенциал уропатогенов в 2,4–6 раз в зависимости от вида микроорганизмов. Антиадгезивный эффект D-маннозы *in vitro* наиболее выражен в первые 12 часов после внесения моносахарида и сохраняется в течение 24 часов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей, симптомы нижних мочевых путей, подходы к диагностике и лечению

СТОЙКАЯ ДИЗУРИЯ У ЖЕНЩИН: ПЕРСОНФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

М.Н. Слесаревская¹, И.В. Кузьмин¹,
Н.О. Кротова¹, Ю.А. Игнашов,
С.Х. Аль-Шукри¹

¹ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

дизурия, хронический цистит, рецидивирующий цистит, вирусный цистит, лейкоплакия мочевого пузыря, синдром болезненного мочевого пузыря/интерстициальный цистит, генитоуринарный менопаузальный синдром, миофасциальный синдром.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Высокая распространенность дизурии у женщин, отсутствие единого подхода к оценке выявленных нарушений, а также достоверной диагностической информации нередко приводят к односторонней трактовке клинических проявлений и выработке неадекватной лечебной тактики. *Цель исследования:* выявление этиологических фак-

торов дизурии у женщин и разработка персонализированного подхода к их лечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 442 историй болезни больных с дизурией, направленных с предварительным диагнозом «рецидивирующий цистит в стадии обострения». Критериями включения в исследование было наличие дизурии, проявляющейся болезненным и учащенным (более 8 раз в сутки) мочеиспусканием с или без его затруднения, давность расстройств мочеиспускания более одного года и возраст старше 18 лет. Длительность нарушений мочеиспускания варьировалась от 1 года до 15 лет. Всем женщинам проводили комплексное урологическое обследование для выявления причин нарушения мочеиспускания. Первоначальное обследование пациентов с дизурией включало в себя общий анализ мочи, клинический и биохимический анализы крови, УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, урофлоуметрию. Всем пациенткам проводили физикальное обследование, включавшее гинекологический осмотр и оценку тазовых рефлексов. По показаниям выполняли бактериологическое исследование мочи, уретро- и цистоскопию, комплексное уродинамическое исследование, МСКТ или МРТ органов таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными клиническими проявлениями у наблюдаемых больных были учащенное мочеиспускание (100%), императивные позывы к мочеиспусканию (89%), боль во время мочеиспускания в проекции мочевого пузыря и/или уретре (76%), нейровегетативные нарушения (100%) и диспареуния (27%), затрудненное мочеиспускание (17%), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (23%), зуд, жжение в области наружных половых органов (13%). По результатам обследования только у 78 (17,6 %) больных был подтвержден диагноз бактериальный цистит. У остальных 364 (82,4%) пациенток причинами стойкой дизурии были другие заболевания: лейкоплакия мочевого пузыря – у 154 (34,8%), синдром болезненного мочевого пузыря/интерстициальный цистит – у 38 (8,6 %), вирусный цистит – у 34 (7,7%), парауретральные образования – у 29 (6,6%), нейрогенные дисфункции мочевого пузыря – у 25 (5,7%), генитоуринарный менопаузальный синдром – у 51 (11,5%), мио-

фасциальный синдром – у 23 (5,2%), уретраль-
ный болевой синдром – у 5 (1,1%) человек. У 2
больных причинами дизурии явился постлуче-
вой цистит, еще у 2 – камни в мочевом пузыре
и у одной – экстрагенитальный эндометриоз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие дизурического синдрома требует тща-
тельного обследования пациентов. Лечение
больных должно быть персонифицированным
после верификации диагноза.

Благодарности/Источники финансирования
отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых
путей

Рубрика: Лечение консервативное
(неинвазивное)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНЫХ ИНСТИЛЛЯЦИЙ В ТЕРАПИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

О.В. Теодорович², Г.Г. Борисенко²,
М.Н. Шагохин², С.И. Сулейманов¹,
Д.А. Федоров¹, А.С. Бабкин^{1,2}, К.С. Кулясов²

¹ГБУЗ «ГКБ № 13» ДЗМ

²ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лейкоплакия мочевого пузыря, внутрипузырные
инстилляции, лечение лейкоплакии мочевого
пузыря.

ВВЕДЕНИЕ

Частота развития симптомов цистита у женщин
обусловлена анатомофизиологическими и гормо-
нальными особенностями организма. Около тре-
ти женщин испытывают симптомы дизурии не-
сколько раз в течение года, у 10% цистит перехо-
дит в хроническую форму.

В амбулаторной практике встречаются ситуации,
когда у пациенток на фоне находящихся в рефе-
ренсе результатов лабораторной диагностики со-
храняются симптомы дизурии. При проведении
диагностической цистоскопии в 3,6% выявляют-
ся признаки хронического интрестициального
цистита, а в большинстве случаев (63,6–100%)
обнаруживается лейкоплакия шейки мочевого
пузыря, мочевого треугольника.

В зависимости от объема поражения лечение

лейкоплакии проводится либо амбулаторно пу-
тем внутрипузырных инстилляций, либо (в тяже-
лых случаях) в условиях стационара путем транс-
уретральной резекции слизистой или лазерной
коагуляции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данное исследование были включены 11 жен-
щин в возрасте от 23 до 57 лет (средний возраст –
38 лет), предъявлявших жалобы на дискомфорт
при микциях, поллакиурию, ноктурию, неэффе-
ктивность применения лекарственной терапии
цистита. Всем пациенткам проводилось ультра-
звуковое исследование мочевого пузыря, лабо-
раторная диагностика мочи и отделяемого уре-
трального канала.

По результатам ультразвукового исследования
данные за патологические изменения мочево-
го пузыря отсутствовали. У 4 пациенток (36%)
в анализе мочи был обнаружен значимый титр
бактериальной флоры, проведена антибиотико-
терапия. При исследовании материала 3 женщин
(27%) был верифицирован вирус простого гер-
песа, по поводу которого назначалось консерва-
тивное лечение. Других значимых отклонений
на этапе лабораторной диагностики выявлено
не было.

Следующим этапом было проведение цистоско-
пии, при которой у всех пациенток была визуа-
лизирована «картина тающего снега», характер-
ная для лейкоплакии. У 5 женщин (45%) была
локализация в области шейки мочевого пузыря,
а у 6 (55%) занимала область треугольника Лъето.
На основании диагностики принято решение
о выполнении местного лечения лейкоплакии
мочевого пузыря путем 10 курсов внутрипузыр-
ных инстилляций препарата на основе гидрокси-
метилхиноксалиндиоксида с лидокаином перио-
дичностью 1 раз в 7–10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Снижение частоты микций и дизурической сим-
птоматики 2 пациентки (18%) отметили уже по-
сле 1 курса, 7 пациенток (64%) – после 3 курса, 2
(18%) – после 4 курса. К 10 курсу вся симпто-
матика была купирована у 8 женщин (73%), 3 (27%)
пациентки отмечали качественное улучшение со-
стояния с сохранением остаточного дискомфорта.
После инстилляций через 2–3 месяца проводилась
контрольная цистоскопия. У 9 пациенток отмеча-
лось снижение объема поражения слизистой мо-
чевого пузыря, у 2 – полное восстановление.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, алгоритм лечения женщин со стойкой дизурией в обязательном порядке должен включать в себя обзорную цистоскопию, позволяющую в отличие от лучевых методов диагностики визуализировать изменения слизистой, которые не затрагивают более глубокие слои стенки мочевого пузыря. Кроме того, стоит помнить о клинической значимости инстилляций в терапии лейкоплакии мочевого пузыря.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Хронический цистит, микробиом и патоморфология слизистых влагалища и мочевого пузыря

ЖЕНСКИЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА

К.В. Удалов^{1,4}, И.И. Титяев², Д.В. Морозов³,
Н.А. Абдуллаев⁴, А.И. Неймарк⁵,
М.Г. Николаева⁶

¹Отделение онкоурологическое, ГБУЗ НСО «ГКБ № 1», Новосибирск, Россия

²Отделение урологическое, ГБУЗ НСО «ГКБ № 1», Новосибирск, Россия

³Отделение патологоанатомическое, ГБУЗ НСО «ГКБ № 1», Новосибирск, Россия

⁴Лаборатория общей патологии и патоморфологии, ИМПМ, ФИЦ ФТМ, Новосибирск, Россия

⁵Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия

⁶Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический цистит, треугольник Лъето, Павликов треугольник, микробиом.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронические цистопатии занимают большое место в структуре заболеваний женщин и относятся к социально важным проблемам. Несмотря на значительный прогресс в изучении механизмов этиопатогенеза, закономерности развития хронического цистита, характеристики патоло-

гических состояний, предшествующих и сопутствующих самой патологии, до конца не ясны. *Цель исследования:* изучить микробиом и патоморфологию влагалища и мочевого пузыря при хронических цистопатиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое наблюдательное неконтролируемое исследование, проведенное в 2019–2022 гг. В исследование включены 103 женщины в возрасте от 22 до 54 лет, страдающие инфекцией нижних мочевых путей, включая лейкоплакию с выраженными дизурическими расстройствами на фоне синдрома хронической тазовой боли. У 80% пациенток в анамнезе имели место различные гинекологические заболевания и операции, включая медицинский аборт. Проведены культуральные и микроскопические исследования биоптатов из Павликова треугольника влагалища (расположен на передней стенке в виде гладкой поверхности, слизистая лишена подслизистого слоя и представлена клетками уротелия) и из треугольника Лъето мочевого пузыря (прилегает к Павликовому треугольнику), так же не имеющего подслизистого слоя и плотно, без складок сращен с мышечной оболочкой мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обследованных во влагалище и в моче выявлена инфекция как патогенная, так и условно-патогенная, наибольшая активность и вирулентность составляли сапрофитные стрептококки и стафилококки, микроорганизмы, присутствующие кишечнику. Исследование биоптатов из треугольника Лъето и Павликова треугольника показало, что микробиоциноз урогенитального тракта характеризуется преобладанием микст-форм, разнообразием микробных ассоциаций с разными условно-патогенными микроорганизмами, а также вирусами. В исследуемом материале слизистая влагалища чаще всего покрыта пластом зрелого многослойного плоского эпителия без ороговения с участками атрофии. В подслизистом слое скудная очаговая лимфоидная инфильтрация. Нередко встречались очаги койлоцитоза плоского эпителия и паракератоза, реже хронический с заживающей эрозией кольпит с мелкими кандиломами. В биоптате мочевого пузыря чаще всего присутствует хронический цистит с лимфоцитарной инфильтрацией слизистой с элементами атрофии, реже эпи-

телизированные эрозии с микропапилломатозом, встречалась плоскоклеточная метаплазия без кератизации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При хронической инфекции урогенитального тракта изменчивость эпителиального слоя объясняется анатомической и морфологической близостью и идентичностью Павликова треугольника и треугольника Лъето. Инфекция из влагиалища через межклеточные щели, межтканевые гнезда, микроциркуляторную кровеносную и лимфатическую системы проникает в мочевой пузырь, поддерживая хроническое воспаление. Применение бактериологического и морфологического анализа с мультифокальной оценкой состояния не только мочевого пузыря, но и влагиалища позволяет расширить представления о характере структурного реагирования нижних мочевых путей на хроническую инфекцию гениталий.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей. Диагностика

ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ УРЕТРЫ И ЭЯКУЛЯТА ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ, БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.В. Царёва

Группа урологическая, Многопрофильный медицинский центр «Мультиклиник», Томск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей, диагностика, микробиота, уретра, эякулят, бактериальный вагиноз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рецидивирующая инфекция органов мочевого выделительной системы (РИМП) является распространенной проблемой, при этом остаются неясными основные причины ее развития. По данным С.Stamatiou, до 60% рецидивов цистита связано с половыми контактами, при этом данных о микробиоте половых партнеров, больных

РИМП, в литературе нет. *Цель исследования:* изучить микробиоту отделяемого уретры и эякулята половых партнеров, больных РИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное сравнительное исследование, проведенное в 2017–2022 гг. В исследование включены 38 половых партнеров, больных РИМП, и 32 пациента контрольной группы. Оценивался видовой состав микробиоты урогенитального тракта – исследование отделяемого уретры и эякулята методом ПЦР в реальном времени с помощью набора реагентов «Андрофлор» и исследование эякулята культуральным методом. Проводился сравнительный анализ результатов бактериологического исследования отделяемого уретры и эякулята пациентов исследуемой и контрольной группы, оценивалась корреляция микробиоты урогенитального тракта мужчин исследуемой группы и микробиоты влагиалища, исследованной культуральным методом и методом ПЦР в реальном времени с помощью набора реагентов «Фемофлор 16», результатов бактериологического исследования мочи их половых партнерш.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании микробиоты уретры методом ПЦР в реальном времени в исследуемой группе у 28 мужчин (78%) выявлено повышение микробного числа более 10 в 3 степени КОЕ/мл преимущественно за счет условно-патогенных микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вагинозом (71%), анаэробов (63%) и энтеробактерий (34%). В группе контроля показатель обсемененности был превышен у 8 исследуемых (25%). При анализе бактериологического исследования эякулята «Андрофлор» у 20 пациентов (53%) исследуемой группы выявлены признаки нарушения микробиоты с превышением уровня энтеробактерий у 18 участников (47%) преимущественно за счет *E.fecalis* (26%), *E.coli* (13%), *S.haemolyticus* (2,6%). Бактериоспермия в группе контроля выявлена у 6 исследуемых (19%).

При сопоставлении результатов бактериологического исследования показателей микробиоты отделяемого влагиалища больных РИМП и микробиоты отделяемого уретры их половых партнеров выявлены сопоставимые показатели преобладания анаэробной флоры и бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом у 30 (79%) женщин и 28 мужчин (74%) исследуемой группы.

Анаэробный дисбиоз, по данным эякулята, выявлен лишь у 12 пациентов (32%). Повышение микробного числа энтеробактерий в отделяемом влагалища более 10 в 3 степени КОЕ/

мл на фоне рецидива цистита отмечено у 28 пациенток (74%), что коррелировало с показателями бактериурии у 34 больных (89%). При этом не отмечено корреляции с уровнем энтеробактерий в бактериологическом исследовании отделяемого уретры и эякулята участников исследуемой группы – в 13 (34%) и 18 (47%) случаях соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микробиота урогенитального тракта половых партнеров больных РИМП имеет достоверно более высокую видовую и количественную характеристику в сравнении с контрольной группой. Прямая корреляция микробного числа отделяемого влагалища больных РИМП и микробиоты уретры их половых партнеров, в отличие от показателей бактериоспермии, свидетельствует о влиянии бактериального вагиноза партнерши на здоровье партнера.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Бессимптомная бактериурия беременных, лечение

ОЦЕНКА ИСХОДА РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ БЕРЕМЕННЫХ

А.Ю. Цуканов¹, И.В. Савельева²,
Х.С. Ибишев⁴, Е.В. Кульчавеня⁵, М.А. Фирсов⁶,
Е.А. Алексеева⁶, Г.В. Кривчик^{2,3}, М. Байпакова¹

¹Кафедра хирургических болезней и урологии
ДПО ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России,
Омск, Россия

²Кафедра акушерства и гинекологии № 1
ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России, Омск,
Россия

³БУЗ Омской области «Городской клинический
перинатальный центр», Омск, Россия

⁴Кафедра урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской урологии-

андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
⁵Кафедра туберкулеза ФГБОУ ВО «НГМУ»
Минздрава России, Новосибирск, Россия
⁶Кафедра урологии, андрологии и сексологии
ИПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ» Минздрава
России, Красноярск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

бессимптомна бактериурия беременных, лечение, исходы родов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор группы противомикробных препаратов при лечении бессимптомной бактериурии беременных (БББ) является ответственным решением. В текущий момент отсутствует достаточное количество научных данных в пользу того или иного препарата выбора с точки зрения исходов родов. *Цель исследования:* оценить акушерские исходы при бессимптомной бактериурии в зависимости от примененного противомикробного средства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное сравнительное исследование. Проанализированы амбулаторные карты и истории родов 189 пациенток в 2015–2020 гг. Было выделено пять групп. Группа 1 (фосфомицин) – 47 чел. Группа 2 (защищенные пенициллины) – 44 чел. Группа 3 (цефалоспорины) – 40 чел. Группа 4 (карбопенемы) – 7 чел. Группа 5 – нормально протекающая беременность без БББ – 51 чел. По возрасту, характеру экстрагенитальной патологии, микробному пейзажу в посевах мочи группы были сопоставимы. Антибактериальные препараты были назначены, исходя из результата микробиологического исследования. Значимость различий показателей оценивали непараметрическими методами, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Между группами 1–4 по частоте развития преждевременных родов, преэклампсии, пиелонефрита, амнионита статистически значимых различий не выявлено. Артериальная гипертензия чаще встретилась при назначении карбопенемов ($p = 0,007$), что может быть связано с исходно более скомпрометированным анамнезом беременной. При сравнении же с нормально протекавшей беременностью преждевременные роды значительно чаще встретились при назначении фос-

фомицина, защищенных пенициллинов и цефалоспоринов ($p=0,003-0,081$) при том, что частота встречаемости пиелонефрита не отличалась от таковой в группе 5. Преэклампсия чаще встретилась в группе 2 ($p=0,044$), а низкая масса тела плода в случае применения защищенных пенициллинов и цефалоспоринов ($p=0,015$ и $p=0,028$ соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выбор антибактериального препарата не повлиял на частоту развития пиелонефрита, которая, в свою очередь, не была чаще, чем при нормально протекающей беременности. Так же равно чаще при назначении любого препарата встретилась преэклампсия, а тот факт, что сниженная масса тела плода чаще встретилась при применении защищенных пенициллинов и цефалоспоринов, требует дальнейшего изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Бессимптомная бактериурия беременных, диагностика

ОЦЕНКА ИСХОДА РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ БЕРЕМЕННЫХ

А.Ю. Цуканов¹, И.В. Савельева², Х.С. Ибишев⁴,
Е.В. Кульчавеня⁵, М.А. Фирсов⁶, А.Е.Алексеева⁶,
Г.В. Кривчик^{2,3}, М. Байпакова¹

¹*Кафедра хирургических болезней и урологии
ДПО ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России,
Омск, Россия*

²*Кафедра акушерства и гинекологии № 1
ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России, Омск,
Россия*

³*БУЗ Омской области «Городской клинический
перинатальный центр», Омск, Россия*

⁴*Кафедра урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской урологии-
андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

⁵*Кафедра туберкулеза ФГБОУ ВО «НГМУ»
Минздрава России, Новосибирск, Россия*

⁶*Кафедра урологии, андрологии и сексологии*

*ИПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ» Минздрава
России, Красноярск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

бессимптомная бактериурия беременных, исходы родов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тактика при бессимптомной бактериурии беременных (БББ) является одной из дискуссионных тем в современной урологии. В научной периодической печати последних лет есть лишь единичные публикации, пытающиеся переоценить пользу ее скрининга и лечения, а также посвященные изучению ее влияния на акушерские исходы. *Цель исследования:* оценить акушерские исходы при бессимптомной бактериурии в зависимости от критериев ее диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное сравнительное исследование. Проанализированы амбулаторные карты и истории родов 245 пациенток в 2015–2020 гг. Было выделено пять групп. Группа 1 – диагностика на основе однократного посева мочи (82 чел.). Группа 2 – на основе 2-кратного посева мочи (57 чел.). Группа 3 – пациентки, отказавшиеся от лечения (16 чел.). Группа 4 – нормально протекавшая беременность без БББ (51 чел.). Группа 5 – степень концентрации бактерий в посевах мочи менее 10^5 (19 чел.). По возрасту, характеру экстрагенитальной патологии, микробному пейзажу в посевах мочи группы были сопоставимы. Значимость различий показателей оценивали непараметрическими методами, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Между группами 1 и 2 по частоте преждевременных родов ($p=0,60$), преэклампсии ($p=0,16$), пиелонефрита ($p=0,37$), амнионита ($p=0,80$), чистоте мертворождения ($p=0,41$) статистически значимых различий не выявлено. Развитие артериальной гипертензии ($p=0,01$) и низкая масса плода ($p=0,02$) чаще встретились в группе 1. Гипоксия плода была чаще в группе 2 ($p=0,04$). При сравнении же с нормально протекавшей беременностью во всех группах (по сути везде получен рост микроорганизмов в любом титре) преждевременные роды встретились чаще ($p=0,002-0,011$). Преэклампсия чаще была в группах 2 ($p=0,015$), 3 ($p=0,007$) и 5 ($p=0,005$); артериальная гипертензия – в группе 2 ($p=0,038$); увеличе-

ния частоты пиелонефрита не было ни в одной из групп ($p=0,062-0,354$). Сниженная масса тела плода чаще встретилась в группе 1 ($p=0,028$) и группе 5 ($p=0,025$); гипоксия плода – в группах 2 ($p=0,038$) и 3 ($p=0,016$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не было выявлено убедительных преимуществ в примененных критериях диагностики БББ между группами 1 и 2, равно как и в целом преимуществ скрининга этой патологии с точки зрения развития осложнений беременности и родов, при этом частота пиелонефрита была равной, сокая при любой концентрации бактерий в моче вне зависимости от факта лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, Инфекции нижних мочевых путей

Рубрика: Цифровые технологии и персонализированная медицина

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

И.А. Шадёркин¹, В.А. Шадёркина²

¹Лаборатория электронного здравоохранения Института цифровой медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Урологический информационный портал Uroweb.ru, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

домашний мониторинг, дистанционный мониторинг, инфекция нижних мочевых путей, портативный анализатор мочи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Антибиотикорезистентность остается одной из самых больших проблем в медицине и в урологии, в частности. Во всем мире разрабатываются стратегии лечения пациентов без антибиотиков. Данные стратегии имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Несмотря на снижение использования антибиотиков на 63%, эти стратегии увеличили частоту неполного выздоровления на 25%. *Цель исследования:* поиск нового пути профилактики развития реци-

дива, ранней диагностики инфекции нижних мочевых путей с помощью цифровых технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Авторы представят современные возможности цифровых технологий – дистанционного мониторинга общего анализа мочи, который пациент выполняет на дому. Задачами такого мониторинга являются уменьшение количества рецидивов, снижение интенсивности симптоматики, уменьшение антибиотикорезистентности. Проведен анализ 18 тыс. общих анализов мочи у 792 пациентов с инфекцией мочевых путей. Из них более 120 пациентов находились на домашнем мониторинге ОАМ с помощью портативного мочевого анализатора АМП-01. Осуществлялся мониторинг рН мочи, появления нитритов, лейкоцитов, контроль плотности мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью домашнего мониторинга общего анализа мочи было выявлено временное сопоставление показателей рН, нитритов, лейкоцитов, плотности мочи и развития симптомов инфекции мочевых путей. Изменение рН и появление нитритов являются предикторами развития ИМП и представляют собой «окно возможностей» для применения неантибактериальных мер, препятствующих дальнейшему развитию симптоматики. Определен временной промежуток «окна возможностей». Домашний мониторинг способствовал высокой приверженности пациентов лечению, однако повышал трудозатраты врача. Определена ценность фьюжн-мониторинга как метода сопоставления показателей здоровья пациента и данных окружающей среды. С помощью телемедицинской платформы NetHealth.ru возможно применение валидизированных опросников (ACSS), контроль суточного мониторинга нарушений мочеиспускания в домашних условиях, телемедицинские консультации «врач–пациент».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цифровые технологии (телемедицинские технологии и дистанционный мониторинг) могут помочь в решении вопроса антибиотикорезистентности. Требуется проведение клинических исследований для формирования доказательной базы роли цифровых технологий в решении вопроса антибиотикорезистентности. Требуется создание методологии применения цифровых технологий в урологии, и, в частности, при инфекциях мочевых путей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ИНФЕКЦИИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Хронический простатит

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОСФОМИЦИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

О.И. Братчиков¹, И.А. Тюзиков², П.А. Дубонос¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «КГМУ»
Минздрава России, Курск, Россия*
²*Медицинский центр «Тандем-Плюс»,
Ярославль, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический бактериальный простатит, мультирезистентные штаммы, антимикробная химиотерапия, фосфомицин, эффективность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронический бактериальный простатит (ХБП) остается трудно поддающейся антимикробной химиотерапии инфекцией предстательной железы, поскольку, с одной стороны, лишь немногие антибиотики достигают в ней терапевтических концентраций, а, с другой стороны, в мире отмечается рост резистентности к ним большинства бактерий. Данные об эффективности и безопасности перорального применения фосфомицина для лечения ХБП ограничены. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность фосфомицина при ХБП, вызванном мультирезистентными штаммами патогенов, в пилотном исследовании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное наблюдательное исследование вошли 10 мужчин в возрасте $36,7 \pm 6,4$ (28–43) года с подтвержденным диагнозом ХБП, вызванным мультирезистентными штаммами патогенов, которые в качестве альтернативной антимикробной химиотерапии получали перорально по 3 г фосфомицина один раз в сутки в течение 10 дней, затем по 3 г каждые 48 часов в течение

четырёх недель. Первичными конечными точками исследования считали клиническую и микробиологическую частоту излечения в конце курса лечения, а вторичной конечной точкой – частоту клинических и микробиологических рецидивов ХБП через шесть месяцев дальнейшего наблюдения. Значимость различий изучаемых показателей оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно результатам микробиологических исследований простатического секрета, наиболее распространенные возбудители ХБП – *E. coli* (66%), *Klebsiella spp.* (14%) и *Enterococcus faecalis* (14%), при этом все они оказались мультирезистентными (включая фторхинолоны), но все были чувствительными к фосфомицину. Таким образом, иной альтернативы для проведения этиотропной терапии, кроме фосфомицина, у них не было, и все они были им пролечены по выше указанной схеме. По окончании курса терапии частота клинического излечения и частота микробиологической эрадикации по своим значениям совпали, составив по 80% (8/10 пациентов) соответственно, а полное отсутствие клиничко-микробиологического ответа на проводимую терапию наблюдалось у 20% (2/10 пациентов), у которых удалось впоследствии добиться положительной динамики после курса поливалентной бактериофаготерапии. Через шесть месяцев наблюдения клиничко-микробиологический рецидив ХБП имел место у этих двух пациентов и еще у 2/8 (25%) пациентов, ранее положительно ответивших на терапию фосфомицином. В целом фосфомицин переносился удовлетворительно, только у одного пациента (10%) наблюдалась диарея, не потребовавшая отмены препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты пилотного исследования демонстрируют удовлетворительную эффективность и хорошую безопасность перорального приема фосфомицина как варианта альтернативной антимикробной химиотерапии при лечении ХБП, вызванного мультирезистентными патогенами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Инфекции мужских половых органов. Хронический простатит

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Ю.Ю. Винник, А.А. Амельченко

*Кафедра урологии, андрологии и сексологии
ИПО, ФГБОУ ВО «Красноярский
государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Красноярск,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, биоимпедансометрия, диагностика, компонентный состав тела, метаболизм.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронический простатит (ХП) в настоящее время остается недостаточно изученной проблемой современной урологии. В Российской Федерации за последние 10 лет наблюдается неуклонный рост заболеваний простаты. Все еще остается актуальным решение вопроса о формировании персонифицированного подхода к диагностике и профилактике ХП. *Цель исследования:* выявление метаболических особенностей у молодых мужчин с хроническим простатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное неконтролируемое исследование, проведенное на базе дневного стационара КГБУЗ КМКБ № 4 в период с 2018 по 2022 г. В исследование включены 150 мужчин от 22 до 35 лет с хроническим небактериальным простатитом с воспалительным компонентом (ХНПВК), средний возраст – 31 год (28; 34). Проведена комплексная оценка компонентного состава тела с помощью метода биоимпедансометрического анализа, оценка гормонального статуса методом иммунохемилюминесции. Все пациенты разделены на три группы в зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ): нормальный – 18,5–22 (n=73); избыточная масса тела – 25–29,9 (n=64); ожирение – 30 и более (n=13). Количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Сравнение групп выпол-

нялось с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика компонентного состава тела пациентов представлена в таблице.

Таблица. Биоимпедансометрическая характеристика пациентов с ХНПВК

Показатели	Группа	Me	Q1–Q3	p
ИМТ (y.e.)	1	23	21–24	<0,001*
	2	27	26–28	$p_{2-1} < 0,001$
	3	32	32–34	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} = 0,004$
%ЖМ (%)	1	17	15–19	< 0,001*
	2	24	21–26	$p_{2-1} < 0,001$
	3	31	30–32	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} = 0,002$
%АКМ (%)	1	52	51–54	<0,001*
	2	48	47–50	$p_{2-1} < 0,001$
	3	43	43–44	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} = 0,002$
ОВнек.Ж. (л)	1	13	12–14	< 0,001*
	2	14	14–15	$p_{2-1} < 0,001$
	3	16	15–16	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} = 0,002$
ОВвук.Ж. (л)	1	24	23–25	<0,001*
	2	25	25–27	$p_{2-1} < 0,001$
	3	28	27–30	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} < 0,001$
ОО (ккал)	1	1760	1677–1834	<0,001*
	2	1918	1826–2014	$p_{2-1} < 0,001$
	3	2236	2118–2374	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} < 0,001$
Приведенный обмен на массу тела (ккал/кг)	1	24,1	23,4–24,9	<0,001*
	2	22,5	22,1–22,8	$p_{2-1} < 0,001$
	3	20,8	20,6–21,2	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} = 0,001$

Примечание: Me – медиана, Q1–Q3 – нижний и верхний квартили, ЖМ – жировая масса, АКМ – активная клеточная масса, ОВнек.Ж – объем внеклеточной жидкости, ОВвук.Ж – объем внутриклеточной жидкости, ОО – общий обмен, Met.Воз – метаболический возраст

Уровень общего и свободного тестостерона был наибольшим в группе пациентов с нормальным ИМТ – 20 [20;22] и 0,412 [0,385; 0,461] нмоль/л, наименьшим в группе с ожирением – 15 [13; 15] и 0,338 [0,311; 0,358] нмоль/л соответственно. Относительное значение живой массы было обратно связано с уровнем общего тестостерона ($r=-0,535$) и прямо – с уровнем эстрадиола ($r=0,333$). Для активной клеточной массы получены обратные корреляции – $r=0,539$ и $r=-0,347$ соответственно.

Уровень приведенного обмена веществ был у пациентов с нормальным ИМТ, получена заметной силы прямая связь с уровнем общего тестостерона ($r=0,557$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мужчины с увеличением ИМТ имеют более выраженный дисбаланс компонентного состава тела и ассоциированные с ним эндокринологические изменения, вероятнее всего, за счет метаболизма андрогенов жировой ткани. Учитывая стероидозависимый характер простата, данные особенности могут влиять на течение ХНПВК.

Благодарности/Источники финансирования:

коллектив авторов выражает особую благодарность главному врачу КГБУЗ КМКБ № 4 Фокиной Альбине Павловне, заместителю главного врача по организационно-методической работе Шагееву Тимуру Анварьевичу за содействие в проведении исследования.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Острые заболевания мужских гонад

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ЛЕВОГО ЯИЧКА У ПАЦИЕНТА С COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Т.И. Деревянко¹, В.А. Путилин¹, О.А. Симонов^{1,2}, С.В. Придчин¹

¹*Кафедра урологии, детской урологии-андрологии, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», Ставрополь, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфаркт яичка, COVID-19, хирургия, диагностика, осложнение, орхэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инфаркт яичка – острое патологическое состояние гонады пациента, входящее в нозологическую группу заболеваний под названием «острая мошонка». Он может наблюдаться у пациентов разного возраста, но, по статистике, у взрослых встречается реже – 7–10% наблюдений, а у детей гораздо чаще – до 20% наблюдений. Существует два вида инфаркта яичка – геморрагический и ишемический. По степени поражения ткани яичка он делится на сегментарный и тотальный. Ишемический инфаркт возникает, как правило, в результате острого нарушения кровоснабжения органа из тестикулярной артерии, чаще в результате перекрута яичка, или механическая компрессия его сосудов. Геморрагический инфаркт случается вследствие нарушения микроциркуляции или в результате эмболизации артерий или артериол яичка и чаще носит сегментарный характер. Причин для этого достаточно много, в том числе и нарушение свертываемости крови в результате определенных патологических состояний пациента. Известно, что SARS-COV-2 (COVID-19) вызывает патологическое свертывание крови в организме больного и наиболее опасным его осложнением является тромбообразование в различных кровеносных сосудах органов больного, вызывая их острую ишемию, что нередко и является причиной летального исхода данных пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2021–2022 гг. мы наблюдали три клинических случая геморрагического инфаркта яичка у трех пациентов, страдавших SARS-COV-2 (COVID-19), находившихся на интенсивной терапии в специализированном отделении. У всех пациентов, соответственно, на 9, 11 и 12 сутки заболевания возникла клиника острого инфаркта левого яичка. Диагноз был подтвержден дуплексным сканированием – определилось снижение степени пульсации левой тестикулярной артерии, кровоизлияния и некроз паренхимы гонады. Всем трем пациентам в экстренном порядке была выполнена орхэктомия слева. Перекрута семенного канатика не выявлено, но очевидно все признаки геморрагического инфаркта левого яичка. Диагноз был подтвержден резуль-

татами гистологического исследования операционного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

COVID-19 – заболевание, вызывающее патологическое тромбообразование в кровеносных сосудах, в том числе кровоснабжающих половые органы и гонады мужчины. Это может быть причиной потери функции яичка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Геморрагический инфаркт левого яичка в нашем наблюдении может рассматриваться как осложнение COVID-19, или его клиническое проявление в органах репродуктивной системы мужчины.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Инфекции мужских половых органов. Консервативное лечение хронического простатита

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

М.В. Епифанова^{1,2}, А.А. Костин¹, Е.В. Гамеева^{1,2}, Е.В. Славкина¹, С.А. Артеменко¹, А.А. Епифанов³

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

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, синдром хронической тазовой боли, экстракорпоральная ударно-волновая терапия, «Лонгидаза®»

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность лечения хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) в настоящее время определяется достаточно высокой распространенностью заболева-

ния, склонностью к рецидивирующему течению и снижением качества жизни. *Цель исследования:* оценить эффективность лечения пациентов с ХП/СХТБ путем комбинированного применения препарата «Лонгидаза®» (рег.№ ЛС-000764) и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 70 мужчин с ХП/СХТБ, зонами фиброза и/или кальцинатами в предстательной железе (ПЖ), по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Средний возраст – 44,8±7,3 года. Средняя длительность ХП – 16,6±7,9 месяца. Согласно классификации, NIDDK/NIH выделено 28,6% (n=20) с бактериальным ХП (II), 20% (n=14) с воспалительным ХП/СХТБ (ША), 51,4% (n=36) с невоспалительным ХП/СХТБ (ШВ). Мужчины с ХП/СХТБ II категории распределены в группу 1 (n=20) – ЭУВТ, «3-As» терапия. Оставшихся пациентов рандомно распределили в группу 2 (n=20) – монотерапия ЭУВТ, группу 3 (n=30) – ЭУВТ в комбинации с препаратом «Лонгидаза®». Всем исследуемым выполнены сеансы ЭУВТ (Dornier Aries) на промежность два раза в неделю в течение шести недель. Пациенты были обследованы до, сразу после лечения, через один и три месяца после терапии: NIH-CPSI, IPSS, ВАШ, ТРУЗИ ПЖ, микроскопия секрета ПЖ/спермограмма, посев на микрофлору спермы/секрета ПЖ, общий ПСА крови у мужчин старше 50 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение всеми пациентами переносилось удовлетворительно. Уровень общего ПСА не превышал 4 нг/мл. Через три месяца после лечения уровень лейкоцитов в секрете ПЖ/спермограмме у всех пациентов был нормальным. При повторном посеве спермы на микрофлору у 14 пациентов отмечалось снижение титра бактерий, у шести пациентов рост микрофлоры не обнаружен. Средний балл NIH-CPSI уменьшился с 15,4±2,9 до 6,6±2,2 в 1-й группе (p<0,05), с 16,5±2,5 до 7,1±3,1 во 2-й группе (p<0,05), с 18,1±2,5 до 2,7±2,1 в 3-й группе (p<0,05). IPSS сократился с 15,1±2,9 до 6,1±2,1 в 1-й группе (p<0,05), с 12,7±2,3 до 6,8±3,1 во 2-й группе (p<0,05) и с 18,5±2,9 до 3,5±2,3 в 3-й группе (p<0,05). ВАШ снизился с 5±1,3 до 1,9±1,4 в 1-й группе (p<0,05), с 4,1±1,6 до 2,1±1,3 во 2-й группе (p<0,05) и с 6±2,1 до 1±0,9 в 3-й группе (p<0,05).

По данным ТРУЗИ, в 1-й группе зона фиброза сократилась с $10,3 \pm 1,7$ до $6 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов – с $5,6 \pm 1,9$ до $3,2 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$), во 2-й группе зона фиброза уменьшилась с $8,6 \pm 1,6$ до $6,1 \pm 2,2$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов – с $4,4 \pm 1,7$ до $3,1 \pm 1,6$ мм ($p < 0,05$). В 3-й группе у 19 пациентов (63%) фиброз исчез полностью, у 11 пациентов (37%) зона фиброза сократилась с $7,3 \pm 2,0$ до $2,3 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов – с $4,2 \pm 1,4$ до $1,2 \pm 0,8$ мм ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные методы терапии являются достаточно эффективными способами коррекции ХП/СХТБ. По результатам лечения, значимо купируется воспалительный процесс в ПЖ, болевой синдром, дизурические явления, что улучшает качество жизни, кроме того, инициируется лизис зон фиброза и кальцинатов ПЖ. Продолжается клиническое исследование на большей выборке пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Простатит

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Х.С. Ибишев¹, Ю.Л. Набока², П.А. Крайний³, И.А. Гудима², А.Д. Плякин⁴, Я.О. Прокоп¹

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии и андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»*

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²*ГБУ РО «ОКБ № 2», Ростов-на-Дону, Россия*

³*ООО «МЦ «Профессионал», Ростов-на-Дону, Россия*

⁴*Урологическое отделение МБУЗ «ГБСМП им. В.И. Ленина», Шахты, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простатит, интерфероны, COVID-19.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ

Антибактериальная терапия (АБТ) хронического рецидивирующего бактериального простати-

та (ХРБП), особенно у пациентов, перенесших COVID-19, зачастую не эффективна, что диктует разработку и применение иных методов лечения. *Цель исследования:* изучить эффективность рекомбинантного интерферона α -2b у пациентов с ХРБП и перенесенным COVID-19 на фоне множественной антибиотикорезистентности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов лечения по шкале NIH-CPSI выявил, что через 1 мес. терапии во всех группах отмечено снижение среднего значения (СЗ) суммы баллов со статистически значимыми различиями между I и II и III группами ($p < 0,05$). Через 1 мес. от начала терапии субъективные симптомы снизились в I группе с $16,3 \pm 2,5$ до $8,3 \pm 1,0$ балла ($p < 0,05$), через 3 мес. после завершения терапии СЗ составило $6,8 \pm 1,0$, а через 6 мес. увеличился по сравнению с предыдущим до $7,8 \pm 0,5$ ($p < 0,05$).

Во II группе изучаемый показатель до лечения был $16,1 \pm 0,7$, через 1 мес. – $7,3 \pm 0,5$, через 3 мес. – $7,2 \pm 0,8$ и к 6 мес. снизился до $2,2 \pm 0,2$ балла. В III группе СЗ суммы баллов до начала лечения составил $15,8 \pm 1,2$, через 1 мес. – $6,1 \pm 0,5$, через 3 мес. – $5,6 \pm 0,8$, а к 6 мес. снизился до $2,6 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$).

При оценке симптомов по шкале IPSS СЗ суммы баллов до лечения в I группе составило $5,3 \pm 1,0$ балла, во II группе – $8,5 \pm 1,0$, а в III группе – $7,0 \pm 1,0$ балл. Через 1 и 3 мес. СЗ снизилось

во всех группах. Однако к 6 мес. наблюдения данный показатель в I группе имел тенденцию к росту ($p > 0,05$) – $3,1 \pm 1,0$ по сравнению с аналогичными показателями через 1 и 3 мес., а во II и III группах – к снижению до $0,9 \pm 0,5$ и $1,1 \pm 0,5$ балла соответственно.

Анализ результатов микроскопии СПЖ через 1 мес. от начала терапии СЗ уровня лейкоцитов достоверно снижалось ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными только во II группе. Через 3 мес. изучаемый показатель снижался во всех группах, а через 6 мес. в I группе имел тенденцию к повышению, а во II и III группах – к снижению и соответствовал формально-нормативным. При анализе СЗ уровня макрофагов в I группе исследуемый показатель достоверно снижался через 1 мес., оставаясь неизменным через 3 мес. ($2,2 \pm 0,2$ в поле зрения) и к 6 мес. достигал значений равнозначных таковым до лечения. Напротив, во II и III группах через 1 мес. изучаемый показатель увеличивался ($p < 0,05$), а через 3 и 6 мес. прогрессивно снижался.

По данным ТРУЗИ, показатель СЗ объема простаты имел тенденцию к снижению во всех группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение рекомбинантного интерферона α -2b в состав терапии ХРБП позволяет нормализовать у большинства пациентов как клинические, так и лабораторные показатели ХРБП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Простатит

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРОСТАТЫ

Х.С. Ибишев, Р.С. Исмаилов, П.А. Крайний

*Кафедра урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской урологии-
андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простатит, цитокины, иммуноглобулины, интерлейкины.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Персистирующий инфекционно-воспалительный процесс играет важную роль в запуске аутоиммунных процессов в простате. При этом в секрете предстательной железы (СПЖ) регистрируется дисфункция макрофагального звена с последующей декомпенсацией и повышением уровня цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8) в СПЖ. *Цель исследования:* изучить иммунологические параметры СПЖ хронического рецидивирующего и первично-диагностированного бактериального простатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов иммунологического исследования СПЖ 90 пациентов с ХБП. Средний возраст мужчин составил $34,0 \pm 7,7$ года. Пациенты были разделены на две группы: I группа ($n=51$) – пациенты с хроническим рецидивирующим бактериальным простатитом, среднее значение возраста – $35 \pm 7,3$ года, II группа ($n=39$) – пациенты с хроническим первично диагностированным бактериальным простатитом, среднее значение возраста – $32,2 \pm 7,3$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании в СПЖ Ig классов G, A, M у всех пациентов было отмечено повышение уровня IgG с практическим отсутствием отклонений по уровню IgA и IgM от референсных значений, что свидетельствует о хроническом воспалительном процессе в простате. Кроме того, зарегистрировано достоверное повышение среднего значения уровня IgG у пациентов I группы в сравнении с пациентами II группы ($p=0,044$), подтверждающее наличие более тяжелого инфекционно-воспалительного процесса в ткани простаты у пациентов с рецидивирующим бактериальным простатитом в сравнении с пациентами с первично-диагностированным бактериальным простатитом.

При анализе уровня ИЛ в СПЖ в двух группах отмечаются достоверные различия по уровню ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 ($p < 0,00001$). В СПЖ у пациентов I группы данные показатели выше в сравнении с пациентами II группы. Особенно необходимо отметить, что в исследовании выявлены значимые различия по ИЛ-6: у преобладающего большинства пациентов I группы он был зна-

чимо выше нормативных показателей, тогда как практически у всех пациентов II группы данный показатель в пределах референсных значений нормы.

Показатель	I группа (n=51)		II группа (n=39)		p
	M	SD	M	SD	
	пг/мл				
IgG	4,07	9,27	0,83	1,09	0,044
IgM	0,04	0,02	0,03	0,00	0,46
IgA	0,94	1,38	0,20	0,47	<0,00001
ИЛ-1β	246,94	239,68	43,71	108,16	<0,00001
ИЛ-4	2,27	2,66	1,68	2,37	0,12
ИЛ-6	153,5	138,7	9,26	6,64	<0,00001
ИЛ-8	455,3	137,3	315,3	132,7	0,00006
Примечания: Ig – иммуноглобулин; ИЛ – интерлейкин; M – среднее; SD – стандартное отклонение; норма показателя: ИЛ-1 (0–11 пг/мл), ИЛ-4 (0–4 пг/мл), ИЛ-6 (0–10 пг/мл), ИЛ-8 (0–12 пг/мл). IgG (0,31–0,71 г/л), IgA (0,34–1,68 г/л), IgM (0,44–1,36)					

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные результаты иммунологического исследования СПЖ свидетельствуют о выраженной дисфункции иммунологических звеньев у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями простаты, с достоверными различиями у пациентов с хроническим рецидивирующим и первично-диагностированным бактериальным простатитом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Простатит

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО И ПЕРВИЧНО-ДИАГНОСТИРОВАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Х.С. Ибишев¹, Ю.Л. Набока², П.А. Крайний¹, И.А. Гудима², Р.С. Исмаилов¹, М.И. Коган¹

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии и андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
²Кафедра микробиологии и вирусологии № 1, ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простатит, аэробы, анаэробы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на использование современных методов диагностики и строгое соблюдение стандартов обследования и лечения пациентов с хроническим бактериальным простатитом (ХБП), процент рецидивов заболевания остается высоким. Одной из причин является недоизученность этиологической структуры заболевания. *Цель исследования:* изучить этиологическую структуру хронического рецидивирующего и первично-диагностированного бактериального простатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 90 пациентов с ХБП (средний возраст – 34,0±7,7 года), которые были разделены на две группы. I группа (n=51) – пациенты с рецидивирующим ХБП, II группа (n=39) – пациенты с первично-диагностированным ХБП. В обеих группах проведено бактериологическое исследование секрета предстательной железы (СПЖ) на питательных средах (n=12) для аэробных и анаэробных таксонов микробиоты в соответствующих условиях культивирования. Статистический анализ проводили в среде статистической обработки и визуализации данных R ver 3.2 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В СПЖ пациентов обеих групп во всех случаях верифицированы аэробно-анаэробные ассоциа-

ции. Однако в I группе количественные показатели для аэробных (Аэ) и анаэробных (Ан) таксонов превышали формально допустимые ($>10^3$ КОЕ/мл), а во II группе количество $>10^3$ КОЕ/мл регистрировали только для Аэ родов и/или видов. У пациентов I группы в СПЖ обнаружено 14 таксонов Аэ и 8 – Ан. В кластере Аэ преобладали (64,7%) коагулазоотрицательные стафилококки (КОС), представленные шестью видами с доминированием *S. haemolyticus* (41,1%). С одинаковой частотой (по 29,4%) в СПЖ регистрировали представителей порядка Enterobacteriales: *E. coli* (25,4%), *P. vulgaris*, *K. pneumoniae* и *Corynebacterium spp.* Реже в СПЖ регистрировали *Enterococcus spp.* и *S. aureus* (по 5,8%), *Streptococcus spp.* и *Micrococcus spp.* (по 3,9%). Уровень обсемененности СПЖ Аэ колебался от $10^{3,0}$ до $10^{5,8}$ КОЕ/мл. В кластере Ан доминировали *Peptococcus spp.* и *Propionibacterium spp.* (по 23,5%), с одинаковой частотой выделяли *Veillonella spp.* и *Eubacterium spp.* (по 13,7%), а также *Peptostreptococcus spp.* (7,8%), *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.* (по 3,9%). Обсемененность СПЖ Ан варьировалась от $10^{3,0}$ до $10^{4,6}$ КОЕ/мл.

У пациентов II группы паттерн микроорганизмов, выделенных из СПЖ, практически не отличался от такового в I группе. Аэ были представлены 13 таксонами Ан – восемью. В Аэ кластере также доминировали КОС (71,8%), представленные пятью видами с преобладанием *S. haemolyticus* (41,0%). Среди КОС достоверно чаще ($p < 0,05$) выделяли *S. epidermidis* (10,2%), по сравнению с показателями I группы (3,9%). Также во II группе чаще регистрировали *Enterococcus spp.* (41,0%, I группа – 5,8%, $p=0,001$), *Corynebacterium spp.* (51,2%, I группа – 29,4% в, $p=0,033$), *Veillonella spp.* (55,6%, I группа – 13,7%, $p=0,025$). Среди представителей порядка Enterobacteriales значимых отличий по сравнению с I группой как по частоте обнаружения, так и по количеству не наблюдалось. Обсемененность СПЖ аэробными таксонами во всех случаях была $>10^3$ КОЕ/мл

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов обеих групп с ХБП во всех случаях в СПЖ регистрируются аэробно-анаэробные ассоциации микроорганизмов. Но у пациентов I группы по количественному признаку ($>10^3$ КОЕ/мл) преобладают как аэробные, так и анаэ-

робные таксоны микроорганизмов, а у пациентов II группы – аэробные.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Комбинированная терапия вирусных папиллом уретры

ТУЛИЕВЫЙ ВОЛОКОННЫЙ ЛАЗЕР В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМ УРЕТРЫ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Г.И. Каситериди¹, Е.С. Сирота^{1,2},
И.М. Дизенгоф², А.А. Сергеев²

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия
²Центр урологии, АНО «ЦКБ Святителя Алексия», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

вирус папилломы человека, тулиевый волоконный лазер, папилломы уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность хирургического лечения папиллом уретры тулиевым волоконным лазером в комбинации с противовирусным препаратом «Аллокин-альфа».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения девяти мужчин с аногенитальной формой вируса папилломы человека. Средний возраст составил 27,4 года. Во всех наблюдениях папилломы локализовались в области наружного отверстия уретры и наружных половых органах. Среднее количество папиллом в аногенитальной области составило $10 \pm 1,2$. Комбинированная терапия включала в себя хирургическую деструкцию тулиевым волоконным лазером (FIBERLASE U2) и парентеральное введение противовирусного препарата «Аллокин-альфа» 1 мг п/к по схеме: первая инъекция 24 часа после операции в последующем шесть введений через день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Хирургия лазером выполнялась в водной среде лазерным волокном 200 микрон, абляция осу-

ществлялась импульсом мощностью 10 Вт с длиной волны 1,94 мкм. Среднее время операции составило 32 мин. Уретральный катетер в среднем устанавливался на 24 часа. Среднее время наблюдения составило шесть месяцев. Осложнение после лечения в виде стриктуры меатуса отмечено в одном наблюдении. Рецидив у двух пациентов через один месяц после лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированная терапия тулиевым волоконным лазером и противовирусным препаратами «Аллокин-альфа» эффективна в лечение вирусных папиллом уретры. Использование лазера приоритетно с точки зрения деструктивного воздействия и одновременным минимальным повреждением тканей. Позволяет быстрому восстановлению эпителиального слоя в месте оперативного лечения с низким процентом развития рецидивов и осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Инфекции мужских половых органов. Биорегулирующие пептиды в комплексном лечении хр. абактериального простатита/СХТБ

БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

И.В. Кузьмин¹, М.Н. Слесаревская¹,
С.Х. Аль-Шукри¹

¹ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический абактериальный простатит, биорегулирующая терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

нить эффективность и переносимость комплексной терапии больных ХАП/СХТБ с использованием биорегуляторного пептидного препарата Уропрост-Д.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение биорегуляторного пептидного препарата Уропрост-Д в комплексной терапии больных ХАП/СХТБ сопровождается снижением выраженности болевого синдрома и дизурии, при этом лечебный эффект отмечается не только во время приема препарата, но и после его окончания. Назначение Уропроста-Д представляет-

ся патогенетически обоснованной альтернативой использованию НПВС у данной категории больных.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Клинические исследования

АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ВИРУСОМ ГЕРПЕСА

Е.В. Кульчавеня¹⁻³, С.Ю. Шевченко⁴,
А.А. Барнчукова¹

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская
Федерация

⁴Муниципальная поликлиника № 26,
Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, вирус простого герпеса, лечение, суперлимф, антимикробные пептиды, хронический абактериальный простатит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Генитальный герпес (ГГ) представляет собой хроническую инфекцию, передающуюся половым путем (ИППП), характеризующуюся рецидивирующими, самокупирующимися язвами половых органов, вызываемыми вирусом простого герпеса типа 1 (ВПГ-1) или типа 2 (ВПГ-2), может ассоциироваться с хроническим абактериальным простатитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В пилотное открытое проспективное несравнительное исследование были включены 23 пациента, наблюдавшихся в медицинских учреждениях по поводу хронического абактериального простатита в среднем $9,7 \pm 4,2$ года. У всех был подтвержден диагноз «хронический абактериальный простатит с признаками воспаления/синдром хронической тазовой боли (СХТБ)» и обна-

ружена ДНК вируса герпеса простого в соскобе эпителиальных клеток уретры методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Пациенты получали унифицированную терапию: валацикловир по 500 мг дважды в сутки в течение 10 дней, кетопрофен 100 мг в сутки 5 дней, свечи Суперлимф 10 ЕД ректально на ночь в течение 20 дней. Результаты оценивали по завершении терапии, через 3 и 6 месяцев после ее окончания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Регресс клинических симптомов сопровождался положительными изменениями данных лабораторных исследований. Число лейкоцитов в секрете простаты по завершении терапии уменьшилось почти в пять раз и сохранялось стабильным за весь период наблюдения. Отмечено изменение восприятия боли. Если до начала лечения 14 пациентов (60,9%) оценивали интенсивность боли как «сильная», то есть по 10-балльной шкале 7 и более баллов, и только у двоих (8,7%) интенсивность боли была слабая, то есть не превышала 3 баллов по визуально-аналоговой шкале, то уже по завершении комплексной терапии с использованием ректальных суппозиторий Суперлимф ни у одного пациента не было сильной боли, у 21 (91,3%) отмечали слабую боль, хотя у 2 пациентов (8,7%) интенсивность боли сохранялась средняя, в интервале 4–6 баллов по шкале боли. Соответственно, существенно улучшилось качество жизни: с исходных $8,23 \pm 1,91$ баллов до $2,43 \pm 1,41$ баллов непосредственно по завершении комплексной этиопатогенетической терапии с применением суппозиторий Суперлимф ($P < 0,05$); в отдаленных результатах качество жизни пациенты оценивали в $2,43 \pm 1,41$ балла через 3 мес. и в $2,81 \pm 1,21$ балла через полгода. В среднем сумма баллов по шкале симптомов к моменту окончания терапии уменьшилась с $22,96 \pm 6,01$ до $6,61 \pm 3,71$ балла ($P < 0,05$). В течение первых трех месяцев у одного пациента возник рецидив ГГ; еще у одного – в течение последующих 3 месяцев. Этим больным провели повторный курс по прежней схеме.

Ни один пациент не отметил сколько-нибудь значимых побочных явлений ни на один компонент терапевтического комплекса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В структуре абактериального хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли следует учитывать герпетическую инфекцию. Буду-

чи нейротропным, ВПГ может вызывать/усиливать боль, характерную для ХП/СХТБ. В случае упорной боли необходимо исключать инфицирование ВПГ. В комплексном лечении больных хроническим абактериальным простатитом, ассоциированным с герпетической инфекцией, Суперлимф показал хорошие как непосредственные, так и отделенные результаты.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Клинические исследования

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО И АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Е.В. Кульчавеня¹⁻³, Д.П. Холтобин³

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Российская Федерация

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, диагностика, лонгидаза, андрофлор, молекулярно-генетические методы, микробиом.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема хронического простатита далека от своего разрешения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сопоставить частоту основных симптомов (боль, дизурия, сексуальная дисфункция) у больных хроническим бактериальным и абактериальным простатитом, а также туберкулезом предстательной железы; определить частоту латентного инфекционного простатита в структуре абактериального простатита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 73 мужчины, которые в течение как минимум двух лет наблюдались у врача по поводу хронического простатита и имели в анамнезе не менее трех обострений

в год. Проводили микробиологическое исследование секрета простаты как рутинными, так и молекулярно-генетическими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 27 пациентов (37,0%) был диагностирован хронический бактериальный простатит (ХБП). Лекарственно устойчивыми оказались 36,7% штаммов микроорганизмов. У 46 пациентов (63%) микрофлора на первом визите выявлена не была. Среди 27 больных ХБП диагностирован туберкулез предстательной железы (ТПЖ). Таким образом, в общей когорте пациентов только у 17 (23,3%) был изолированный ХБП, и еще у 10 (13,7%) – ХБП в сочетании с ТПЖ. Все пациенты с ХАП получили ректальные суппозитории препарата лонгидаза с диагностической целью. У 23 пациентов (50,0% от больных ХАП) диагностическое введение препарата лонгидазы привело к появлению в секрете простаты патогенной микрофлоры, резистентность к антибактериальным препаратам была зафиксирована в 56,9% случаев. У пяти пациентов из этой группы был также диагностирован ТПЖ, а 18 (24,6%) имели не выявленный стандартными методами инфекционный простатит.

В частоте боли и нарушений мочеиспускания статистически значимых различий не выявлено. Однако сексуальная дисфункция чаще развивалась у больных ХАП и ТПЖ ($p < 0,05$); гемоспермия же была не характерна для пациентов с ХАП, встречалась в единичных случаях при ХБП и ЛХИП, но присутствовала у двух третей пациентов с ТПЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маской абактериального простатита скрывается как латентный инфекционный простатит, так и туберкулез предстательной железы. Несмотря на то, что по ряду параметров есть статистически значимые различия в клинических проявлениях ХБП, ХАП, ЛХИП и ТПЖ, патогномоничных симптомов для этих подгрупп хронического простатита не выявлено. Учитывая, что половина пациентов с ХАП в действительности имеет ЛХИП, необходимо применять в диагностических целях ректальные суппозитории препарата лонгидаза с повторным исследованием секрета простаты. Для идентификации патогенов следует применять наряду с рутинными методы молекулярно-генетической диагностики. ТПЖ может протекать под маской/сочетаться как

с бактериальным, так и с абактериальным простатитом. Необходимо тщательно изучать историю пациента, его эпидемический анамнез и при наличии показаний проводить соответствующее обследование для исключения ТПЖ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Клинические исследования

ТУБЕРКУЛЕЗ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Е.В. Кульчавеня¹⁻³, С.Ю. Шевченко⁴

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Россия

⁴Муниципальная поликлиника № 26, Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный туберкулез, туберкулез простаты, туберкулезный эпидидимит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Туберкулез органов мочеполовой системы не теряет актуальности. Регистрируемое падение заболеваемости урогенитальным туберкулезом в значительной степени обусловлено несовершенством учета этой нозологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное когортное сравнительное неинтервенционное исследование структуры заболеваемости урогенитальным туберкулезом (УГТ) в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. Изучены статистические отчеты с 2008 по 2015 г., всего по 456 пациентам, а также проанализированы амбулаторные карты 95 больных УГТ, находящихся на учете в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере (НОПТД) на 01.01.22 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ структуры УГТ в период с 2003 по 2015 г. показал, что в целом лидирующее место занимал туберкулез мочевого пузыря – 314 случаев

(68,8%). Туберкулез мужских и женских половых органов суммарно занял второе место – 22,4%. Генерализованный мочеполовой туберкулез был зарегистрирован у 41 больного (9%).

Обнаружено достоверное снижение удельной доли нефротуберкулеза: 2008 г. – 82,2%; 2015 г. – 48,6% ($\chi^2=12,71$; $p=0,0004$). Напротив, если в 2003 г. доля больных туберкулезом половых органов составляла 18% (18 случаев), то в 2015 г. было зарегистрировано уже 30 (29,1%) больных. ($\chi^2=3,46$; $p=0,06$). В этом же году генерализованные формы УГТ были диагностированы у 23 больных (22,3%), что примерно в 2,5 раза больше, чем в 2003 г. ($n=9$; 9%) и 2008 г. ($n=7$; 6,6%) ($\chi^2>6,46$; $p<0,01$).

Доля туберкулеза предстательной железы колебалась от 0 в 2003 г. и 7,1% в 2008 г. – до 54,2% в 2013 г. В 2003 г. туберкулез органов мошонки был диагностирован у 100% мужчин, больных туберкулезом половых органов. В 2013 и 2015 гг. – в 25%. Суммарно за все годы наблюдения диагноз туберкулез скротальных органов был установлен 26 больным, что составило 41,9% от всего мужского генитального туберкулеза. Сочетание туберкулеза органов мошонки и туберкулеза предстательной железы также существенно колебалось – от 17,3 до 35,7%. Генерализованный УГТ был диагностирован с минимальной долей 1,4% в 2008 г., далее отмечалась тенденция к росту с максимальным показателем в 2015 г. – 22,3% ($\chi^2=29,38$; $p<0,0001$).

Среди 95 больных туберкулезом мочевого и мужской половой системы, состоящих на учете фтизиоуролога НОПТД, у 34 (35,8%) был диагностирован туберкулез почек, у 42 (44,2%) – изолированный туберкулез мужских половых органов, у остальных 19 (20,0%) мужчин наблюдался генерализованный мочеполовой туберкулез. ВИЧ-инфекция была обнаружена суммарно у 23 (24,2%) больных урогенитальным туберкулезом, причем среди больных туберкулезом почек ВИЧ-коинфекция диагностирована у 7 (20,6%) больных, среди пациентов с мужским половым туберкулезом – у 9 (21,4%), а при генерализованном урогенитальном туберкулезе ВИЧ-инфекция была обнаружена почти в два раза чаще – у 7 (36,8%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Больные урогенитальным туберкулезом длительное время находятся под наблюдением урологов

с ошибочными диагнозами, и только когда заболевание примет необратимый характер и потребует хирургического вмешательства, патоморфологическое исследование операционного материала расставит точки над і.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Клинические исследования

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МУЖЧИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Е.В. Кулчавеня¹⁻³, С.Ю. Шевченко⁴

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

³МЦ «Авиценна», Новосибирск, Россия

⁴Муниципальная поликлиника № 26, Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный туберкулез, туберкулез предстательной железы, туберкулез мужских половых органов, туберкулез и ВИЧ, туберкулезный орхоэпидидимит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВИЧ-коинфекция затрудняет диагностику внелегочного туберкулеза, трансформируя патоморфологическую картину и снижая вероятность микробиологической верификации туберкулеза.

Цель исследования: выявить особенности структуры полового туберкулеза мужчин в зависимости от ВИЧ-статуса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы истории болезни 95 больных туберкулезом органов мочеполовой системы, находящихся на учете в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере. Среди них отобраны карты пациентов с изолированным туберкулезом мужских половых органов. Изучена структура полового туберкулеза у 42 мужчин в зависимости от наличия у них ВИЧ-коинфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди всей когорты больных мочеполовым туберкулезом 72 пациента (75,8%) были серонегативны по ВИЧ, а у 23 пациентов (24,2%) тесты на ВИЧ-инфекцию были положительными. В группе лиц, живущих с ВИЧ, по поводу туберкулеза почек наблюдались 7 пациентов (30,4%), по поводу генерализованного уrogenитального туберкулеза с одновременным поражением органов мочевой и половой системы – еще 7 пациентов (30,4%); изолированный половой туберкулез был диагностирован у 9 мужчин (39,1%). В группе иммунокомпетентных мужчин, больных изолированным половым туберкулезом (33 пациента), туберкулезный орхоэпидидимит был диагностирован у троих (9,1%), туберкулез простаты – у 16 пациентов (48,5%), одновременное поражение наружных и внутренних половых органов зарегистрировано у 14 мужчин (42,4%). В группе лиц, живущих с ВИЧ, больных изолированным половым туберкулезом (9 человек), в инфекционно-воспалительный процесс чаще вовлекались яичко и его придаток (5/55,6%), у каждого третьего (3/33,3%) наряду с туберкулезным орхоэпидидимитом был диагностирован туберкулез простаты, у одного пациента (11,1%) выявлен туберкулез предстательной железы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди мужчин, больных изолированным половым туберкулезом, ВИЧ-коинфекция была выявлена в 21,4% случаев. ВИЧ-коинфекция оказывает существенное влияние на структуру полового туберкулеза мужчин. У ВИЧ-негативных мужчин наиболее подвержена заболеванию предстательная железа (туберкулез простаты изолированно или в комбинации с туберкулезным орхоэпидидимитом был диагностирован у 90,9% пациентов. В группе лиц, живущих с ВИЧ, больных изолированным половым туберкулезом, преобладал туберкулез яичка и его придатка (88,9%).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Лечение хронического простатита

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА
АДЕНОПРОСИН В КОМПЛЕКСНОЙ
ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ
КАТЕГОРИИ IIIA**

Н.А. Ноздрачев^{1,2}, А.И. Неймарк¹,
Б.А. Неймарк^{1,2}, А.В. Давыдов¹, И.В. Каблова¹,
М.А. Мельник¹, П.В. Цыплакова¹

¹Отделение урологии, ЧУЗ «Клиническая
больница «РЖД-медицина» города Барнаул»,
Барнаул, Россия

²Кафедра урологии и андрологии с курсом
ДПО, ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России,
Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, Аденопросин.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение эффективности и безопасности комплексной терапии препаратом Аденопросин и экстракта плодов пальмы сабаль (Простаплант) в сравнении со стандартной терапией экстрактом плодов пальмы сабаль и терапии экстрактом плодов пальмы сабаль в сочетании с препаратом индометацин у пациентов с хроническим простатитом категории IIIA.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пилотное одноцентровое исследование эффективности и безопасности препарата Аденопросин в комплексной терапии пациентов с хроническим простатитом категории IIIA. В исследование были включены 15 пациентов с хроническим простатитом. Средний возраст составил 43±6,7 года. Средняя продолжительность заболевания составила 5±3,2 года. Методом типологического отбора пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, продолжительности заболевания, выраженности клинической симптоматики. Первая группа пациентов получала в качестве монотерапии препарат Простаплант по 1 капсуле x 1 раз в сутки в течение 30 дней, вторая группа дополнительно к препарату Простаплант получала Индометацин 100 мг по 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней. Третья группа получала Простаплант по 1 капсу-

ле x 1 раз в сутки в течение 30 дней и Аденопросин по 1 суппозиторию ректально на ночь в течение 30 дней.

У всех пациентов до лечения, через 30 дней от начала лечения и через 45 дней от начала лечения проводилась оценка симптоматики простатита (по шкалам NIH CPSI, IPSS-QoL), проводилось микроскопическое и бактериологическое исследование секрета простаты, лазерная доплеровская флоуметрия с точки проекции предстательной железы, ТрУЗИ простаты, УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи и урофлоуметрия.

Значимость различий показателей оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При обследовании до лечения у пациентов, включенных в исследование, не было выявлено остаточной мочи, в посевах микроорганизмы не выявлялись. У всех отмечалось повышение количества лейкоцитов в секрете предстательной железы. При оценке полученных результатов у пациентов всех групп на фоне лечения отмечена положительная динамика в отношении симптоматики простатита, на что указывают изменения в шкалах NIH CPSI, IPSS-QoL, однако наиболее выражено в третьей группе. На фоне терапии с включением препарата Аденопросин было отмечено более значимое уменьшение объема простаты. Примечателен тот факт, что и наибольшие положительные изменения микроциркуляции происходили более выражено у пациентов третьей группы, на основании чего нами сделан вывод, что препарат Аденопросин способен уменьшать отек ткани простаты за счет улучшения микроциркуляции предстательной железы, тем самым уменьшая клиническую симптоматику. Как следствие уменьшения отека ткани простаты у пациентов третьей группы отмечалось наиболее выраженное повышение максимальной скорости мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что препарат Аденопросин за счет простатотропного действия способен улучшать микроциркуляцию предстательной железы, уменьшать ее объем, тем самым уменьшать симптомы хронического простатита, что позволяет рекомендовать данный препарат в терапии хро-

нического простатита категории IIIA.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Инфекции в урологии, микробиота, микробиом, антибиотики, пробиотики, новые лабораторные возможности

ГЕРПЕСВИРУСЫ И ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

О.А. Османов^{1,2}, А.А. Камалов^{1,2},
Л.М. Михалева¹, В.К. Карпов^{1,2}, Д.А. Охоботов^{1,2},
Э.П. Акопян², Н.К. Шахпазян², Б.М. Шапаров¹,
О.Ю. Нестерова¹

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

²Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городская клиническая
больница № 31 Департамента здравоохранения
города Москвы», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, вирусная инфекция, ПЦР, онкология, морфология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ) являются одними из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин. Исследователями неоднократно высказывалось предположение, что не последнее место в канцерогенезе предстательной железы играет вирусная инфекция. *Цель исследования:* оценить взаимосвязь вирусной инфекции с РПЖ, а также клинико-морфологическими особенностями ДГПЖ и РПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 98 пациентов, прооперированных по поводу ДГПЖ (n=48) или РПЖ (n=50) в период с 2019 по 2021 г. В полученных образцах операционного материала была проведена ПЦР в режиме реального времени на наличие вирусов папилломы челове-

ка (ВПЧ), вирусов простого герпеса 1 и 2 типа (HSV-1 и HSV-2), цитомегаловируса (CMV), вируса Эпштейн-Барр (EBV), вируса герпеса 6 типа (HHV-6).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для пациентов с РПЖ была характерна большая частота выявляемости вирусов в ткани предстательной железы по сравнению с пациентами с ДГПЖ: 50,0 и 31,3% соответственно, $p=0,046$. Самым распространенным вирусом как при РПЖ, так и при ДГПЖ оказался EBV (22,0 и 16,7% соответственно). Вторым по частоте встречаемости вирусом у пациентов с РПЖ оказался HHV-6 (20,0%), который не был выявлен ни у одного пациента с ДГПЖ ($p=0,003$). Отмечалась тенденция более частого выявления CMV среди пациентов с РПЖ (16,0% для РПЖ и 4,2% для ДГПЖ), однако различия оказались статистически незначимыми при пограничных значениях p ($p=0,09$). Ассоциации вирусной инфекции с клинико-морфологическими особенностями выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Диагностика

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОТОПА УРЕТРЫ И ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИНЫ, С БИОТОПОМ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЖЕНЩИНЫ МЕТОДОМ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ

Д.Г. Почерников, А.И. Стрельников,
Т.Ю. Горлова

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

полимеразная цепная реакция в реальном времени, ПЦР-РВ, микробиота эякулята, микробиота уретры, микробиота цервикального канала, фемофлор, андрофлор, бесплодие, прегравидарная подготовка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прегравидарная подготовка включает комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья половых партнеров и их подготовку к зачатию. В структуре причин мужского бесплодия, по данным литературы, урогенитальные инфекции занимают от 6,6 до 32,0%. Часто в рамках прегравидарной подготовки гинеколог требует только результаты спермограммы, в отдельных случаях анализы на инфекции, передающиеся половым путем, в большинстве случаев только при обнаружении таковых у партнерши. Во врачебном сообществе превалирует мнение, что микробиоценозы урогенитальных трактов супругов совпадают. В связи с этим после обнаружения неспецифического микроорганизма в мочеполовом тракте одного из супругов врач назначает одинаковую терапию обоим. *Цель исследования:* сравнительная оценка микробиоты отделяемого цервикального канала супруги с микробиотой уретры и эякулята супруга методом ПЦР в режиме реального времени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 90 супружеских пар, обратившихся по поводу прегравидарной подготовки. При этом возраст мужчин составил от 20

до 55 лет (в среднем $36,46 \pm 5,45$). Супружеские пары не использовали барьерную контрацепцию, как минимум три месяца до обращения к врачу. Всем пациентам были проведены ПЦР в режиме реального времени с использованием тестов «Андрофлор» и «Фемофлор». Обязательным условием перед забором мазка из уретры и эякулята, отделяемого цервикального канала было воздержание супругов от половой жизни не менее трех суток для исключения контаминации флорой партнера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пары (90, 100%) не предохранялись в течение не менее трех месяцев, в анамнезе не отмечали ИППП (*Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*). Микробиоты мазка из уретры и эякулята у мужчин и цервикального канала у женщин не совпадали по большинству идентифицированных микроорганизмов. По многим микроорганизмам встречаемость у супругов отличалась более чем в два раза. Статистически значимые отличия были по следующим микроорганизмам: *Corynebacterium spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Ureaplasma spp*, *Candida spp*, *Sneathia spp* ($p > 0,05$). Различий во встречаемости таких микроорганизмов, как *Megasphaera spp*, *Atopobium cluster*, *Peptostreptococcus spp*, *Enterobacteriaceae spp*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp./Porphyromonas spp./Prevotella spp.*, выявлено не было ($p < 0,05$).

Таблица. Частота выявляемости микроорганизмов в цервикальном канале супруги, мазке из уретры и эякуляте супруга методом ПЦР в реальном времени, абс.,%

	Фемофлор	Андрофлор мазок	Андрофлор эякулят
<i>Lactobacillus spp</i>	90 (100%)	24 (27%)	15 (17%)
<i>Gardnerella vaginalis</i> + <i>Bacteroides spp./Porphyromonas spp./Prevotella spp.</i>	47 (52%)	45 (50%)	35 (39%)
<i>Ureaplasma spp</i>	37 (41%)	15 (17%)	7 (8%)

Megasphaera spp	30 (33%)	34 (38%)	23 (26%)
Enterobacteriaceae spp	23 (26%)	27 (30%)	33 (37%)
Streptococcus spp	21 (23%)	51 (57%)	20 (22%)
Atopobium cluster	19 (21%)	16 (18%)	12 (13%)
Peptostreptococcus spp	18 (20%)	27 (30%)	19 (21%)
Staphylococcus spp	17 (19%)	46 (51%)	18 (20%)
Corynebacterium spp	16 (18%)	65 (72%)	50 (56%)
Eubacterium spp.	14 (16%)	46 (51%)	36 (40%)
Candida spp	9 (10%)	2 (2%)	2 (2%)
Sneathia spp	6 (7%)	12 (13%)	11 (12%)
Mycoplasma hominis	1 (1%)	1(1%)	2(2%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные демонстрируют, что биотопы цервикального канала супруги, уретры и эякулята супруга в большинстве случаев не совпадают между собой.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Диагностика

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРУДНОКУЛЬТИВИРУЕМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ИЗ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПЛЕНОК МЕТОДОМ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ИЗ ОСАДКА ЭЯКУЛЯТА В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ МЕТОДИКОЙ

Д.Г. Почерников, А.И. Стрельников, А.Б. Маркова, Е.А. Волкова

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

полимеразная цепная реакция в реальном времени, ПЦР-РВ, эякулят, осадок эякулята, бактериоспермия, андрофлор.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2016 г. в лабораторную и клиническую практику внедрен метод амплификации нуклеиновых кислот с полимеразно-цепной реакцией в режиме реального времени (ПЦР-РВ) методом Андрофлор®. Наиболее информативным биоматериалом для выявления этиологического фактора инфекций УГТ является эякулят, так как другие виды биоматериала, такие как мазок из уретры или секрет предстательной железы, чрезвычайно сложны для стандартного воспроизводства. С конца 2022 г. в лабораторную практику внедрен новый метод ПЦР-РВ Андрофлор из осадка эякулята, принципиально отличающийся от стандартной методики тем, что происходит полное осаждение форменных элементов и клеточных структур при центрифугировании на 17 тыс. оборотов. Андрофлор из осадка эякулята – прямое определение количественных соотношений микроорганизмов по фрагментам ДНК, попавших в пробирку при взятии биоматериала, независимо от функциональных свойств микроорганизмов, где осадок является самым обогащенным, концентрированным и наиболее информативным материалом. Благодаря концентрированию биоматериала можно более точно определять любой инфекционный агент, представленный даже в малом количестве в добавочных мужских половых железах, в том числе в виде бактериальных пленок и внутриклеточных микроорганизмов. *Цель исследования:* провести сравнительный анализ выявляемости микроорганизмов из осадка эякулята ПЦР-РВ по сравнению со стандартной методикой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 42 пациента, обратившихся с целью прегравидарной подготовки или бесплодия, для исключения урогенитальных инфекций. Критериями исключения из обследования было применение антибактериальных, противовирусных и иммуноотропных препаратов в последние 4 недели до обследования. Исследование про-

водили согласно инструкции производителя реактивов ДНК-технологии. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0 (StatSoft, Inc.). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таблица. Частота выявления микроорганизмов в осадке и нативном эякуляте методом полимеразной цепной реакции в реальном времени, абс. (%)

Микроорганизм	Осадок эякулята	Нативный эякулят
Eubacterium spp.	18 (42,9)	19 (45,2)
Corynebacterium spp.	18 (42,9)	18 (42,9)
Enterobacteriaceae spp./ Enterococcus spp.	17 (40,5)	13 (30,9)
Megasphaera spp./ Veillonella spp./ Dialister spp.	15 (35,7)	15 (35,7)
Bacteroides spp./ Porphyromonas spp./ Prevotella spp.	15 (35,7)	14 (33,3)
Anaerococcus spp.	11 (26,2)	10 (23,8)
Peptostreptococcus spp./ Parvimonas spp.	10 (23,8)	13 (30,9)
Staphylococcus spp.	9 (21,4)	8 (19)
Candida spp.	7 (16,7)	3 (7,1)
Streptococcus spp.	6 (14,3)	4 (9,5)
Lactobacillus spp.	5 (11,9)	7 (16,7)
Haemophilus spp.	4 (9,5)	3 (7,1)
Atopobium cluster	3 (7,1)	3 (7,1)
Gardnerella vaginalis	3 (7,1)	2 (4,8)
Sneathia spp./ Leptotrichia spp./ Fusobacterium spp.	1 (2,4)	1 (2,4)

Статистической разницы между общей бактериальной массой (ОБМ) в нативном эякуляте ($10^{3,2 \pm 2,1}$ ГЭ/мл) и осадком эякулята ($10^{3,5 \pm 2,1}$ ГЭ/мл) не выявлено. Микроорганизмы чаще были обнаружены в осадке эякулята по сравнению с на-

тивным материалом. Достоверно чаще выявлялась Gardnerella vaginalis и Candida spp. в осадке эякулята по сравнению с нативной спермой ($p < 0,05$). Обнаружена тенденция большей выявляемости Enterobacteriaceae spp./Enterococcus spp. в осадке эякулята по сравнению с нативной спермой ($p > 0,05$), что, вероятно, связано с высвобождением микробной ДНК из внутриклеточных структур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика исследования осадка эякулята не обладает гипердиагностикой УПМ, но чаще выявляет микробных агентов, способных образовывать бактериальные пленки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Андрология

Рубрика: Хронический простатит

ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПО ДАННЫМ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Д.А. Рахимов^{1,2}, Н.И. Ибодов¹, А.Ю. Одилов¹,
Х.Х. Ризоев³, С.Х. Турдалиев², Ш.С. Бобоев²,
Д.Р. Махмудов², Р.М. Хаитов², М.А. Рахимов²,
Ш.Д. Рахими², Х.И. Джураев²

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

²Отделение урологическое, Б. Гафуровского ЦРБ, Республика Таджикистан

³Клиническая больница «Мадади Акбар», Республика Таджикистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, доплерография, васкуляризация, предстательная железа.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковая диагностика и доплерография предстательной железы – наиболее эффективный и неинвазивный метод, который помогает оценить не только состояние мягких тканей и их структуру, но и анализировать гемодинамику органа. *Цель исследования:* изучение сосудистой плотности предстательной железы у больных хроническим простатитом методом цвето-

вого доплеровского картирования и энергетического доплера.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования служили 66 больных хроническим простатитом. Возраст пациентов – от 20 до 50 лет (средний – 39,7 года). Давность заболевания – 1–15 лет, $M=7,9\pm 4,2$ года. Специальная часть обследования включала в себя уточнение субъективной симптоматики по шкале IPSS (S), индекса качества жизни QOL (Q), урофлоуметрию (УФИ). Кроме того, в обследование включали серошкальное УЗИ предстательной железы, дополненное доплерографией сосудов простаты методом цветового дуплексного картирования (ЦДК). Трансабдоминальным доступом УЗИ оценивали размеры, объем и структуру, методом ТРУЗИ гемодинамические показатели. Исследования касались капсулярных и уретральных артерий предстательной железы. ТРУЗИ в В-режиме проводили по алгоритму в положении больного на левом боку.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ показал, что давность заболевания и возрастной ценз пациентов относительно влияет на скоростные и структурные изменения сосудистого рисунка в предстательной железе. Наибольшее количество сосудов визуализируются у верхушки и основания железы, уретральные же артерии идут в косопоперечных срезах и располагаются параллельно уретре. У больных при проведении ЦДК отмечались изменения степени васкуляризации, которая определяется сосудистой плотностью (количество сосудов на 1см^2 площади скана). В зависимости от количества сосудов в поле скана различали несколько типов васкуляризации: нормоваскулярный тип (количество сосудов – 2–4), гипervаскулярный тип (количество сосудов – 5 и более), гиповаскулярный тип (количество сосудов – 1). Анализ показал, что при обострении воспалительного процесса отмечался гипervаскулярный тип сосудистой плотности, как в капсулярных, так и в уретральных артериях, который зарегистрирован у 45 (68,2%) больных. Гиповаскулярный тип (около 15% пациентов) чаще встречался у больных с атонией простаты, с выраженными фиброзными изменениями, где сосудистый рисунок был диффузно ослаблен, обеднен. Нормоваскулярный тип отмечен у 11 здоровых добровольцев и около 70% пациентов после про-

веденного консервативного лечения, с применением ангиопротекторов и рассасывающих препаратов. Возраст больных при сравнении показателей сосудистой плотности по капсулярным и уретральным артериям в предстательной железе разница между ними оказалась несущественной ($p>0,05$), но скоростные показатели имели отклонения, т.е. с возрастом скоростные и структурные параметры сосудов простаты ослабевают. Данные результаты свидетельствуют о том, что нарушение гемодинамики в предстательной железе напрямую связано с развитием эректильной дисфункции. Работа нуждается в дальнейшем исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование кровотока в предстательной железе при ХП дополнительно дает оценку степени повреждения и изменений ее структур. Чувствительность метода составила около 80%, а специфичность – более 90%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Базовые исследования

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ СХТБ-IIIВ КАТЕГОРИИ

А.С. Соловьёв¹, М.И. Азизов², Д.Н. Щедров¹,
С.А. Жигалов¹, И.И. Можяев³, А.Н. Чирков¹,
И.С. Шорманов¹

¹ Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

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

³ ГБКУЗ ЯО «Центральная городская больница»,
Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

СХТБ-IIIВ категории, боль, нейропатический компонент.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным многих авторов, у больных с СХТБ-IIIВ категории с высокой частотой выявляются различные нарушения вегетативной реактивности, которые рассматриваются и как при-

чинные, и как следственные факторы заболевания. Вегетативная дисфункция сопровождается нарушением процессов нейропластичности, запуская механизмы центральной сенситизации и периферической метаболической нейропатии с характерным для нее феноменом нейропатической боли. *Цель исследования:* изучить частоту и особенности нейропатического компонента болевого синдрома у лиц с синдромом хронической тазовой боли СХТБ-ШВ категории, а также оценить клиническую эффективность его коррекции в рамках оптимизированной комплексной фармакотерапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 90 мужчин с диагнозом СХТБ-ШВ категории в возрасте 22–48 лет (средний возраст – 40,6±4,6 года) (основная группа) и 30 клинически здоровых мужчин (средний возраст – 35,2±2,6 года) (контрольная группа). Для оценки индекса боли использовали шкалу оценки симптомов хронического простатита и качества жизни мужчин (NIH-CPSI-QL). Для выявления нейропатического компонента хронической боли применяли опросник DN4. В ходе исследования сравнивалась клиническая эффективность фармакотерапии в двух подгруппах. Подгруппа 1 (n=45) получала базовую терапию (нестероидный противовоспалительный препарат+венотонический препарат+альфа-1-адреноблокатор) в течение 30 дней. Подгруппа 2 (n=45) предварительно получала альфа-липоевую кислоту парентерально, а затем 30-дневную базовую терапию (нестероидный противовоспалительный препарат+венотонический препарат+альфа-1-адреноблокатор) с дополнительным приемом альфа-липоевой кислоты перорально.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 100% пациентов с СХТБ-ШВ категории присутствовал хронический болевой синдром с преимущественной (61,1% случаев) локализацией в области малого таза/предстательной железы, который негативно сказывался на качестве жизни пациентов. Невропатический компонент болевого синдрома диагностирован у 35,5% больных с обострением СХТБ-ШВ категории, в то время как только у 13,3% мужчин контрольной группы выявлялись признаки, соответствующие аналогам нейропатической боли ($p<0,05$). Таким образом, общая частота нейропатической боли при СХТБ ШВ категории оказалась в 2,7 раза выше,

чем в популяции асимптоматических мужчин ($p<0,05$). Стандартная фармакотерапия не оказывала патогенетического влияния на невропатический компонент, частота которого к концу лечения увеличилась до 37,8% ($p<0,05$). Дополнительное назначение альфа-липоевой кислоты снизило частоту нейропатической боли на 11%, общий индекс боли – на 21,1%, побочные эффекты фармакотерапии – на 80% ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У каждого третьего пациента с ХАП-ШВ категории при использовании опросника DN4 выявляются признаки нейропатической боли. Патогенетически оправданной фармакотерапевтической опцией для данной категории пациентов может считаться дополнительное назначение альфа-липоевой кислоты.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Базовые исследования

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ СХТБ/ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

А.С. Соловьёв¹, М.И. Азизов², Д.Н. Щедров¹,
С.А. Жигалов¹, И.И. Можжев³, А.Н. Чирков¹,
И.С. Шорманов¹

¹Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

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

³ГБКУЗ ЯО «Центральная городская больница»,
Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, СХТБ, α -липоевая кислота.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на то, что в общей структуре воспалительных заболеваний предстательной железы ХАП ШВ-категории составляет около 90%, его патогенез до сих пор остается не до конца изученным. Тем не менее в течение последних лет интерес исследователей направлен на изучение такого потенциального механизма ХАП ШВ-категории, как окислительный стресс, который пре-

тендует на фундаментальную патогенетическую роль при большинстве современных неинфекционных заболеваний человека. Исходя из этого, возникает необходимость введения в практику ведения пациентов, страдающих ХАП ШВ антиоксидантов. Одним из таких препаратов является α -липоевая кислота (АЛК). *Цель исследования:* оценить возможности α -липоевой кислоты в лечении пациентов с ХАП ШВ-категории.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ние ИКЖ у больных 2-й группы, в отличие от 1-й группы, после лечения максимально приближалось к среднему значению ИКЖ у здоровых мужчин контрольной группы, совпадая с ним ($p < 0,05$).

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование АЛК в комплексной терапии пациентов с хроническим абактериальным простатитом ШВ-категории позволяет существенно повысить эффективность лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Диагностика, лечение консервативное и хирургическое

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК УРЕТРЫ И/ИЛИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Н.И. Чернова¹, Н.В. Фриго¹, Т.Г. Маркосян^{1,2},
А.Я. Атабиева¹

¹ГБУЗ Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗ г. Москвы

²Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аногенитальные бородавки, витамин D, цинк, ПЦР в реальном времени, ВПЧ-инфекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы отмечается увеличение количества случаев аногенитальных бородавок с поражением наружного отверстия мочеиспускательного канала, уретры, представляющих значительные трудности в ведении пациентов,

в связи с частыми рецидивами, выражающимися не только в появлении повторных высыпаний, но и прогрессировании процесса с увеличением количества новообразований, их диссеминации, инфильтрации подлежащих тканей, осложненных форм течения. *Цель исследования:* повышение эффективности терапии рецидивирующих аногенитальных бородавок.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 25 мужчин в возрасте от 24 до 50 лет с диагнозом «рецидивирующие аногенитальные бородавки уретры и/или полового члена». Всем пациентам проведено лабораторное обследование, включающее определение ИППП в эякуляте, генотипирование ВПЧ в соскобах с поверхности высыпаний при помощи ПЦР в реальном времени, определение уровня 25(ОН)D и цинка в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех больных аногенитальные бородавки сопровождалась слабым зудом и жжением в области высыпаний. На основании перенесенной и сопутствующей патологии, приема лекарственных препаратов, образа жизни пациентов определены триггеры аногенитальных бородавок: у 7 мужчин высыпания появились после перенесенной инфекции COVID-19, у 4 больных отмечены нарушения стула, у 8 – избыточная масса тела и инсулинрезистентность. При анализе результатов исследования концентрации витамина D в сыворотке крови был выявлен: выраженный дефицит – у 8 человек, дефицит – в 14 случаях, недостаточность – у 3 мужчин. Всем пациентам был рекомендован витамин D по 10 000 МЕ утром, во время еды в течение двух месяцев. Анализ результатов исследования концентрации цинка в сыворотке крови пациентов с рецидивирующими аногенитальными бородавками выявил показатели: ниже референсных значений – в 16 наблюдениях. Данной группе пациентов был рекомендован хелат цинка 25 мг 1 раз в день после еды один месяц.

При исследовании эякулята молекулярно-биологическим методом при помощи ПЦР в реальном времени обнаружена ДНК *T. Vaginalis* – у 2 мужчин, ДНК *S. Trachomatis* – в 1 случае, *M. Genitalium* – у 1 пациента. Повышенные концентрации *G. Vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella bivia*, *Streptococcus agalactiae*, *St. Aureus*, *Ureaplasma spp.* и/или *M. Hominis*,

Candida spp. у 14 пациентов, в коинфекции HSV I/ II и/или CMV, вируса Эпштейн-Барр – у 9 человек. Следует отметить, что выявление ДНК герпес вирусов отмечалось в отсутствии клинических проявлений и было обусловлено реактивацией хронической инфекции. Таким образом, в ходе обследования отмечено частое сочетание нарушений микробиоценоза мочевого тракта и рецидивирующих аногенитальных бородавок (56%).

Анализ частоты выявления генотипов ВПЧ у пациентов, принявших участие в исследовании, показал, что наиболее часто определялись ДНК ВПЧ 6/11 генотипов в 19 и 10 случаях соответственно. В 17 случаях отмечалось коинфицирование ВПЧ: у 5 больных – сочетание ВПЧ 6 и 11 генотипов, у 9 пациентов – коинфицирование ВПЧ 11 и 16 генотипов, у 3 – коинфицирование 6, 11 и 52 генотипов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании полученных данных представляется обоснованной и универсальной комбинация консервативного и хирургического лечения. При наблюдении за пациентами в течение 6 месяцев отмечена ремиссия у 23 человек, рецидивы – у 2 пациентов с бородавками в терминальном отделе уретры (1 пациент – мужчина, предпочитающий секс с мужчинами, в 1 – реинфекция *M. Genitalium*).

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Диагностика

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОВЕНОИДНОГО ПАПУЛЕЗА У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ МУЖЧИН

Н.И. Чернова¹, Н.В. Фриго¹, Т.Г. Маркосян^{1,2}

¹ГБУЗ Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗ г. Москвы

²Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ВПЧ-инфекция, бовеноидный папулез, витамин D.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Бовеноидный папулез (Bowenoid papulosis) – мультицентрический пигментный вирусный папулез, вызывается вирусами папилломы человека (ВПЧ), передаваемыми преимущественно половым путем. Понимание факторов, которые могут способствовать прогрессированию ВПЧ-инфекции имеет решающее значение для усилий по предотвращению рецидивов бовеноидного папулеза и канцерогенеза. Данные современных фундаментальных и клинических исследований показывают, что функции витамина D не ограничены только лишь контролем кальций-фосфорного обмена, имеют также ключевое значение в модуляции клеточного роста, иммунитета и воспаления. Изучение особенностей клинического течения бовеноидного папулеза представляет большой научный, практический и социальный интерес. *Цель исследования:* изучение клиники, этиологии бовеноидного папулеза, уровня концентрации 25 (ОН) D в сыворотке крови пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 17 мужчин в возрасте от 23 до 45 лет с диагнозом «бовеноидный папулез». Помимо физикального обследования выполнена индикация ВПЧ при помощи типирования и количественного определения вируса папилломы человека методом ПЦР («HPV КВАНТ») «HPV КВАНТ-21» (6,11,16,18,26,31,33,35,39,44,45,51,52,53,56,58,59,66,68,73,82), а также оценена концентрации 25 (ОН) D в сыворотке крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с тандемным масс-спектрометрическим детектором (ВЭЖХ-МС/ МС) на жидкостном хромато-масс-спектрометре с тройным квадрупольным масс-анализатором LCMS-8060, Shimadzu.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее часто новообразования локализованы на головке полового члена – 5 случаев, реже на крайней плоти – у 3 человек, на теле пениса – у 3 мужчин, в перианальной зоне – у 2 пациентов, лобке – 1, мошонке – 1, множественная локализация (головка/крайняя плоть/ тело пениса/ пах/ лобок) – в 2 случаях. Клиническая картина представлена в виде плоских папул, бляшек белого цвета, четко очерченных, с гладкой по-

верхностью (лейкоплакия подобная форма) отмечались у 3 мужчин. Высыпания в виде лихеноидных и пигментированных папул диаметром 2–4 мм розового, фиолетового, коричневого, желто-коричневого цвета, часто сливающиеся в бляшки неправильной формы с бархатистой поверхностью (лихеноидная форма) наблюдались у 9 мужчин, эритематозные пятна (эритематозная форма) розового или коричневого, кофейного цвета, неправильной формы, с бархатистой поверхностью регистрировались у 5 мужчин.

При молекулярно-биологическом исследовании наиболее часто определялся ВПЧ 16 типа (11 случаев [34,4%]), тип 51 (15,6%); 33 генотип (12,5%). Отмечена связь частоты рецидивов БП с концентрацией 25-гидроксивитамина D. В 14 наблюдениях с частыми рецидивами заболевания зарегистрирован выраженный дефицит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее часто у сексуально активных мужчин наблюдается лихеноидная форма бовеноидного папулеза в виде бляшек неправильной формы с бархатистой поверхностью на головке и крайней плоти, ассоциированных с ВПЧ 16, 51 генотипов. В случае рецидивирующих форм заболевания определялась низкая концентрация гидроксивитамина D в сыворотке крови.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфекции мужских половых органов

Рубрика: Диагностика и лечение

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ВЕДЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРУТОМ
ГИДАТИДЫ ЯИЧКА ВО ВЗРОСЛОЙ
УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

И.С. Шорманов¹, Д.Н. Щедров^{1,2}, Д.Ю. Гарова¹,
А.И. Рыжков¹

¹ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России,
Ярославль

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая
больница», Ярославль

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидатиды яичка, взрослые, перекрут, отдаленные результаты

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перекрут гидатиды яичка или придатка яичка как самостоятельная нозология во взрослой урологической практике редко диагностируется при поступлении в урологический стационар. Чаще диагноз выставляется уже при оперативных вмешательствах по поводу острого эпидидимита. Мало внимания уделяется данной патологии и в печати, а уж тем более не существует алгоритмов ведения таких пациентов. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты различных вариантов лечения перекрута гидатиды яичка, диагностированного у лиц старше 18 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были сформированы три группы пациентов (возраст – от 19 до 46 лет, средний возраст – $29,8 \pm 7,7$) в зависимости от методов лечения: первая – получавшие консервативное лечение при неосложненном течении ($n=17$), вторая – оперированные при осложненном течении ($n=16$) и третья – получавшие консервативное лечение при осложненном течении и ввиду его неэффективности с последующим оперативным вмешательством ($n=17$). Осложненным считали течение заболевания при наличии воспалительных изменений органов мошонки. Также введена в анализ контрольная четвертая группа ($n=16$), состоящая из здоровых мужчин 20–45 лет. Оценка исходов лечения проводилась через 9–12 месяцев после острого эпизода. При анализе результатов применялись: оценка клинических критериев, УЗИ органов мошонки и УЗДГ сосудов мошонки. Анализировались следующие параметры: наличие орхалгии, фиксация яичка в мошонке, частота асимметрии объема гонад, степень асимметрии в процентах, частота асимметрии скоростей тестикулярного кровотока, соотношение скоростей тестикулярного кровотока, индекс резистентности яичковой артерии (R_i).

Оценка нарушений репродуктивной функции проводилась по следующим критериям: оценка эндокринного статуса (тестостерон, ЛГ и ФСГ), MAR-тест, анализ спермограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка клинических критериев и данных УЗИ и УЗДГ не выявили статистически достоверных различий между пациентами 1-й и 2-й групп с контрольной ($p > 0,05$). В 3-й группе оцениваемые показатели были достоверно хуже ($p < 0,05$). Выше частота послеоперационной орхалгии

(29,4%), чаще выявляется асимметрия объемов гонады от контралатеральной (47,1%), отмечено снижение скоростей тестикулярного кровотока на $16 \pm 2,1\%$ и снижение R_i яичковой артерии на $19,3 \pm 0,9\%$.

Оценка эндокринной функции не показала значимого отличия исследуемых групп от контрольной. При анализе спермограммы у ряда пациентов выявлены такие варианты патоспермии, как снижение подвижности сперматозоидов (астенозооспермия) и повышение количества сперматозоидов с измененной морфологией (тератозооспермия). Наибольшее число этих изменений приходится на третью группу пациентов – 23,5 и 29,4% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Консервативное лечение перекрута гидатиды при неосложненном течении показало хорошие отдаленные результаты. Аналогичные показатели получены при хирургическом лечении осложненного течения перекрута гидатиды яичка. Консервативная терапия при наличии воспалительных изменений в отдаленных результатах приводит к нарушению сперматогенеза и гипотрофии яичка. Это позволяет оперативное лечение считать методом выбора только при лечении осложненного перекрута гидатиды.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ И ПКР. РЕЗУЛЬТАТЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Хирургическое лечение рака почки

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕФРЕКТОМИИ

И.А. Абоян¹, С.М. Пакус¹, С.В. Грачев¹,
К.В. Березин¹

¹Онкоурологическое отделение, ГБУ РО «КДЦ
«Здоровье», Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

резекция почки, робот-ассистированная
резекция почки, рак почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Робот-ассистированная резекция почки является наиболее современным методом хирургического лечения новообразований почки, позволяющим достичь наилучших результатов 5- и 10-летней канцерспецифической выживаемости. Функция почки после РАПН зависит от количества сохраненной почечной паренхимы, продолжительности времени ишемии, техники резекции и ренорафии. *Цель исследования:* оценка современных хирургических приемов, направленных на оптимизацию результатов робот-ассистированной резекции почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2015 по 2022 г. 492 пациентам выполнена робот-ассистированная резекция почки по поводу ПКР. Возраст пациентов составил 64 года (48–74 года), размер образований почек – 1,5–7,8 см (средний размер – 3,5 см). Оперативное лечение выполнялось с использованием роботической системы DaVinci Si, DaVinci Xi. Время оперативного вмешательства – 45–167 мин (среднее время – 68 мин). После установки троакаров, стыковки роботической системы, мобилизации почки, выделения опухоли и почечных сосудов, а также установки гемостатических клипс проводилась резекция почки с использованием предложенных нами хирургических приемов. С целью улучшения результатов хирургического лечения нами

использовались следующие хирургические приемы: пространственное (скульптурное) иссечение опухоли, ренорафия с прошиванием минимального объема почечной паренхимы, использование техники «раннего снятия» зажима с почечной артерии, выборочная артериальная компрессия с целью достижения опухоль-специфической девакуляризации, а также снижение времени тепловой ишемии. Статистический анализ результатов лечения проводили с помощью программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0. Для сравнения групп пациентов использовали модуль t-test для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами получены следующие результаты. Повреждение магистральных сосудов имело место в 0,4% (2 пациента), конверсии – в 0,6% случаев (3 пациента), нефрэктомия – 0,4% (2 пациента), средний объем кровопотери – 120 мл, среднее время ишемии – 11 мин, местный рецидив – 1,6% (8 пациентов), в 0,8% случаев (4 пациента) развилось кровотечение, потребовавшее селективной ангиографии почечных сосудов с последующей эмболизацией. Такие осложнения, как развитие ОПН, забрюшинная гематома, не зафиксировано ни у одного оперированного пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Робот-ассистированная резекция почки – перспективный и безопасный метод оперативного лечения новообразований почки. Описанные нами хирургические приемы позволяют минимизировать количество периоперационных осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний

Рубрика: Хирургическое лечение новообразований почки

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

И.А. Абоян¹, Я.В. Куликовских¹,
Д.С. Лужанский¹, С.М. Пакус¹

¹Урологическое отделение, ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ангиомиолипома почки, эндоваскулярные вмешательства, селективная эмболизация ангиомиолипом почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ангиомиолипома (АМЛ) почки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль почки. До сих пор отсутствует единая принятая тактика ведения данной категории пациентов. Мировой опыт эндоваскулярного лечения АМЛ почки представлен либо отдельными клиническими случаями, либо небольшими группами наблюдений. В то же время эмболизация АМЛ почки является перспективным методом лечения, позволяющим малоинвазивным путем уменьшить размер опухоли и сохранить функцию почки с минимальным риском развития осложнений. *Цель исследования:* оценить технический успех, эффективность и безопасность эндоваскулярной эмболизации ангиомиолипомы почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2021 г. в нашем центре начато ведение регистра больных с АМЛ почки. В настоящее проспективное исследование включены 11 пациентов с АМЛ почки, которым была выполнена процедура эмболизации питающих опухоль сосудов. 9 из них (82%) – женского пола, 2 (18%) – мужского пола. Медианный возраст составил 36 лет (диапазон – 25–42 года). Медианный размер и объем опухоли составил 5,4 см (диапазон – 4,2–8,1 см) и 53,2 мл (диапазон – 33,9–214,5 мл) соответственно. Для эмболизации в 100% случаев использовались микросферы. Анализировались технический успех вмешательства, определяемый как отсутствие контрастирования опухоли при постэмболизационной ангиографии,

уменьшение размеров опухоли по данным инструментальных методов диагностики в динамике после вмешательства, наличие осложнений после вмешательства (кровотечение, постэмболизационный синдром (ПЭС), нецелевая эмболизация). Статистический анализ результатов лечения проводили с помощью программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0. Для сравнения групп пациентов использовали модуль t-test для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Технический успех вмешательства составил 100%. Среднее процентное снижение диаметра и объема опухоли через 12 месяцев наблюдения составило 33,8% (22,5–49,3%) и 66,1% (42,3–78,5%) соответственно. У 8 из 11 пациентов наблюдался ПЭС, который купировался консервативно в течение нескольких суток после вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмболизация ангиомиолипомы почки является эффективным и безопасным методом лечения. При минимальной инвазивности данный метод лечения позволяет добиться оптимальных результатов в виде уменьшения объемов опухоли.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний

Рубрика: Эндоваскулярная хирургия доброкачественных образований почки

ОПЫТ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ

П.Д. Бессонов, И.В. Баженов,
В.Е. Шерстобитов, С.А. Бурцев, Д.А. Деминов,
И.И. Кузуб, Е.С. Филиппова, А.В. Зырянов

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», Екатеринбург, Россия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ангиомиолипома составляя 3–5% всех новообразований почек. В 40% случаев ангиомиолипомы протекают бессимптомно, в 25–50% осложняются кровотечением. *Методы лечения:* 1 – динамическое наблюдение; 2 – химиотерапия (Сунитиниб); 3 – резекция почки; 4 – эндо-

васкулярная селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы.

Проведена оценка эффективности и безопасности эндоваскулярной селективной эмболизации ангиомиолипомы почки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2018 по 2022 г. на базе Областного урологического центра ГАУЗ СО «СОКБ № 1» по поводу ангиомиолипомы почки прооперированы 23 больных – 20 (86,9%) женщин и 3 (13,1%) мужчины. В 20 (86,9%) случаях выполнена эмболизация сосудов, 3 (13,1%) пациентам выполнена резекция почки. Объем обследования: УЗИ, КТ с внутривенным контрастированием препаратом «Ультравист 370». Показания к эмболизации ангиомиолипомы являлись увеличение образования в объеме (более 30% в течение года), внутриопухолевые кровоизлияния, забрюшинные гематомы, компрессия ЧЛС, размер более 70–80 мм. В 4 (17,4%) случаях диагностирована забрюшинная гематома.

В 14 (60,8%) случаях использовалась эмболизация при помощи сферических микрочастиц Embosene 400 мКм, в 5 (21,7%) случаях – конгезивной клеевой композицией ONYX 18 (15,7%). 2 (8,7%) пациентам использована комбинированная технология, 4 (17,4%) пациентам выполнена резекция почки.

Осложнения: после проведения селективной эндоваскулярной эмболизации ангиомиолипомы почки у всех пациентов в 1-е сутки был выражен болевой синдром. У 15 (65,2%) из 23 пациентов в 1-е сутки отмечалась гипертермия выше 37,5 °С. Симптомы регрессировали на 3-и сутки на фоне антибактериальной и противовоспалительной терапии.

При дальнейшем наблюдении пациентам рекомендовано УЗИ-контроль в динамике 1 раз в 3 месяца и КТ органов брюшной полости с контрастированием через 6 месяцев. Было выявлено уменьшение объема эмболизированного образования на 30% от исходного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы почки является эффективным методом лечения пациентов с ангиомиолипомой почки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Контроль эффективности фокального лечения опухоли почки при помощи контраст-усиленного ультразвука

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК В КРАТКОСРОЧНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ

С.В. Вовденко¹, А.О. Морозов¹, С.Х. Али¹,
Е.А. Безруков¹

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

опухоль почки, фокальное лечение, криоабляция опухоли, контраст-усиленный ультразвук.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контраст-усиленный ультразвук (CEUS) – метод, позволяющий визуализировать опухоль почки, не имеющий лучевой нагрузки. Задачей исследования была оценка диагностической точности методики в определении рецидива после фокального лечения опухолей почек в краткосрочной и долгосрочной перспективе по сравнению с МРТ и МСКТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен систематический обзор и метаанализ литературы из баз Scopus и Medline по запросу (kidney OR rena* OR RCC) AND (ablation OR RFA OR MWA OR cryo*) AND CEUS.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе краткосрочного наблюдения (до 6 недель) общая чувствительность равнялась 89% (95% ДИ 0,75–0,97), I²=36,8%; общая специфичность – 99% (95% ДИ 0,96–1,00), I²=23,1%. В ходе ROC анализа площадь под кривой равнялась 0,99. В группе наблюдения >6 недель общая чувствительность равнялась 74% (95% ДИ 0,55–0,88, p=0,0002), I²=73%; общая специфичность – 95% (95% ДИ 0,92–0,97, p=0,0001),

$\Gamma^2=74,5\%$. В ходе ROC анализа площадь под кривой равнялась 0,97.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

CEUS имеет высокую точность, сравнимую с традиционными методами визуализации в оценке местного рецидива опухоли почки в долгосрочном периоде наблюдения (>6 недель) после фокального лечения. Необходимы дополнительные проспективные исследования для получения значимых данных о результатах CEUS в более ранние сроки или интраоперационно.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Хирургическое лечение с применением роботизированной техники из ретроперитонеоскопического доступа

РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

А.Ю. Вотяков¹, Я.Н. Чернов¹, Д.В. Чиненов^{1,2}, А.А. Курбанов², Е.В. Шпоть^{1,2}

¹Клиника урологии Университетской клинической больницы № 2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, ретроперитонеоскопическая резекция почки, робот-ассистированные операции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПКР составляет 3% всех опухолей с самым высоким уровнем заболеваемости в западных странах. «Золотым стандартом» лечения локализованных форм ПКР остается лапароскопическая резекция почки. Впервые в России проводится проспективное клиническое исследование эффективности и безопасности использования роботизированной техники ретроперитонеоскопической резекции почки. *Цель исследования:* оце-

нить эффективность и безопасность робот-ассистированной ретроперитонеоскопической резекции почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с сентября 2021 г. по март 2023 г. проведен проспективный анализ 255 пациентов с опухолью почки cT1a-cT2a. Из них у 16 была выполнена робот-ассистированная ретроперитонеоскопическая (PaRPP) и у 152 лапароскопическая резекция почки (ЛРП). Все пациенты на догоспитальном этапе прошли мультиспиральную компьютерную томографию органов брюшного пространства с контрастированием с последующим трехмерным моделированием. Во всех случаях применения ретроперитонеоскопического доступа опухоли располагались по задней поверхности, ребру или в нижнем сегменте. В ходе исследования регистрировались критерии почечной трифекты, данные длительности операций, объема кровопотери, времени ишемии, степени осложнений по шкале Clavien-Dindo, хирургическом крае, сроке пребывания в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние показатели продолжительности операции, объема кровопотери, времени ишемии, степени осложнений по шкале Clavien-Dindo, сроке пребывания в стационаре в группах PaRPP и ЛРП составляют соответственно 63 и 71 мин, 85 и 112 мл, 11 и 17 мин, ≥ 2 степени в обеих группах, 4 и 5 дней ($p < 0,05$). При анализе патоморфологических результатов у одного пациента в группе ЛРП отмечен положительный хирургический край. Выполненные критерии почечной трифекты при брюшинном робот-ассистированном подходе составили 90,6%, а при лапароскопической резекции – 87,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

PaRPP является безопасной и эффективной методикой и демонстрирует результаты, сравнимые с результатами при использовании трансперитонеального доступа, что подтверждается более коротким временем операции, меньшей кровопотерей, более коротким сроком госпитализации по сравнению с пациентами, отобранными для ЛРП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Лапароскопическая резекция опухоли верхнего полюса почки, техника выполнения, результаты

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ПОЧКИ ПУТЕМ ЕЕ РОТАЦИИ ВОКРУГ СОСУДОВ

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Х.Х. Ягубов²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Маршинской больницы, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, опухоль почки, резекция почки, ротация.

ВВЕДЕНИЕ / ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определенные сложности возникают при лапароскопической резекции опухолей верхнего полюса почки, доступ к которым затруднен даже при забрюшинном доступе. Усовершенствование техники их резекции является актуальным для органосохраняющей хирургии ренальных новообразований. *Цель исследования:* изучение результатов лапароскопической резекции опухоли верхнего полюса путем ротации почки вокруг сосудов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были идентифицированы 16 пациентов с опухолями верхнего полюса по задней поверхности, которым произведена лапароскопическая резекция с применением метода ротации почки вокруг ее сосудов. Мужчин было 10 (62,5%), женщин – 6 (37,5%), средний возраст – 58,6 года. Сравнительную группу составили 22 пациента с опухолями нижнего полюса почки. Мужчин было 15 (68,2%), женщин – 7 (31,8%), средний возраст – 61,2 года. Возраст, пол, индекс массы тела, предоперационный уровень креатинина были одинаковыми между двумя группами. Средний размер опухоли также был сопоставим в группах (3,0/2,8 см, $p=0,24$). Опухоли нижнего и верхнего полюсов были в основном экзофитными (72,7 и 68,8%), а разница в количестве эндофитных образований также была незначимой

(9,1 и 12,5%, $p=0,72$). В обеих группах после резекции опухоли уточняли длительность операций, время тепловой ишемии, объем кровопотери, время нахождения в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все операции были завершены лапароскопическим доступом, конверсии в открытое вмешательство не было. Среднее время операции, предполагаемая кровопотеря и время ишемии существенно не различались между группами. В группе больных с опухолями нижнего и верхнего полюсов среднее время операции составило 116 и 128 мин ($p=0,02$), ВТИ – 18,5 и 20,4 мин ($p=0,45$) и объем кровопотери – 205 и 240 мл ($p=0,55$). Высокой степени осложнения по Клавьюну были выше у больных с опухолями верхнего полюса, чем при образованиях нижнего полюса (12,5% против 4,5%, $p=0,07$). Все они были связаны с кровотечением. Случаев подтекания мочи по дренажу и травмы соседних органов не наблюдались. Почечно-клеточный рак был подтвержден у 86,4 и 81,3% пациентов в исследуемых группах. Между ними также наблюдалась аналогичная продолжительность пребывания в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опухоли верхнего полюса почки являются показанием к трансперитонеальной мобилизации почки и ротации ее вокруг сосудов, что облегчает резекцию новообразования.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения
Рубрика: Робот-ассистированная резекция почки, техника выполнения, результаты

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ: ВСЕГДА ЛИ НУЖЕН 4 МАНИПУЛЯТОР

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Р.Р. Болотоков²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Маршинской больницы, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, резекция почки, робот Да Винчи, резекция роботом.

ВВЕДЕНИЕ / ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При стандартных онкоурологических операциях роботом Да Винчи, а также при робот-ассистированной парциальной нефрэктомии (РАПН) обычно используются все 4 роботические руки. Однако использование 4 рук, в особенности у пациентов астенического сложения, когда рабочее пространство в брюшной полости ограничено, нередко проблематично из-за конфликта с другими инструментами. Кроме того, приходится учитывать стоимость расходного материала и самого инструмента. *Цель исследования:* сравнительный анализ результатов РАПН с использованием 3 или 4 рук робота Да Винчи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ данных 76 пациентов, которым выполнена РАПН. Больные были разделены на две группы: I группа – 36 пациентов, которым выполнена РАПН с тремя руками; II группа – 40 больных, которым РАПН выполнена с помощью всех 4 рук. Ретроспективно были проанализированы характеристики пациентов и опухолей, среднее время операции и объем кровопотери, время тепловой ишемии, сроки пребывания в стационаре, пред- и послеоперационная функция почек и онкологические результаты. Все 30-дневные осложнения РАПН проспективно регистрировались и оценивались по классификации Клавьяна. Для оценки достоверности сравниваемых параметров использовали крите-

рий Стьюдента для параметрических и Манна-Уитни для непараметрических данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Между группами в зависимости от возраста и пола больных, локализации опухолей и их сложности по шкале RENAL значимой разницы не было. Среднее время операции в I группе, несмотря на одинаковое количество сложных опухолей, составило 85 мин (60–125 мин), во II группе – 92 мин (70–140 мин). Среднее время тепловой ишемии почки в I группе было 16,5 мин, а во II группе – 17,2 мин. Средний объем кровопотери в I группе составил 180 мл, во II группе – 210 мл, наблюдаемая разница не была значимой. Между двумя группами значимой разницы в времени операции и тепловой ишемии, объему кровопотери и количеству осложнений не было. Также не установлена значимая разница в онкологических (положительный хирургический край) и функциональных результатах. РАПН с тремя руками позволяет исключить использование зажима ProGrasp, стоимость которого на одну операцию составляет 25 тыс. руб., а стерильного чехла – 5 тыс. руб. Кроме того, нужно учитывать стоимость амортизации самой роботической руки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РАПН с тремя и четырьмя руками имели одинаковые онкологические и послеоперационные результаты с минимальными периоперационными осложнениями. Метод с тремя руками безопасен и выполним, независимо от сложности и размера опухоли. Кроме того, использование метода с тремя руками позволяет снизить затраты на операцию на одного пациента.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Базовые исследования.

Пути решения проблем, связанных с синдромом ишемии-реперфузии

АСПЕКТЫ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПОЧКИ. ВЗГЛЯД ОДНОГО ЦЕНТРА

Р.Г. Гусейнов^{1,3}, С.В. Попов¹, А.Ю. Винокуров²,
Д.Ю. Попов², Е.В. Потапова², А.В. Дунаев²,
К.В. Сивак^{1,4}, В.В. Перепелица¹, Н.С. Буненков^{1,5}

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

²Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орел, Россия

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

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ишемия-реперфузия, рак почки, фумарат натрия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов нефропротекторной активности натрия фумарата при лапароскопической резекции почки с тепловой ишемией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С марта 2014 г. по февраль 2023 г. в больнице Святителя Луки по поводу ПКР в стадии T1a-b прооперированы 312 пациентов в возрасте от 49 до 77 лет. С учетом времени тепловой ишемии (15 мин, 15–30 мин и 30–45 мин) и медикаментозного сопровождения (водный 15%-ный раствор натрия фумарата, фуросемид или маннитол) ЛРП сформировано шесть групп больных, у которых оценивали содержание в сыворотке крови и моче ренального биомаркера NGAL, цистатина С, KIM-1 (Kidney Injury Molecule-1, молекула повреждения почек-1), маркера L-FABP (Fatty Acid-Binding Protein), креатинина.

Также был сформирован протокол моделирования гипоксии с применением химического связывания кислорода. Поставлена задача выбора методологии создания условий гипоксии в кле-

точной культуре, а также регистрации происходящих изменений в течение периода времени, сопоставимого с продолжительностью ТИП. Выбранная стратегия с использованием 5 мМ дитионита натрия, обеспечивает содержание растворенного кислорода в среде на уровне 1–2% от насыщения в течение 45 мин. Контроль состояния культуры может быть осуществлен с использованием окрашивания Hoechst 33342 и последующим подсчетом доли апоптотических клеток с измененной морфологией ядер или определением увеличения интенсивности флуоресценции зонда, сопровождающего гибель клеток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов в первые 24–72 ч после ЛРП наблюдался пикообразный «взлет» значений всех показателей (за исключением креатинина). Затем следовала регрессия биохимических сдвигов. Выраженность нарушений находилась в прямой зависимости от времени ТИП и состава фармакологической защиты. Наилучшее качество нефропротекции получено при использовании натрия фумарата. Например, через 24 ч после 30–45-минутной тепловой ишемии почки уровень s-NGAL был ниже показателя на фоне действия маннитола (контрольная группа) и фуросемида на 67 и 45% соответственно.

По результатам протокола моделирования гипоксии видно, что, восстанавливаясь на комплексе II дыхательной цепи митохондрий, фумарат выступает в качестве акцептора электронов вместо кислорода и позволяет некоторое время обеспечивать работу как комплекса I, так и F1-F0-АТФ-синтазы. В присутствии фумарата наблюдается плавное снижение митохондриального потенциала, которое не приводит к фатальным последствиям, связанным с переходом комплекса V в инверсный режим и, следовательно, расходом АТФ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты биохимического тестирования пациентов, перенесших ЛРП и 15–45-минутную ТИП на фоне действия фумарата натрия, свидетельствуют о высокой нефропротекторной активности натрия фумарата, целесообразности и оправданности его применения при хирургических вмешательствах. Анализ автофлуоресценции ФАД, который является коферментом комплекса II дыхательной цепи, подтверждает тот факт, что фумарат выступает как эффективный акцептор

электронов, что в условиях гипоксии может обеспечить его существенное защитное действие.

Благодарности/Источники финансирования: Исследование выполнено при поддержке РФФ в рамках проекта № 21-15-00325.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Диагностика

ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ 3D-ИЗОБРАЖЕНИЙ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ КЛЕТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ (G) РАКА ПОЧКИ

Х.М. Исмаилов¹, А.В. Проскура¹, Д.Н. Фиев¹,
Е.С. Сирота¹, Е.В. Шпоть¹, В.В. Козлов²,
М.М. Черненький¹, И.М. Черненький¹,
К.Б. Пузаков¹, К.Р. Азильгареева¹, Д.В. Бутнару¹,
А.З. Винаров¹, П.В. Глыбочко¹

*¹Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека Первого МГМУ им.
И.М. Сеченова (Сеченовский университет),
Москва, Россия*

*²Кафедра общественного здоровья
и здравоохранения им. Н.А. Семашко
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, 3D-моделирование, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из основных задач в диагностике и лечении пациентов со злокачественными новообразованиями почки является определение их степени дифференцировки и градации. В последние годы рассматривается возможность применения МСКТ как малоинвазивного визуального метода диагностики в изучении строения опухоли почки. Мы представляем результаты собственного ретроспективного анализа корреляции общих (возраст, пол, максимальный размер образования) и морфотопометрических (сторона поражения, расположение по сегментам [верхний, средний, нижний] и поверхностям [передняя, задняя] почки, глубина инвазии, форма образования) факторов со степенью дифференцировки опухоли почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Степень клеточной анаплазии (G) злокачественных опухолей была определена в 231 наблюдении: G1 выявлена у 77 человек (33,3%), G2 –

у 129 человек (55,8%), G3 – у 24 человек (10,4%), G4 – у 1 человека (0,4%). В исследование были включены пациенты старше 18 лет, которым выполнено органосохраняющее пособие по поводу односторонней опухоли почки. Пациентам проводилась МСКТ с контрастированием с последующим 3D-моделированием.

Проведен однофакторный и многофакторный анализ для определения корреляции между общими, морфотопометрическими факторами и степенью злокачественности опухоли по данным гистологического заключения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты (n=231) были разделены на две группы: группа 1 (n=77) – с анаплазией высокой степени (G1); группа 2 (n=154) – с анаплазией низкой степени (G2-G4). Многофакторный анализ продемонстрировал, что низкая степень дифференцировки (G2-G4) опухоли почки статистически достоверно связана с ее интраорганным ростом (p=0,037). Высокая (G1) – с овальной (p=0,036), а также шаровидной с конусовидным основанием (p=0,018) формами новообразования (в однофакторном анализе – только с шаровидной с конусовидным основанием формой опухоли почки (p=0,029)). При однофакторном анализе статистически значимых предикторов степени злокачественности выявлено не было (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интраорганный рост является фактором, коррелирующим с низкой степенью дифференцировки рака почки. Высокая степень дифференцировки опухоли (G1) ассоциирована с овальной, а также шаровидной с конусовидным основанием формами новообразований почки и экзофитным ростом. В однофакторном анализе было установлено, что G1 коррелирует только с такой формой опухоли почки, как шаровидная с конусовидным основанием.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

С.В. Котов¹, Р.И. Гуспанов¹, Т.Г. Пивазян²

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»,
Москва, Россия

²ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Москва,
Россия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1960-х годов рутинная ипсилатеральная адреналэктомия (ИА) считалась неотъемлемым этапом удаления опухолей почки в рамках радикальной нефрэктомии. Однако последние десятилетия использование современных методов инструментальной диагностики сузили показания к адреналэктомии, что привело к более консервативным хирургическим подходам. По данным мировой литературы, частота метастазирования в ипсилатеральный и контрлатеральный надпочечники составляет 19 и 11,5% соответственно. Адреналэктомия на стороне поражения должна выполняться при подозрении на поражение или метастазирование в надпочечник по данным МРТ и/или КТ, при поражении опухолью верхнего полюса почки с Т3–Т4. *Цель исследования:* ретроспективная оценка частоты гистологического поражения надпочечника при оперативном лечении опухоли почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 14 пациентов, (12 мужчин [86%] и 2 [14%] женщины), которым в период с марта 2022 г. по март 2023 г. на клинической базе кафедры урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ММКЦ «Коммунарка») выполнено оперативное лечение по поводу опухоли почки. Средний возраст пациентов составлял 63,2 года (60–76 лет). Критерием включения в исследование являлось выполнение адреналэктомии при хирургическом лечении опухоли почки. Всем пациентам диагностика опухоли почки и надпочечника выполнялась с помощью МСКТ с в/в контрастированием.

По локализации у 2 пациентов опухоль почки была расположена в лоханке (14,2%), у 3 – в нижнем сегменте (21,4%), у 4 – в верхнем сегменте (28,5%), у 3 – в среднем сегменте (21,4%),

у одного пациента выявлено 2 опухолевых узла: в верхнем и среднем сегменте (8%). Средний размер опухоли почки составлял 38x44x46 мм. По данным КТ, только у 50% пациентов выявлено образование надпочечника. Средний размер образования надпочечника – 30x31x32 мм. Средний балл по нефрометрической шкале – RENAL 9,1 (6–12). Оперативные вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом: 3 пациентам (21,4%) выполнена резекция единственной почки с адреналэктомией; 8 пациентам (57%) выполнялась радикальная нефрэктомия с адреналэктомией, при этом 1 из 8 пациентов адреналэктомия выполнялась через 7 лет при наличии метастатического поражения; 3 пациентам (21,4%) выполнялась нефруретерэктомия с адреналэктомией, при этом 1 пациенту в данной группе выполнялась адреналэктомия через несколько лет после выявления метастатического поражения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным гистологического исследования, ткани надпочечника у одного пациента гистологическая картина метастатического поражения уротелиальной карциномы (7%), у 2 пациентов – метастатическое поражение светлоклеточным почечно-клеточным раком (14%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным проведенного нами исследования, среди пациентов, перенесших адреналэктомию при оперативном лечении по поводу рака почки, лишь у 21% выявлено метастатическое поражение надпочечника. Учитывая недостаточное количество пациентов для более объективной оценки результатов, требуется более долгосрочное наблюдение с большим количеством пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Сравнение оперативных доступов при резекции единственной почки, интраоперационные результаты, осложнения

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

С.В. Котов^{1,2,3}, Р.И. Гуспанов^{1,2,3}, А.Г. Юсуфов^{1,3}, Д.С. Кобзев^{1,3}, Д.А. Фозилов¹, А.А. Манцов¹

¹*Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, Москва, Россия*

³*4-е онкологическое отделение (онкоурологии), ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая резекция почки, единственная почка, почечно-клеточный рак.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опухоль единственной почки составляет менее 10% всех новообразований почечной паренхимы. Оптимальным методом лечения данной категории больных является резекция единственной почки (РЕП). *Цель исследования:* оценка клинической эффективности лапароскопической РЕП (ЛСК РЕП) в стадии T1 единственной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Университетской клинике урологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» на базе ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» с июня 2022 г. по февраль 2023 г. был проведен анализ 10 пациентов, которым выполнена ЛСК РЕП. Ранее всем пациентам была выполнена нефрэктомия по поводу почечно-клеточного рака (ПКР). Медиана возраста составила 54,1 (39–73) года. Медиана баллов по шкале RENAL – 7,2±2,0, по шкале PADUA – 7,4±2,0. Медиана СКФ – 45,1 (40–76) мл/мин/1,73 м², что соответствует ХБП II–III стадии у всех пациентов. В предоперационном этапе необходимость в программном диализе отсутствовала у всех пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции 72 (65–

140) мин. Шести пациентам выполнена РЕП с ишемией (60,0%), а 4 (40,0%) в условиях zero-ишемии. Медиана времени ишемии составила 15 (11–17) мин. Медиана кровопотери – 400 (100–700) мл. СКФ в раннем послеоперационном периоде 40,0 (35–69) мл/мин/1,73 м². Программный диализ не требовался ни в одном случае. Среднее время пребывания в стационаре 8,2 к/д (4–12 к/д). Частота послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo: не было отмечено. Гистологическое исследование выявило светлоклеточный ПКР у всех пациентов. Хирургический край – отрицательный во всех случаях. Рецидивирования за период наблюдения, который составил 6 месяцев, не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛСК РЕП позволяет пациентам с ПКР единственной почки своевременно предотвратить прогрессирование опухоли и сохранить качество жизни, избежав пожизненного гемодиализа. Более высокий балл по шкале RENAL и исходный уровень СКФ играют определяющую роль в исходе операции для пациента. Эти прогностические факторы следует своевременно оценивать у пациентов с высоким риском послеоперационной почечной недостаточности, требующей пожизненного гемодиализа.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Сравнение оперативных доступов при резекции почки, интраоперационные результаты, осложнения

СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

С.В. Котов^{1,2,3}, Р.И. Гуспанов^{1,2,3}, А.Г. Юсуфов^{1,3}, Д.С. Кобзев^{1,3}, А.А. Манцов¹

¹*Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, ФGAOУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, Москва, Россия*

³*4-е онкологическое отделение (онкоурологии), ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая резекция почки, ретроперитонеоскопическая резекция почки, почечно-клеточный рак.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор оперативного доступа при проведении резекции почки с опухолью зависит от размеров, локализации опухоли по отношению к поверхности почки, а также от балла нефрометрии по шкале R.E.N.A.L. *Цель исследования:* провести анализ периоперационных и функциональных результатов лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступа у пациентов с почечно-клеточным раком (ПКР), подвергшихся резекции почки (РП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Университетской клинике урологии ФGAOУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» на базе ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ» и ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» с 2016 г. по февраль 2023 г. проведен анализ 399 пациентов с ПКР, которым выполнена РП. Пациенты разделены на две группы в зависимости от операционного доступа: I группе, включающей 350 пациентов, выполнена РП лапароскопически, 49 пациентам из II группы – ретроперитонеоскопически. По классификации TNM пациенты со стадией T_{1a}N₀M₀ в I и II группе составило 233 (66,57%) и 46 (93,88%)

соответственно, а со стадиями T_{1b-2a}N₀M₀ в I и II группе составило 117 (33,43%) и 3 (6,12%) соответственно. Средний возраст пациентов I и II групп составил 62,24 и 63,0 года, средний ИМТ 29,39 и 29,17 кг/м². Средний балл нефрометрии по системе R.E.N.A.L. 7,27 и 6,66 соответственно. Медиана времени наблюдения составила 47 (4–76) месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции в I и II группах составила 134,72 (50–285) и 100,65 (55–190) мин, среднее время тепловой ишемии – 17,37 (6–42) и 16,92 (8–29) мин, а средняя кровопотеря – 114,27 (0–300) и 58,33 (0–2000) мл соответственно. СКФ в раннем послеоперационном периоде в I группе составила 58,99, а во II группе – 76,7 мл/мин/1,73 м². С целью оценки послеоперационных осложнений была применена шкала Clavien-Dindo. Осложнения в группе I и II: Clavien-Dindo I–II наблюдался в 35 (10,0%) и 2 (4,08%) случаях, а Clavien-Dindo III–IV в 6 (1,71%) и 0 случаях соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ретроперитонеоскопический доступ сопровождается меньшим временем операции, средней кровопотерей и лучшей послеоперационной функцией почки, а также меньшим количеством осложнений. Однако выбор операционного доступа не влияет на время тепловой ишемии. Ретроперитонеоскопический доступ наиболее благоприятен для опухолей легкой и средней степени сложности по шкале R.E.N.A.L.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения
Рубрика: Онкоурология

ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

И.Б. Кравцов, В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, С.В. Фастовец¹

¹Лаборатория комплексной диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой и репродуктивной систем у взрослых и детей, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ожирение почечно-клеточный рак.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Почечно-клеточный рак занимает одно из ведущих мест среди злокачественных новообразований мочеполовой системы с высоким риском летального исхода [1]. Недавно была опубликована обзорная статья, посвященная роли ожирения в развитии рака мочеполовой системы с особым акцентом на уротелиальный рак и рак предстательной железы [2]. У пациентов с ожирением отмечается высокий уровень гормона лептина, который взаимодействует со своим рецептором (LEPR), стимулируя пролиферацию и выживаемость рака, а также вовлекая пути MAPK, Jak/Stat и PI3K/AKT. [3]. *Цель исследования:* оценка прогностической эффективности индекса массы тела при хирургическом лечении ПКР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем центре с 2015 г. проведено хирургическое лечение 388 пациентам по поводу ПКР (200 мужчин, 188 женщин). Средний койко-день – 15. Средний индекс массы тела – 28,8 (избыточная масса – предожирение). Дефицит массы был у 1%, 25% имели нормальный ИМТ, 39% пациентов – предожирение, 24% – ожирение 1 степени, 8% – ожирение 2 степени, 4% – морбидное ожирение. Таким образом, 75% пациентов имели избыточную массу тела. Для решения вопроса о проведении вида хирургического лечения учитывалась локализация и размер опухоли, удаленность от собирательной системы и другие показатели, согласно нефрометрической балльной системе R.E.N.A.L., соматическое состояние пациента. Так, 46% выполнена нефрэктомия, осталь-

ным – резекция почки. В 2% случаев выполнено открытое хирургическое лечение. Средняя RENAL в группе резекций почки составила 5,9, размер опухоли – 34 мм, время операции – 113 минут, а кровопотеря 118 мл. В группе нефрэктомии ИМТ – 29, размер опухоли – 77 мм, время операции – 140 минут, кровопотеря – 460 мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашем анализе у 75% пациентов с почечно-клеточным раком имелось ожирение различной степени, но это в итоге не влияло на выбор хирургического метода лечения. Однако полученные данные подтверждают, что ожирение стало одним из установленных и модифицируемых факторов риска развития ПКР как у мужчин, так и у женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Биологическая связь между раком и ожирением все еще не полностью изучена, хотя множество молекулярных механизмов было широко исследовано и постулировано. Поскольку распространенность ожирения растет, а его последствия могут иметь серьезные медицинские проблемы, взаимосвязь между ожирением и раком требует дальнейшего изучения научным сообществом во всем мире.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения
Рубрика: Онкоурология

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ 3-ТРОАКАРНОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

А.А. Курбанов¹, Я.Н. Чернов¹, Д.В. Чиненов¹, А.Ю. Вотяков¹, Е.В. Шпоть¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человек, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, почечно-клеточный рак, 3-троакарный доступ.

ВВЕДЕНИЕ

Опухоли почки составляют 2–3% в структуре опухолевой патологии, при этом в России опухоли занимают первое место среди других онкоурологических заболеваний, в США – третье место после рака предстательной железы и мочевого пузыря. В последние годы в условиях совершенствования медицинской техники отмечен значительный прогресс в эндовидеохирургии. К данным новым технологическим решениям относится и 3-троакарная техника. Методика, описанная в 1991 г. Ральфом Клейманом и принятая во всем мире, требует установки 4 или 5 троакаров. Введение троакаров также является одной из причин осложнений в эндовидеохирургии. Увеличение количества портов может приводить к усилению послеоперационной боли и повышению риска развития осложнений, связанных с возникновением гематом, раневой инфекции, грыж. Вышеизложенное побудило нас изучить и описать безопасность и эффективность использования современной 3-троакарной техники при резекции почки. *Цель исследования:* улучшение результатов лечения пациентов с опухолью почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое, проспективное, рандомизированное, контролируемое исследование, проведенное в 2021–2022 гг. В исследование были включены две группы – 200 пациентов. В основе исследования лежит гипотеза эквивалентности новой 3-троакарной техники традиционному 4-троакарному подходу в отношении первичной конечной точки – почечной трифекты. Критериями почечной трифекты являются время ишемии менее 25 мин, отсутствие осложнений по шкале Clavien-Dindo ≥ 2 категории, отрицательный хирургический край. Вторичными конечными точками являются интраоперационное время и кровопотеря, изменение уровня гемоглобина, креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Статистический анализ полученных данных был проведен при помощи R версия 4.2.1 (R Core Team).

РЕЗУЛЬТАТЫ

94% пациентов в группе 3-троакарной техники достигли первичной конечной точки – почечной трифекты. Стоит отметить, что все оперативные пособия не превышали 25-минутного диапазона ишемии, что являлось благоприятным ус-

ловием сохранения почечной функции в послеоперационном периоде. Длительность операции в среднем составила $77,98 \pm 46$ мин ($p < 0,0001$). Объем кровопотери составил $61,98–264,03$ мл, ($p = 0,002$). Повышение уровня креатинина после операции – $4–32$ г/л, ($p = 0,013$). Снижение СКФ после операции – от $6,02$ до $19,85$ ($p = 0,003$). Среднее пребывание в стационаре составило 3 дня (2–4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют говорить о безопасности и эффективности данной методики и демонстрируют сопоставимость результатов 3- и 4-троакарной техники резекции почки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Хирургическое лечение локализованного рака почки пожилых пациентов

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЧЕК

М. М. Мирзабеков¹, С.В. Попов¹, Р.Г. Гусейнов^{1,3}, Е.В. Помешкин¹, А.И. Неймарк², Б.А. Неймарк², В.В. Перепелица¹

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

²Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

опухоль почки, пожилой возраст, парциальная нефрэктомия, радикальная нефрэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время количество выполняемых органосохраняющих операций при локализованном раке почки значительно увеличилось. Одной из основных причин проведения резекции почки является факт, что нефрэктомия приводит к хронической болезни почек. Однако у пожилых больных лечение опухолей почек остается слож-

ной дилеммой. Одним из решений проблемы выбора метода оперативного лечения пожилых пациентов является проведение сравнительных исследований результатов радикальной и парциальной нефрэктомии. *Цель исследования:* оптимизация метода хирургического лечения пожилых больных с опухолью почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы 256 больных с локализованным раком почки, которые находились под активным динамическим наблюдением или подвергались хирургическому лечению на базе Центра эндоурологии и новых технологий СПб ГБУЗ «Клинической больницы Святителя Луки» с 2012 по 2022 г. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: в первую включены 146 больных среднего возраста и во вторую – 110 пожилых больных в возрасте от 60 до 75 лет. В каждой из анализируемых групп нами были выделены две подгруппы в зависимости от вида хирургического вмешательства (радикальная нефрэктомия или резекция почки).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало, что между двумя группами больных в зависимости от возраста не было достоверных различий по продолжительности хирургических вмешательств ($p=0,48$), объему кровопотери ($p=0,42$) и количеству интраоперационных осложнений ($p=0,36$).

В раннем послеоперационном периоде в I группе после РН и ПН нормальная СКФ наблюдалась у 34 и 54% больных, во II группе – у 31 и 52% больных. Функция почек значимо снижалась у больных обеих групп после РН ($p<0,05$). Результаты СКФ через 3 мес. после операции улучшались у больных после ПН, а в группе РН эти изменения были незначительными.

Через 3 мес. после резекции почки нормальная СКФ в I группе наблюдалась у 66% больных, во II группе – у 69% больных, что указывает на эффективность органосохраняющих операций у больных пожилого возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом:

1. Резекция почки у пожилых больных с почечно-клеточным раком является таким же безопасным и высокоэффективным методом лечения, как у пациентов среднего возраста.
1. Несмотря на снижение функции почек при нефронсберегающих вмешательствах в ран-

нем послеоперационном периоде, восстановление СКФ к третьему месяцу послеоперационного периода указывает на оправданность выполнения органосохраняющих операций у пациентов пожилого возраста, а полученные негативные данные результатов скорости клубочковой фильтрации после радикальной нефрэктомии подтверждают предпочтение органосохраняющей тактики лечения у этой категории пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Хирургическое лечение локализованного рака почки. Особенности лечения рака почки у «хрупких» пациентов

РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ

М.С. Мосоян¹, Д.А. Федоров¹, А.М. Симонян¹,
Е.С. Гилев¹

¹*Кафедра урологии с курсом роботической хирургии с клиникой, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, коморбидность, хрупкость, послеоперационные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Понятие «хрупкость» становится все более актуальным в медицине из-за старения населения и коморбидности. Почечно-клеточный рак (ПКР) является распространенным онкологическим заболеванием, хирургическое лечение которого у «хрупких» пациентов может быть затруднено из-за повышенного риска периоперационных осложнений. Робот-ассистированная хирургия стала минимально инвазивной альтернативой открытой хирургии, обладающей рядом преимуществ, включая низкую кровопотерю и быстрое восстановление после операции. Однако в литературе недостаточно данных о применении робот-ассистированного метода у «хрупких» пациентов. *Цель исследования:* оценить результаты

робот-ассистированных операций при локализованном раке почки у «хрупких» больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное в 2021–2022 гг. В исследование включены 197 пациентов с диагнозом новообразование почки в возрасте 31–83 лет, оперированных в 2012–2022 г. робот-ассистированным доступом. 135 (68,5%) пациентам выполнялась резекция почки, 62 (31,5%) – радикальная нефрэктомия. Хрупкость и коморбидность оценивались по индексу коморбидности Чарлсон (CCI), модифицированному индексу хрупкости (mFI-11). Средний период наблюдения составил $63,2 \pm 35,63$ (21–118) месяца. Острое повреждение почек определялось согласно критериям KDIGO. В группе пациентов, которым выполнялась резекция, «хрупкими» являлись 63 (46,7%) больных, у 72 пациентов (53,3%) не выявлено значимой коморбидности. В группе пациентов, которым выполнялась радикальная нефрэктомия, «хрупкими» являлись 42 (67,7%) больных, не являлись – 20 (32,3%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении робот-ассистированной резекции почки «хрупким» и «нехрупким» пациентам не было отмечено статистически значимых различий во времени операции (175 и 170 мин), консольном времени (104 и 98 мин), времени ишемии (13,8 и 13,6 мин), интраоперационной кровопотере (95,3 и 92 мл), осложнениях по Clavien-Dindo \geq III (4,8 и 4,2%), частоте развития острого повреждения почек (11,1 и 9,8%). Хирургический край резекции во всех случаях был отрицательным. Пятилетняя безрецидивная выживаемость наблюдалась в 100% случаев. При робот-ассистированной радикальной нефрэктомии «хрупким» и «нехрупким» пациентам не было выявлено статистически значимых различий во времени операции (197 и 189 мин), консольном времени (110 и 113 мин), интраоперационной кровопотере (178 и 171 мл), осложнениях по Clavien-Dindo \geq III (2,3% и 5%), частоте развития острого повреждения почек (38,1 и 39,3%). Пятилетняя безрецидивная выживаемость у «хрупких» больных – 98%, у «нехрупких» – 99%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом высоких хирургических рисков лечения локализованного рака почки у «хрупких»

пациентов робот-ассистированный метод может являться безопасным и эффективным методом лечения с сопоставимыми онкологическими и функциональными результатами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Робот-ассистированная резекция почки

СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

М.С. Мосоян¹, Е.С. Гилев¹, Д.А. Федоров¹,
Д.А. Шелипанов¹, А.А. Васильев¹,
А.М. Симонян¹

¹*Кафедра урологии с курсом роботической хирургии с клиникой, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, хирургическое лечение, робот-ассистированная резекция почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время резекция почки является «золотым стандартом» лечения почечно-клеточного рака. Лапароскопические и роботизированные методы становятся все популярнее, так как приводят к меньшей кровопотере, более короткому пребыванию в больнице и восстановлению. Минимально инвазивные методы в хирургии рака почки произвели революцию в этой области и предлагают многочисленные преимущества для пациентов. Цель исследования: сравнить периоперационные результаты робот-ассистированной резекции почки с использованием предложенных нами методов оптимизации хирургической техники и без их использования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 135 пациентов с локализованным раком почки (92 мужчины и 43 женщины, средний возраст – 64 года), которым за период с 2012 по 2022 г. в НМИЦ им. В.А. Алмазова была выполнена робот-ассистированная резекция почки (n=135). Медиана наблюдения составила 62 месяца. У 59 паци-

ентов (43,7%) в рамках подготовки к операции выполнялось 3D-моделирование. В периоперационном периоде использовались модифицированный способ укладки и лапароцентеза, способ безопасного выделения сосудов почечной ножки, а также интраоперационное ультразвуковое исследование (группа исследования). У остальных 76 (56,3%) пациентов данные способы оптимизации не применялись (группа сравнения). Сравнивались следующие периоперационные результаты: общее время операции, консольное время, время тепловой ишемии, интраоперационная кровопотеря, периоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo Grade \geq III.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции в группе исследования составила 150 минут, в то время как в группе сравнения она была равна 165 минут. Среднее консольное время также было короче в группе исследования (98 мин) по сравнению с группой сравнения (111 мин), а время тепловой ишемии было меньше в группе исследования (12,4 мин) по сравнению с группой сравнения (15,6 мин). Кроме того, объем интраоперационной кровопотери был меньше в группе исследования (79 мл) по сравнению с группой сравнения (101 мл), а периоперационные осложнения по Clavien-Dindo Grade \geq III отмечались в 2,3% случаев в группе исследования и в 3,2% случаев в группе сравнения. Ни в одном случае не было зафиксировано положительного края, а за период наблюдения не было отмечено ни одного случая рецидива. Трифекта достигалась чаще в группе исследования (72% случаев) по сравнению с группой сравнения (68% случаев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование предложенных методов оптимизации робот-ассистированной резекции почки может существенно улучшить периоперационные результаты робот-ассистированной резекции почки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Базовые исследования. Оценка нефропротекторных свойств в хирургическом лечении рака почки

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ТЕПЛОВОЙ ИШЕМИИ ПОЧКИ С НЕФРОПРОТЕКЦИЕЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ

В.В. Перепелица¹, С.В. Попов¹, Е.А. Жеребцов², В.В. Шуплецов², Р.Г. Гусейнов^{1,3}, К.В. Сивак^{1,4}, Н.С. Буненков^{1,5}, Е.В. Потапова², А.В. Дунаев²

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

²НТЦ биомедицинской фотоники, Орловский государственный университет, Орел, Россия

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

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева», Санкт-Петербург, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

интраоперационный мониторинг, тепловая ишемия, нефропротекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Механизмы ишемической патологии глубоко связаны с клеточным метаболизмом, продукцией активных форм кислорода (АФК) и нарушением функции митохондрий. Внедрение обратной связи на уровне клеточных признаков ишемии для хирургов и анестезиологов в режиме реального времени может стать революционной технологией для органосохраняющей хирургии опухолей почек и трансплантологии. Данная работа была направлена на изучение того, как ишемию тканей, оцениваемую по параметрам времени жизни аутофлуоресценции, можно контролировать интраоперационно и использовать для оптимизации оперативного хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовалась разработанная под задачи исследования оптическая измерительная система для интраоперационного мониторин-

га параметров времени жизни аутофлуоресценции. Система построена с использованием УФ (375 нм) пикосекундного лазера, стерилизуемого оптоволоконного зонда, подсистемы коррелированного по времени счета одиночных фотонов (TCSPC). Испытуемые с запланированным хирургическим вмешательством с диагностируемой опухолью почки были разделены на две группы: контрольную и группу получавших внутривенную антигипоксантную инфузию 15% фумарата натрия. При малоинвазивном оперативном вмешательстве для минимизации кровопотери использовали окклюзию почечной артерии с теплой ишемией. С помощью оптической измерительной системы контролировали время жизни флуоресценции на поверхности почечной паренхимы до и во время наложения окклюзии, а также в течение 20 минут после восстановления кровоснабжения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфузия 15% раствора фумарата натрия вызывала выраженный нефропротекторный эффект, выражающийся в снижении уровня нейтрофильного желатиназоассоциированного липокалина (NGAL) в плазме крови. Измерения в контрольной группе показали воспроизводимые статистически значимые изменения продолжительности жизни флуоресценции τ_f . Параметр увеличивался во время ишемии, а затем резко падал на этапе реперфузии. По измеренному времени жизни флуоресценции оценивались соответствующие изменения клеточного отношения НАДФН/НАДН. Количественная оценка короткоживущей компоненты α_1 , используемая для оценки НАДФН не связанного с белком, также увеличивалась во время ишемии и снижалась при снятии окклюзии. В группе пациентов, которым до тепловой ишемии почки вводили 15% натрия фумарата, статистически значимых изменений указанных показателей не наблюдалось. Полученные *in vivo* результаты свидетельствуют о том, что фумарат натрия способствует поддержанию клеточной энергопродукции и антиоксидантной защиты как при ишемии, так и при реперфузии и оказывает выраженное нефропротекторное действие у больных с органосохраняющими вмешательствами в условиях тепловой ишемии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продемонстрированная чувствительность изменяемой оптической флуоресцентной системы

к изменениям тканей на этапах ишемии и реперфузии открывает перспективы дальнейшего развития методики интраоперационного мониторинга с регистрацией параметров времени жизни флуоресценции.

Исследование выполнено при поддержке РНФ в рамках проекта № 21-15-00325.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний
Рубрика: Лапароскопическая хирургия при забрюшинных опухолях

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Д.В. Перлин^{1,2}, И.В. Александров^{1,2},
В.П. Зипунников^{1,2}, А.О. Шманев^{1,2}

¹ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», Волжский, Россия
²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопия, забрюшинные опухоли, онкоурология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Забрюшинные мягкотканые саркомы относятся к редким опухолям, ежегодно в мире выявляется около 0,5–1 пациента на 100 тыс населения. Наиболее распространенным гистологическим типом являются липосаркомы – около 60% от всех мягкотканых забрюшинных сарком, на втором месте по частоте встречаемости стоят лейомиосаркомы – 20–25% встречаемости, по данным различных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ «ВОУНЦ» в период с 2008 по 2022 г. прооперированы 6 пациентов с забрюшинными новообразованиями. Размеры образований составили от 6 до 16 см, во всех случаях было выполнено лапароскопическое иссечение образований трансперитонеальным доступом. Возраст пациентов составил от 39 до 72 лет. Продолжительность операций составила от 108 до 312 минут, объем кровопотери составил от 150 до 670 мл. В ходе одной операции была выполнена неф-

рэктомия. Гистологически опухоли представлены в трех случаях высоко- и низкодифференцированную липосаркому, в одном случае лейомиосаркому, в одном случае доброкачественную шванному и в одном случае липому.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение всего периода наблюдения прогрессирование заболевания было отмечено у 2 пациентов из группы пациентов со злокачественными образованиями забрюшинного пространства на 42 и 23 месяца наблюдения. Два пациента живы до настоящего времени, не имеют признаков распространения или рецидива заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическое иссечение забрюшинных опухолей может являться альтернативой открытому оперативному лечению и сопровождается хорошими онкологическими результатами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Хирургическое лечение. Результаты

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧЕК

К.В. Поздняков¹, С.А. Ракул¹

¹Отделение онкоурологии, СПбГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, робот-ассистированная резекция почек, лапароскопическая резекция почек, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: анализ интра- и послеоперационных осложнений малоинвазивных резекций почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное одноцентровое исследование, в котором изучены интра-/послеоперационные осложнения у 246 пациентов с раком почки в период с 2012 по 2020 г., подвергшихся малоинвазивной резекции почек (РП). Лапароскопический (ЛС) метод использовался в 68 (27,3%), робот-ассистированный (РА) – в 178 (71,5%) слу-

чаях. Интраоперационные осложнения оценивались по классификации Rosenthal R. Стратификация послеоперационных осложнений проводилась согласно классификации Clavien-Dindo.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая частота интраоперационных осложнений составила 12,2%. Самым частым интраоперационным осложнением являлось кровотечение, не требующее гемотрансфузии (грейд 1) – 5,69% (при ЛС доступе в трех (4,41%), при РА в 11 (6,18%) случаях). Кровотечения, требовавшие гемотрансфузии и повреждения внутренних органов, которые были восстановлены интраоперационно (грейд 2), фиксировались при ЛС и РА доступах в 4,41% и 2,25% случаев соответственно. Осложнения, приведшие к потере какого-либо органа (нефрэктомия, спленэктомия), наблюдались при ЛС в 2,94%, при РА – в 3,93% случаев. Интраоперационных летальных исходов (грейд 4) не отмечалось.

Послеоперационные осложнения представлены в таблице.

Таблица. Послеоперационные осложнения малоинвазивных резекций почек.

Грейд	Операции			P ¹
	Все	Лапароскопические N=68	Робот-ассистированные N=178	
1	5 (2,03%)	2 (2,94%)	3 (1,69%) кровотечение – 1 гипертермия – 2	-
2	11 (4,47%)	3 (4,41%) Кровотечение – 2 Острая задержка мочи – 1	8 (4,49%) кровотечение – 1 макрогематурия – 1 воспалительные – 6	0,98
3а	11 (4,47%)	3 (4,41%) мочевой свищ-стентирование – 2 эмболизация артериовенозной фистулы – 1	8 (4,49%) мочевой свищ-стентирование – 5 пункция гематомы – 2 эмболизация артериовенозной фистулы – 1	0,98

3b	16 (6,5%)	7 (10,29%) кровотечение – ревизия – 5 герниопласти- ка – 2	9 (5,06%) кровотечение – ревизия – 2 кровотечение – нефрэктомия – 1 мочевой свищ – резекция поч- ки – 1	0,16
4	1 (0,41%)	-	1 (0,56%) Инфаркт миокар- да – 1	-
5	1 (0,41%)	-	1 (0,56%) кровотечение неизвестной этиологии – 1	-
Примечание. N-количество пациентов; [†] t-критерий Student				

Частота послеоперационных осложнений составила 15,45%. «Малые» осложнения (Clavien ≤ 2) выявлены у 16 пациентов (6,5%) (при ЛС доступе – 7,35%, при РА – 6,18%). Серьезные осложнения (Clavien ≥ 3) выявлены в 29 (11,79%) случаях (ЛС – 14,71%, РА – 10,67%). В группе опухолей RENAL 4–6 частота послеоперационных осложнений составила при ЛС доступе 15%, при РА – 7,1%; в группе RENAL 7–9 (ЛС – 22,0%, РА – 13,0%). В группе сложных опухолей (RENAL 10–12) применялся только РА доступ, частота послеоперационных осложнений – 22,0%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РП при опухолях почек являются эффективным и безопасным хирургическим пособием. Частота осложнений при использовании ЛС доступа выше, чем при применении РА методики в группах простых и опухолей средней сложности. При сложных опухолях РА доступ является приоритетным. Наибольшее количество серьезных осложнений наблюдается при резекции почек со сложными опухолями.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний
Рубрика: Опухолевые тромбы нижней полой вены

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМИ ТРОМБАМИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Ж. Полотбек уулу¹, А.А. Грицкевич^{1,2},
А.А. Чевина¹, В.Ю. Рагузина¹, С.В. Хромова¹,
Н.А. Карельская¹, М.В. Кадырова¹,
Ю.А. Степанова¹, Т.П. Байтман^{1,2},
Д.М. Монаков^{1,2}

¹НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского
Минздрава России, г. Москва

²Российский университет дружбы народов,
г. Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

новообразования, почечно-клеточный рак, аденокортикальный рак, злокачественная ангиомиолипома, нижняя полая вена, опухолевый тромб.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургическая тактика в отношении пациентов с опухолевым тромбом в нижней полой вене всегда требует индивидуального подхода с учетом степени его распространенности, а также функционального состояния пациента. Успешное лечение таких пациентов возможно только при мультидисциплинарном подходе. *Цель исследования:* провести оценку безопасности и эффективности хирургического лечения пациентов с опухолевым тромбом в нижней полой вене.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов лечения 91 пациента: 68 (74,7%) мужчин и 23 (25,3%) женщин. В период с 2012 по 2022 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского всем им было выполнено оперативное вмешательство по поводу опухолевого тромба нижней полой вены. Средний возраст пациентов составил 60,9 \pm 9,1 года. Отдаленные метастазы на момент первичной диагностики заболевания выявлены у 47 (51,6%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение пациентов по уровню опухолевого тромба, согласно классификации НМИЦ онко-

логии им. Н.Н. Блохина, представлено в таблице.

Таблица. Количество пациентов с разными уровнями опухолевого тромба

Уровень	n	%
0	24	26,4
I	21	23,1
II	16	17,6
IIIa	15	16,5
IIIb	7	7,7
IIIc	1	1,1
IVa	1	1,1
IVb	4	4,4
IVc	2	2,2

В ходе оперативного вмешательства для удаления опухолевого тромба нами была использована следующая хирургическая тактика. При тромбах 0 и I уровня выполнялось краевое отжатие нижней полой вены. У пациентов с тромбом уровней III–IV производилась мобилизация правой доли печени, накладывался турникет на нижнюю полую вену и выполнялось пережатие гепатодуоденальной связки. При уровне IVc головка тромба из предсердия удалялась атриотомическим доступом без искусственного кровообращения в 4 (4,4%) случаях в условиях искусственного кровообращения без кардиopleгии – в 3 (3,3%) случаях. После выполнения тромбэктомии дефект стенки нижней полой вены ушит 73 (80,2%) пациентам, циркулярная резекция нижней полой вены с сохранением левой почечной вены выполнена в 5 (5,5%) случаях, с ее перевязкой – в 3 (3,3%). Замещение нижней полой вены синтетическим протезом выполнено 2 (2,2%) пациентам. Среднее время операции – 294 (105–715) мин. Средний объем кровопотери составил 1178 (100–18 000) мл. У 1 (1,1%) пациента интраоперационно отмечена выраженная кровопотеря, что потребовало проведения массивной гемотрансфузии. Интраоперационных летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения имели место у 13 (14,3%) пациентов: II степени по Clavien-Dindo – у 9 (9,9%), IIIb – у 1 (1,1%), IVa – у 2 (2,2%), V степени – у 1 (1,1%), летальный

исход на 3-и сутки после операции из-за инфаркта миокарда. Светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака диагностирован у 77 (84,6%), папиллярный – у 8 (8,8%), адренокортикальная карцинома надпочечника – у 5 (5,5%) и злокачественная ангиолипома – у 1 (1,1%) пациента. Медиана наблюдения составила 58,7±19,1 мес. Прогрессирование онкологического процесса отмечено у 1 (1,1%) пациента.

ВЫВОДЫ

Удаление опухолевого тромба из нижней полой вены любой его протяженности — безопасное и эффективное оперативное вмешательство. В связи с технической сложностью данной операции она должна проводиться только в центрах, имеющих опыт лечения таких пациентов, командой специалистов различного профиля.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Базовые исследования (этиология/патогенез). Диагностика. Лечение

БИОМАРКЕРЫ ОПУХОЛЕВОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБРАЗОВАНИЯМИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ В ПОЧКАХ

В.М. Попков, Н.Б. Захарова, В.Н. Понукалин, Ю.М. Комягина, Д.А. Дурнов

Кафедра урологии (НИИ уронефрологии) ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

почечно-клеточный рак, опухолевое микроокружение, иммунотерапия.

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени не установлен вклад клеточного матрикса и медиаторов клеток опухолевого микроокружения (МкО) в развитие опухолевого роста у больных первично-множественными злокачественными новообразованиями (ПМЗО). *Цель исследования:* провести сравнительный анализ характера изменения уровня

медиаторов МкО в сыворотке крови у больных ПМЗО с локализацией первичной опухоли в почках с почечно-клеточным раком (ПКР).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, выполненное за 2021–2022 гг. Всего обследовано 52 человека, разделенных на три группы. В первую группу вошли 14 пациентов с ПМЗО и локализацией первичной опухоли в почках, стадия T3 N0-1M0. Среди вторых опухолей выявлено: в 1 случае – синхронный рак стадии T2-4N1M0, в остальных случаях: в 10 – в предстательной железе, стадия T2-4N0M0 и T2-4N1M0, в 3 – в мочевом пузыре, стадия T2-4N1M0, в одном случае – рак кожи, стадия T2N0M0. Вторую группу составили 18 пациентов с единичной опухолью, ПКР на стадии T3a-cN0M1. В третью группу вошли практически здоровые лица. У всех включенных в исследование пациентов проводили общеклинические клиничко-лабораторные, инструментальные исследования с одновременным определением в сыворотке крови 7 цитокинов. Количественное определение медиаторов в сыворотке крови проводили до начала лечения. Методом твердофазного иммуноферментного анализа провоспалительных цитокинов (TNF- α , IFN- γ), хемокинов и колониестимулирующих факторов (MCP-1, G-CSF, GM-CSF), факторов роста (VEGF, TGF β 1) с использованием коммерческих наборов АО «Вектор Бест». Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ MICROSOFT EXCEL 2010 и STATISTICA-6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что у пациентов с каждой из групп обследованных больных в сыворотке крови содержание IFN- γ , G-CSF, GM-CSF и MCP1 было статистически значимо снижено при сравнении с группой практически здоровых лиц, VEGF – повышено, а TNF α и TGF- β 1 – практически не отличалось от соответствующих показателей в группе больных с одиночной опухолью в почке. Снижение уровня IFN- γ , играющего ключевую роль в противоопухолевом иммунитете человека, может быть связано с более выраженным негативным влиянием ПМЗО на функциональную активность Т-хелперов и НК-клеток, основных продуцентов медиатора. В периферической крови больных ПМЗО было отмечено

повышение содержания VEGF, который продуцирует опухоль и иммунокомпетентные клетки, что однозначно свидетельствовало о прогрессировании неоплазии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленное снижение концентрации провоспалительных цитокинов/хемокинов, колониестимулирующих факторов в сыворотке крови больных ПМЗО с первичной опухолью в почках и в группе пациентов ПКР можно считать показателем редактирования МкО, приводящим к нарушению противоопухолевого иммунитета или иммунного надзора. Эти изменения становятся причиной стимуляции инвазии, ангиогенеза и метастазирования. Исследованные медиаторы иммунорегуляторных процессов могут рассматриваться, как прогностические биомаркеры прогрессирующего онкогенеза и метастазирования, молекулярные мишени для лечения.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Лечение хирургическое

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ РЕЦИДИВА ОПУХОЛИ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

С.В. Попов^{1,2}, Р.Г. Гусейнов^{1,3}, И.Н. Орлов¹, С.Г. Винцовский¹, Е.В. Помешкин¹, П.В. Вязовцев¹, В.В. Перепелица¹, К.В. Сивак^{1,4}, Н.С. Буненков^{1,5}

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

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева», Санкт-Петербург

⁵ФГБВОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

баллонная окклюзия, рецидив рака почки, тепловая ишемия почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При органосохраняющем лечении рецидивного локализованного почечноклеточного рака применяется тепловая ишемия почки путем пережатия почечной артерии для уменьшения кровопотери, улучшения визуализации хода резекции, облегчения ушивания паренхимы почки. Однако следствием тепловой ишемии почки может стать ишемически-реперфузионное повреждение. Как альтернативный метод интраоперационного гемостаза может рассматриваться метод временной баллонной окклюзии почечной артерии, питающей опухоль. *Цель исследования:* оценить результаты клинического случая органосохраняющего лечения рецидивного локализованного рака почки в условиях временной баллонной окклюзии почечной артерии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирован клинический случай лечения пациента, которому была выполнена лапароскопическая резекция почки с временной окклюзией артерии с использованием катетера с баллонным окклюдером. Исследованы следующие параметры: длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, наличие послеоперационных осложнений, продолжительность госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для лапароскопической резекции почки с окклюзией почечной артерии с временным использованием катетера с баллонным окклюдером обнаружены следующие особенности: 1) меньшая длительность операции (нет необходимости мобилизации сосудистой ножки). Продолжительность оперативного вмешательства составила 58 мин.; 2) небольшая интраоперационная кровопотеря (95 мл); 3) в наблюдаемом случае послеоперационных осложнений зафиксировано не было; 4) продолжительность госпитализации (7 койко-дней), сопоставимая с лапароскопическими резекциями почки с тепловой ишемией. Описаны дополнительные достоинства лапароскопической резекции почки с временным использованием катетера с баллонным окклюдером: 1) отсутствие риска повреждения почечной ножки; 2) управляемый контроль гемостаза; 3) перспектива суперселективной временной окклюзии сосудов почки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительная временная окклюзия почечной

артерии, кровоснабжающей новообразование катетером с баллонным окклюдером, способна улучшить функциональные результаты органосохраняющей хирургии локализованного рецидивного рака почки за счет снижения объема интраоперационной кровопотери, исключения вероятности повреждения почечной ножки и обеспечения функциональной активности сберегаемых нефронов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Лечение рака почки в сочетании с раком простаты, симультанные операции

СИМУЛЬТАННЫЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНХРОННОМ РАКЕ ПОЧКИ И ПРОСТАТЫ

А.М. Пшихачев^{1,2}, О.А. Османов^{1,2},
А.М. Тахирзаде¹, Т.Б. Тахирзаде¹, В.К. Карпов^{1,2},
А.А. Камалов^{1,2}

¹МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

²ГКБ № 31, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированные операции, рак простаты, простатэктомия, опухоль почки, резекция почки, первично-множественный рак.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Операции с использованием робот-ассистированных (РА) технологий позволяют достичь хороших онкологических и функциональных результатов. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность симультанных РА вмешательств у больных опухолью почки (ОП) в сочетании с раком предстательной железы (РПЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2018 по 2023 г. симультанные РА операции выполнены у 14 больных. Наибольший интерес представляют симультанные РА операции при ОП и РПЖ, что обусловлено необходимостью репозиции пациента, троакаров и редокинга хирургической системы. Мы располагаем опытом выполнения подобных операций у трех больных. Характеристики пациентов указаны в таблице.

Таблица

Возраст, лет	ПСА, нг/мл	Сумма по Гли-сону	Стадия РПЖ	Объем простаты, см ³	Сторона ОП	Мах размер ОП, мм	RENAL, баллы	РПЭ	Операция на почке
63	5,8	4+3	2b	56	Правая	43	6a	С расширенной ЛАЭ	РП
60	9,8	3+3	cT1c	42	Правая	49	7h	С сохранением СНП	РП
58	8,6	3+3	cT1c	81	Левая	20	6a	С сохранением СНП	РП

Примечание: ЛАЭ – лимфаденэктомия, СНП – сосудисто-нервные пучки, РП – резекция почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях первым этапом выполнялась РП с (1) или без (2) ишемии с использованием 4 троакаров: оптического (12 мм), двух манипуляционных (8 мм) и ассистентского (12 мм). После выполнения РП выполнялась репозиция пациента в положении на спине без перестерилизации операционного поля. В каждом случае произведено удаление ненужных, замена по диаметру или установка новых троакаров. Во время РПЭ использовано по 5 троакаров, но несмотря на использование в каждом случае в общей сложности по 9 троакаров, благодаря предварительному планированию удалось ограничиться 6 или 7 разрезами. Общее время операции составило 265, 210 и 240 мин., консольное время – 185, 160

и 170 мин., а время редокинга – 22, 12, 20 мин. соответственно. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде не зарегистрированы ни у одного пациента. Объем кровопотери не превышал 100 мл. У всех пациентов достигнут хороший онкологический и функциональный результат. Послеоперационные швы на передней брюшной стенке представлены на рисунке.

Рисунок



ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Симультаные РА операции у больных ОП в сочетании с РПЖ безопасны, эффективны, позволяют избежать пациентам повторного предоперационного стресса, анестезии, а также уменьшают общую длительность госпитализации и стоимость лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки: результаты лечения

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

С.А. Рева, И.В. Зятчин, В.Д. Яковлев,
С.Б. Петров

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова»

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Локализованная опухоль (T1-T2) единственной или единственной функционирующей почки является абсолютным показанием для проведения органосохраняющего лечения, независимо от доступа. В ряде работ описаны возможности выполнения данной операции лапароскопическим путем. *Цель исследования:* оценить безопасность и функциональные исходы лапароскопической резекции единственной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ органосохраняющего лечения в объеме лапароскопической резекции у пациентов с опухолью единственной почки. Выполнена оценка интра-, послеоперационных осложнений, функциональных исходов у данной группы больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 2020 по 2022 г. на базе НИЦ урологии ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова (онкологическое отделение № 6) получили органосохраняющее лечение (лапароскопическая резекция) 12 пациентов с опухолью единственной почки. Всем пациентам резекция почки была выполнена лапароскопически трансабдоминально. Медиана возраста пациентов составила 61,5 (IQR 16,3) года. Средний максимальный размер опухоли составил 3,2 (\pm 1,5) см. 8 (66,7%) пациентов были с клинической стадией T1a, 3 (25%) пациента – сT1b и у 1 (8,3%) – стадия сT2a. При оценке по шкале RENAL 1 пациент (8,3%) имел опухоль почки высокой сложности резекции (сумма баллов по шкале RENAL score 10x), 3 (25%) пациента были с промежуточной сложностью резекции, 8 (66,7%) пациентов имели низкую сложность резекции. Средний балл по шкале RENAL составил 6,25 (\pm 1,86) баллов. Медиана дооперационного уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ) составила 54,4 (IQR 22,0) мл/мин/1,73 м², хроническая болезнь почек (ХБП) до операции имела у 11 (91,6%) пациентов. Средняя продолжительность операции составила 116 (\pm 41) мин. Средний объем кровопотери составил 173 (\pm 142) мл. В 5 (41,6%) случаях резекция почки выполнялась в условиях тепловой ишемии, среднее время ишемии составило 22,6 (\pm 9,6) мин. 7 (58,4%) резекций единственной почки выполнены в безишемических условиях. Ни в одном случае конверсии не потребовалось. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (25%) пациентов. При этом частота развития больших осложнений (\geq III класса по Clavien-Dindo) составила 16%, среди осложнений были гематома, артериовенозная фистула, острая почечная недостаточность. Медиана уровня СКФ на 1-е сутки после операции составила 42,1 (IQR 21,2) мл/мин/1,73 м², на 3-и сутки после операции – 42,0 (IQR 23,1) мл/мин/1,73 м², при контроле через 3 месяца – 45 мл/мин/1,73 м². Медиана уровня

креатинина сыворотки крови на 1-е сутки после операции составила 0,154 (IQR 0,06) ммоль/л, на 3-и сутки после операции – 0,152 (IQR 0,078). Медиана уровня СКФ на 1-е сутки после операции в группе пациентов, которым была выполнена безишемическая резекция почки, составила 43 мл/мин/1,73 м², а в группе пациентов с тепловой ишемией – 22,4 мл/мин/1,73 м² ($p=0,416$). В этих же группах медиана СКФ на 3-и сутки после операции – 43,5 мл/мин/1,73 м² против 30,7 мл/мин/1,73 м² ($p= 0,6$). Причем с увеличением сложности резекции почки (по шкале RENAL) статистически значимо уменьшалась СКФ в послеоперационном периоде (43,0 мл/мин/1,73 м² в группе низкой сложности резекции против 21,9 мл/мин/1,73 м² в группе промежуточной и высокой сложности резекции; тест Манна-Уитни, $p=0,016$). Острое почечное повреждение (ОПП) в послеоперационном периоде наблюдалось у 5 (41%) пациентов (в 25% случаев наблюдалась 1 стадия ОПП, в 16% – 2 и 3 стадии ОПП). Проведение временного гемодиализа (4 сеанса) в послеоперационном периоде потребовалось в 1 (8%) случае в связи с развитием у пациента ОПП 3 стадии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая резекция единственной почки демонстрирует приемлемый профиль безопасности, положительные функциональные результаты, обеспечивает сохранение почечной функции, что дает возможность пациентам с опухолью единственной почки избежать необходимости заместительной почечной терапии. Продemonстрировано значимое послеоперационное уменьшение СКФ при резекции почек промежуточной и высокой сложности по шкале RENAL по сравнению с низкой сложностью резекции. Определяется отрицательное влияние тепловой ишемии на послеоперационный уровень СКФ с постепенным нивелированием этого влияния к 3-им суткам после операции. Также отмечается тенденция к восстановлению исходного уровня СКФ через 3 месяца с момента выполнения операции.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Диагностика, достижения

IN SILICO, IN VITRO И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПРЕССИИ МРНК КАТЕПСИНА В И СТЕФИНА А И ИХ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

М. Руджинска-Радецка^{1,2}, А.С. Фролова^{1,3},
А.В. Балакирева^{1,4}, Н.В. Гороховец¹,
В.С. Покровский^{3,5,6}, Д.В. Соколова^{3,5,6},
Ю.А. Светикова⁷, Д.О. Королёв⁷,
Н.В. Потолдыкова⁷, А.З. Винаров⁷, А. Пароди^{1,3},
А.А. Замятин^{1,3,8,9}

¹Институт молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

²Институт физической химии Польской академии наук, Варшава, Польша

³Кафедра биотехнологии, Научно-технический университет «Сириус», Сочи, Россия

⁴Институт биоорганической химии им. Шемякина-Овчинникова, Москва, Россия

⁵Лаборатория комбинированного лечения ФГБНУ им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия

⁶Кафедра биохимии, Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

⁷Институт урологии и репродуктивного здоровья Сеченовского университета, Москва, Россия

⁸Институт физико-химической биологии им. Белозерского МГУ им. М.В. Ломоносова

⁹Кафедра иммунологии, факультет здравоохранения и медицинских наук, Университет Суррея, Гилфорд, GU2 7XH, Великобритания

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мРНК, катепсин В, стефин А, in Silico, in vitro, клинические исследования, диагностика, почечно-клеточный рак.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цистеиновая протеаза катепсин В (CtsB) играет важную роль во многих сигнальных путях, внутриклеточном синтезе и деградации белков. Эндогенные ингибиторы, включая стефины и другие цистатины, регулируют ферментативную активность CtsB. Недавние данные доказали, что CtsB участвует в ремоделировании внеклеточно-

го матрикса опухоли, клеточной инвазии и метастазировании: дисбаланс между катепсинами и их естественными ингибиторами часто считается признаком прогрессирования онкологического заболевания. *Цель исследования:* оценить экспрессию катепсина (CtsB) и стефина А (StfA) в опухолевой ткани и прилежащей к опухоли паренхимы почки при почечно-клеточном раке (ПКР).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На этапе in vitro исследований мы определяли экспрессию мРНК CtsB и StfA в клеточных линиях ПКР человека 769-P и A498 по сравнению с контрольными точками. На этапе клинических исследований нами исследовано 43 образца опухолевой ткани и прилежащей к опухоли паренхимы почки у пациентов с опухолями почек. Из 43 (100%) пациентов у 40 (93%) был гистологически верифицирован ПКР, у 3(7%) – ангиомиолипома почки. Экспрессия CtsB и StfA проводилась с помощью ПРЦ в реальном времени и флуоресцентной микроскопии. Чтобы подтвердить доказательства положительной корреляции соотношения катепсина В/стефина А, мы проанализировали экспрессию этих генов в большей когорте пациентов с ПКР, используя онлайн-базу данных GEPiA (in silico исследования).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ мРНК выявил значительное увеличение CtsB и StfA в тканях ПКР по сравнению с прилежащей к опухоли тканям (CtsB, $p=0,012$; StfA, $p=0,007$) и более высокую экспрессию CtsB в злокачественных опухолях, чем в доброкачественных новообразованиях почек ($p=0,03$; $p=0,009$). Проведенный анализ также выявил положительную корреляцию между экспрессией CtsB и StfA в зависимости от пола пациента, возраста, размера опухоли, степени, инвазии в лимфатические узлы, появления метастазов и выживаемости ($p<0,05$). CtsB и StfA показали положительную корреляцию во всех подтипах ПКР и нормальных тканях почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы подтвердили корреляционную экспрессию между CtsB и StfA в клетках ПКР человека с помощью анализа белков и флуоресцентной микроскопии. Также установлено, что эктопическая экспрессия CtsB и StfA увеличивала пролиферацию клеток ПКР. Наши данные убедительно показали, что экспрессия CtsB и StfA досто-

верно прямо коррелирует с развитием ПКР и при прогрессировании ПКР, взаимно стимулируя их экспрессию.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты и осложнения

Рубрика: Рак почки. Лечение хирургическое

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В СТАДИИ ТА-В

А.Т. Салсанов, В.А. Зубарев, В.Б. Матвеев, Б.К. Комяков

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нижняя полая вена, почечная вена, рак почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из наиболее сложных проблем в онкоурологии является оперативное лечение больных раком почки (РП) с интратюминальной опухолевой инвазией. *Цель исследования:* изучить результаты оперативного лечения больных РП с опухолевой инвазией в почечную и полую вены.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты 86 больных РП в среднем возрасте 61,3±4 года. Мужчин – 60 (69,8%), женщин – 26 (30,2%). Частичная обтурация почечной вены (ПВ) была выявлена у 23 (26,7%), полная – у 30 (34,9%) и у 33 (38,4%) пациентов опухолевые массы определялись в нижней полой вене (НПВ) стадия Т3b.

Всем больным выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) для оценки уровня локализации тромба, наличия или отсутствия метастазов и вовлечения в онкологический процесс окружающих тканей. МСКТ органов брюшной полости выполняли каждые 6 месяцев в течение первого года наблюдений и далее раз в год в течение всего периода наблюдений. Медиана наблюдения составила в среднем 39,3 [31,5; 49,7] месяца.

Метод Каплана-Мейера применяли для определения показателей безрецидивной и общей выживаемости пациентов. Лог-ранговый тест использован для сравнения кривых выживаемости в изучаемых группах. Безрецидивное течение за-

болевания определялось периодом от даты оперативного лечения до даты диагностики рецидива заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения имели место только у больных с полной обтурацией опухолевыми тромбами ПВ и у пациентов, где они распространялись по полой вене до печеночных вен, соответственно 16,7 и 24,2%, $p=0,45$. Послеоперационные кровотечения в этих группах отмечены у 1 (3,3%) и 2 (6,1%) соответственно. Еще у 2 (6,7%) больных с полной обтурацией ПВ возникла тромбоэмболия легочной артерии. Наиболее частым осложнением у пациентов с опухолевыми тромбами в НПВ была сердечно-сосудистая недостаточность 5 (15,2%).

Лучшие показатели общей выживаемости зарегистрированы у пациентов с частичным поражением ПВ опухолевыми массами. Общая трехлетняя выживаемость у них составила 78,3%, среднее время выживания – 51,6 мес. Общая выживаемость пациентов с полной обтурацией ПВ на всем интервале наблюдения была близка к выживаемости пациентов со стадией Т3b; трехлетние показатели составили 66,8 и 69,6% соответственно (при сравнении этих групп с

R.E.N.A.L.	4-6			7-9			10-12			Всего		
	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ
Всего	410 32%	90 22%	244 60%	491/ 38%	245 50%	244 50%	379/ 30%	287/ 76%	95 25%	1280 100%	622 56%	583 46%
1РШ	129 31%	23 18%	74 57%	218 44%	109 50%	108 50%	124 33%	88 71%	32 26%	471 37%	219 59%	214 45%
2РШ	177 44%	49 28%	101 57%	212 43%	122 58%	98 46%	237 63%	189 80%	58 24%	626 49%	360 58%	257 41%
Коаг:	104 25%	18 17%	69 66%	61 13%	14 23%	38 62%	18 5%	11 61%	5 28%	183 14%	43 23%	112 61%

Примечание: Коаг. – резекция с коагуляцией без наложения швов, 1РШ – однорядный шов, 2РШ – двурядный шов; ОПП – острое повреждение почки, ПФ – пентафакта, N% – количество абсолютное/в %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ продемонстрировал влияние особенностей реконструкции паренхимы

на достижение функционального результата при резекции почки в зависимости от сложности операции.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Локальный рак. Лечение хирургическое. Лапароскопия. Роботическая хирургия. Сравнение доступов. Оценка результатов

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

А.А. Серегин^{1,2}, А.В. Серегин^{1,2},
К.Б. Колонтарев³, И.А. Чехонацкий^{1,2},
А.И. Махмадалиев², Р.И. Алиев³, О.Б. Лоран^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина», Москва, Россия

²Кафедра урологии и хирургической андрологии
ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,
Москва, Россия

³Клиника урологии МГМСУ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, резекция почки, функция почки, хирургия, органосохраняющее лечение, лапароскопия, робот-ассистированная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка функциональных результатов резекции почки в зависимости от оперативного доступа и сложности операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с января 2010 г. по декабрь 2019 г. в наших клиниках было выполнено 1624 резекции почки. Из проспективно ведомой базы данных были оценены ранние и отсроченные функциональные результаты, в зависимости от примененного оперативного доступа и градации сложности резекции опухоли по шкале R.E.N.A.L. В качестве раннего маркера острого повреждения почки (ОПП) изучалась степень снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) более чем на 10% от исходного на 3-и сутки после операции. Отдаленные результаты были оценены с помощью пентафакты (время тепловой ишемии ≤ 25 мин., отрицательный хирургический край,

отсутствие послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo III и выше, сохранение СКФ более 90% и отсутствие повышения стадии хронической болезни почек на 12-й месяц после операции). Для определения достоверности различий выборок использовался метод «хи-квадрат». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Функциональные результаты были доступны для анализа у 1280 пациентов. Полученные результаты представлены в таблице. Частота ОПП при резекции почки с опухолью сложностью от 4 до 6 баллов R.E.N.A.L. составила 16% при использовании лапароскопического доступа, что достоверно ниже, чем при открытом, – 24% ($p=0,02$), и сопоставима по результатам с роботическим доступом – 21% ($p=0,45$). Частота достижения пентафакты в этой группе при лапароскопии составила 67%, что достоверно выше традиционной открытой техники – 55% ($p < 0,01$) и сопоставимо по результатам с роботической методикой – 64% ($p=0,76$). Частота ОПП при резекции сложностью от 7 до 9 баллов R.E.N.A.L. составила 40% при лапароскопии, что достоверно ниже, чем при открытом, – 52% ($p < 0,01$), и при роботическом доступе – 48% ($p=0,04$). Частота достижения пентафакты не имела достоверно значимых отличий. Частота ОПП при резекции сложных опухолей составила 50% при использовании лапароскопического доступа, что достоверно ниже, чем при открытом, – 80% ($p < 0,01$) и роботическом доступе, – 67% ($p=0,011$). Частота достижения пентафакты в этой группе при лапароскопии составила 19%, что было ниже, чем при открытой операции, – 25% ($p = 0,039$).

Таблица

R.E.N.A.L.	4-6			7-9			10-12			Всего		
	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ	N%	ОПП	ПФ
Всего	410 32%	90 22%	244 60%	491/ 38%	245 50%	244 50%	379/ 30%	287/ 76%	95 25%	1280 100%	622 56%	583 46%
Откр.	240 27%	58 24%	132 55%	363 40%	190 52%	181 50%	301 33%	240 80%	75 25%	904 71%	488 54%	388 43%
Лап.	86 44%	14 16%	58 67%	78 40%	31 40%	36 46%	32 16%	16 50%	6 19%	196 15%	61 31%	100 51%

Робот.	84	18	54	50	24	27	46	31	14	180	73	95
	46%	21%	64%	28%	48%	54%	26%	67%	30%	14%	41%	53%
Примечание. Откр. – открытая, Лап. – лапароскопический, Робот. – роботический доступ; ОПП – острое повреждение почки; ПФ – пентафакта, N/% – количество абсолютное /в %												

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ продемонстрировал влияние оперативного доступа на достижение функционального результата при резекции почки в зависимости от сложности резекции опухоли. Лапароскопический и роботический доступы меньше влияли на функцию почек при несложных резекциях почки, в то время как роботический и открытый доступы имели преимущество при сложных операциях.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак трансплантированной почки

ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

Р.Н. Трушкин¹, Т.К. Исаев¹, П.Е. Медведев¹,
Н.О. Колесников¹, Н.В. Морозов¹, А.Н. Лавров¹,
С.А. Соколов¹

¹ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗ г. Москвы, урологическое отделение

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

почечно-клеточный рак, рак почки, хирургия, лапароскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансплантация почки является одним из основных методов лечения ТХПН. Среди больных, получающих заместительную почечную терапию в виде трансплантации почки, долгосрочная летальность на 48–82% ниже, чем в популяции ожидающих трансплантацию органа. У этих больных сохраняется двукратный повышенный риск развития злокачественных заболеваний по сравнению со здоровым населением в целом ввиду проводимой постоянной иммуно-супрессивной терапии. *Цель исследования:* повышение эффективности лечения пациентов со злокачественным заболеванием трансплантированной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное наблюдательное неконтролируемое исследование, проведенное в 2013–2023 гг. на базе ГБУЗ «ГКБ № 52». В исследование включены 3270 больных с почечным трансплантатом. Почечно-клеточный рак трансплантированной почки выявлен и гистологически верифицирован у 31 пациента в возрасте от 26 до 69 лет. Органосохраняющее хирургическое лечение рака почечного трансплантата в объеме лапароскопической резекции пересаженной почки выполнено в 28 случаях, в 3 случаях больным выполнена радиочастотная абляция образований аллографта. Средний размер опухоли составил 26,1 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Заболеваемость раком трансплантированной почки в нашем исследовании составила чуть менее 1% (0,94%) от всех наблюдаемых пациентов с аллографтом. Среднее время лапароскопической резекции почечного трансплантата с опухолью – 152 мин. Средний объем кровопотери – 180 мл. Среднее время ишемии аллографта – 23 мин. За время наблюдения от 2 до 8 лет рецидива рака почечного трансплантата нет. Потери трансплантированной почки удалось избежать во всех случаях лечения. При гистологическом заключении в 22 случаях выявлен светлоклеточный почечно-клеточный рак, в 9 случаях – папиллярный ПКР. Летальных случаев нет. Средний койко-день – 6,1.

У 11 пациентов из полученного операционного материала проведено генетическое исследование с целью определения этиологии развития рака трансплантированной почки. Изучен генетический материал опухоли трансплантированной почки и ткани трансплантата. Определение химеризма проводилось методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией. Материал изучен по 7 локусам STR (FGA(-FIBRA); D8S639; TH01(TC11); HUNvWFA31; D19S246; D21S11; D18S51). По заявленным маркерам выявлено 100%-ное совпадение ДНК опухоли трансплантированной почки с ДНК нормальной ткани трансплантата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лапароскопическая резекция почечного трансплантата зарекомендовала себя как «золотой стандарт» в лечении локализованного почечно-клеточного рака трансплантированной

почки. Почечно-клеточный рак трансплантированной почки возникает из ткани донора.

Благодарности/Источники финансирования: работа выполнена в рамках гранта Департамента здравоохранения г. Москвы № 2412-66.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

**ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧКИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
НЕФРОБИОПСИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ**

М.А. Фирсов^{1,2}, Т.А. Гаркуша^{2,3}, П.А. Симонов^{1,2},
Д.И. Лалетин^{1,2}, Е.А. Безруков^{2,4},
С.В. Колеватова², Д.А. Дуниц²

¹ Урологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

²Кафедра урологии, андрологии и сексологии с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

³КГБУЗ «Красноярское краевое патологоанатомическое бюро», Красноярск, Россия

⁴Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая нефробиопсия, опухоль почки, кисты почек, хроническая болезнь почек, гломеруллопатия, тубуло-интерстициальный нефрит.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хроническая болезнь почки (ХБП) является всемирной проблемой с постоянным ростом общей и первичной заболеваемости, затрагивающая миллионы людей всех возрастных, этнических групп и рас. Все стадии ХБП сопряжены с увеличением риска некоторых соматических заболеваний, снижением качества жизни и увеличением смертности. Понимание морфофункциональных изменений паренхимы почки при проведе-

нии органосохраняющей операции имеет важное значение в определении возможностей дальнейшего лечения при диагностике рака почки. *Цель исследования:* оценить результаты интраоперационной биопсии почки при выполнении операций по поводу новообразований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование включило 30 пациентов, которым проводилось оперативное лечение в отделении урологии Красноярской краевой клинической больницы. Возраст пациентов находился в диапазоне от 21 до 79 лет, медиана возраста составила 55,1 года (16 мужчин и 14 женщин). Операции выполнялись лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было исследовано 30 образцов пункционных нефробиопсий, выполненных под визуальным контролем, полученных при проведении лапароскопических операций на почке. Все пациенты из данных анамнеза не имели гломерулярного поражения. Процедура исследования соответствует стандартам этического комитета организации, Хельсинской декларации 1964 г. и ее последующим изменениям, подтверждена выпиской из протокола локально-этической комиссии КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая больница № 189/6» от 29.09.2022. Каждый пациент, включенный в исследование, подтверждал свое участие получением добровольного информированного согласия. Описанная фаза исследования демонстрирует, что у 63,3% пациентов с урологической патологией почки имеются морфологические предикторы развития и прогрессии ХБП, у 33,3% пациентов уже имеются признаки тубуло-интерстициального нефрита, неизбежно приводящего к склерозированию почечной паренхимы. Глобально склерозированные клубочки зафиксированы у 9 пациентов, из которых 5 пациентов оперированы по поводу опухоли почки и 4 с диагнозом «киста почки». Доля глобально склерозированных клубочков у этих пациентов составила 14,56%. Мезангиальная пролиферация отмечена в 5 образцах (16,7%), при этом основную часть (80%) составили пациенты, оперированные по поводу злокачественного образования почки. Атрофия канальцев находилась в диапазоне от 5 до 100% и отмечена в 15 биоптатах: 51,9% – у пациентов

с опухолью почки и 48,1% при кистах почки. Гиалиноз сосудов зафиксирован у одной пациентки с папиллярной почечно-клеточной карциномой. Ранее недиагностированное гломерулярное поражение зафиксировано у 2 пациентов (6,7%). Одному пациенту диагностирована системная красная волчанка с установлением класса люпус нефрита IV G A/C. Фокальный сегментарный гломерулосклероз после проведения морфологического исследования был выявлен у другого пациента, не имеющего нефрологического анамнеза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Морфологическое изучение паренхимы почки при выполнении органосохраняющей операции на почки более чем в половине случаев позволило выявить изменения, способствующие прогрессии ХБП, что имеет важное значение в диагностике причин угнетения функционального состояния почки и своевременного назначения необходимого.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: новые техники, технологии, стартапы, искусственный интеллект – инновации, которые удивляют.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ NephroAI В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ

М.М. Черненький, И.М. Черненький,
Д.Н. Фиев, А.В. Проскура, Е.С. Сирота,
Д.В. Бутнару, П.В. Глыбочко, А.Р. Аджиев,
С.А. Амрахов, А.А. Измайлова, И.П. Саркисян,
М.Ю. Алексеева

*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека. Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейросеть, сегментация, рак почки,
3D-моделирование.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать автоматизированную систему поддержки принятия решений NephroAI для определения хирургической тактики лечения больных с новообразованиями паренхимы почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нейросеть включены данные более 1 тыс. пациентов с хирургическим лечением новообразований паренхимы почки. Всем больным выполнялось 3D-виртуальное планирование операций посредством программ 3D-моделирования Amira и 3D-Slicer на основании проведенной в предоперационном периоде мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) брюшной полости с контрастированием. Сегментация основных элементов нормальной и патологической анатомии почек проводилась в ручном режиме. Отбор данных для обучения нейросети производился с учетом возможности построения 3D-моделей патологического процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нейросеть в автоматическом режиме способна распознавать и сегментировать основные элементы нормальной и патологической анатомии почки по DICOM данным МСКТ. Доступ к нейросетевому алгоритму осуществляется удаленно через веб-сервис. DICOM данные пациента первично загружаются в веб-сервис, в дальнейшем выделяются зоны интереса и отправляются на обработку на сервер для автоматической сегментации. После нейросетевой обработки пользователь получает доступ к 3D-модели патологического процесса и набору инструментов для предоперационного планирования с определением тактики лечения пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная автоматизированная система поддержки принятия решений NephroAI позволяет персонализированно определять тактики хирургического лечения пациентов с новообразованиями паренхимы почки. Использование веб-сервиса позволяет осуществлять доступ к применению современных цифровых технологий в регионах. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Онкоурология. Локальное лечение почечноклеточного рака

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОАБЛЯЦИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ И ТОПОГРАФИИ ОПУХОЛИ

М.В. Четвериков¹, И.А. Абоян¹, К.И. Бадьян¹,
Г.П. Нистратов¹, В.В. Черноусов¹,
А.Н. Морозов¹

¹ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в городе Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

почечно-клеточный рак (ПКР), криоабляция, локальное лечение, размеры опухоли, топография опухоли, оперативный доступ, гидродиссекция, контрастное вещество (КВ).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Почечно-клеточный рак (ПКР) остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкоурологии. Радикальная нефрэктомия и резекция опухоли почки остаются «золотым стандартом» в лечении данного заболевания, однако благодаря особенностям онкогенеза рак почки, выявленный на ранних стадиях (T1), может быть подвергнут органосохраняющему локальному лечению, в том числе криоабляции. Вместе с тем после применения криоабляции ПКР в некоторых случаях наблюдений зафиксированы рецидивы. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты криоабляции ПКР в зависимости от размера и топографии опухоли и оперативного доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены истории болезни 126 пациентов ПКР в стадии T1N0M0 после выполненной криоабляции в возрасте 48–78 лет, оперированных в 2020–2022 гг. У 83 (65,8%) пациентов вариация размеров опухоли составила от 1 до 2 см, у 43 (34,2%) – от 2 до 4 см. У 105 (83,3%) пациентов опухоль располагалась по заднелатеральной поверхности почки, у 21 (16, 7%) – по латерально-боковой или медиальной поверхности, что обуславливало необходимость применения гидродиссекции всем пациентам ввиду тесно прилегающего к опухоли

кишечника. Причем у 8 (38%) из них р-ры опухоли варьировались от 3 до 4 см. Отдаленные результаты лечения оценивали методом КТ почек с контрастным усилением, в случае накопления контраста выполнялась биопсия зоны интереса с целью гистологической верификации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования представлены в таблице.

Таблица

Методы оценки	Характеристики опухоли			
	Размеры опухоли, см		Топография опухоли	
	<2 83 (65,8%)	2–4 43 (34,2%)	Заднелатеральная поверхность 105 (83,3%)	Боковая и медиальная поверхность 21 (16, 7%)
Накопление КВ в зоне криоабляции при контрольном КТ	0 (0%)	8 (18,6%)	0 (0%)	8 (38%)
Гистологически подтвержденный рецидив из числа с накоплением КВ	-	6 (75%)	-	6 (75%)

У пациентов с опухолями до 2 см и расположением по заднелатеральной поверхности данных за рецидив не было. У 8 (6,34%) пациентов из 126 зафиксирован рецидив, причем у всех, как видно из таблицы, опухоль располагалась по боковой или медиальной поверхности. Данной категории пациентов в последующем выполнена резекция почки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На эффективность криоабляции при ПКР влияют размер и топография опухоли, данный метод лечения может быть рекомендован как альтернатива нефрэктомии и резекции почки при тщательном отборе пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Доступ при резекции почки

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

С.В. Шкодкин^{1,2}, Ю.Б. Идашкин²,
Е.Г. Пономарев¹, М.З. Абед Альфаттах Зубаиди¹,
В.Ю. Нечипоренко¹, К.С. Шкодкин¹

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия, Белгород

² Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Россия, Белгород

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

резекция почки, почечно-клеточный рак, хирургический доступ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Резекция почки (РП) обеспечивает сопоставимые онкологические результаты в сравнении с радикальной нефрэктомией и должна рассматриваться как приоритетное вмешательство у пациентов с почечно-клеточным раком (ПКР). *Цель исследования:* изучить факторы, влияющие на выбор хирургического доступа при резекции почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2010–2023 гг. у пациентов с ПКР нами выполнено 196 РП. Большая часть пациентов оперирована на шестой декаде жизни, а средний возраст составил $60,5 \pm 11,4$ года. Нами не зарегистрирована гендерная зависимость и отсут-

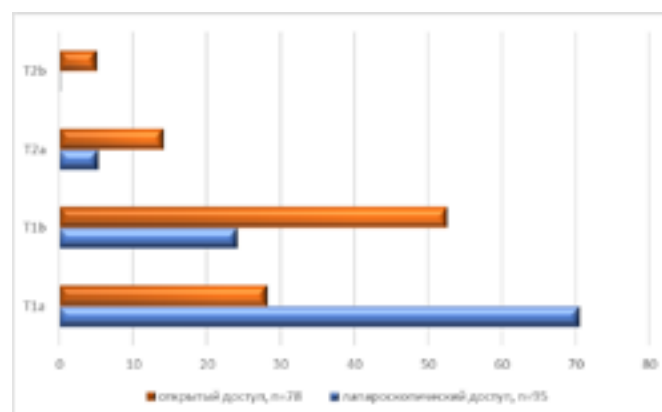
ствовали достоверные различия по стороне поражения. При этом соотношение мужчин и женщин составило 1,14:1, а правосторонняя и левосторонняя локализация опухоли 1,04:1 соответственно ($p > 0,05$).

Статистическая обработка проведена с оценкой характера распределения на основании критериев Стьюдента, Фишера и Манна-Уитни. Различия считали достоверными при вероятности 0,95 и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лапароскопический доступ был использован у 118 (60,2%) пациентов, открытая РП – у 78 (39,8%). В первом случае превалировали элективные показания к РП, тогда как из открытого доступа РП чаще выполнена пациентам с относительными и абсолютными показаниями к нефронсберегающей хирургии. Регрессионный анализ групп пациентов, распределенных в зависимости от доступа, не выявил зависимости от пола, возраста, коморбидности, стороны поражения и индекса массы тела ($p > 0,05$). Положительная корреляция зарегистрирована для размера опухоли и сложности резекции, определенной по шкале RENAL. Соотношение между лапароскопической и открытой РП при опухолях до 4 см (T1a) составило 70,5 и 28,2% соответственно. Аналогичные показатели при опухолях T1b, T2a и T2b составили 24,2% vs 52,6%; 5,3% vs 14,1% и 0% vs 5,1%. Все полученные результаты имели статистически достоверные различия (рисунок, $p < 0,05$).

Рисунок. Выбор доступа в зависимости от размеров опухоли



В группе лапароскопической РП показатели нефрометрического индекса по шкале RENAL были в пределах $5,3 \pm 1,2$ балла, что достоверно меньше соответствующего балла для группы откры-

той РП, который достиг $10,4 \pm 1,5$ ($p < 0,01$). В группе открытой РП вмешательства выполнены в условиях тепловой ишемии, при этом компрессия общей почечной артерии производилась у 25 (32,1%), а сегментарная ишемия выполнена у 53 (67,9%) пациентов. Показатели при лапароскопической РП имели достоверные отличия и составили: тотальная ишемия – в 61 (64,2%), сегментарная – в 23 (24,2%), а нулевая – в 11 (11,6%) наблюдениях ($p < 0,01$). Среднее время тепловой ишемии при открытой РП было достоверно ниже, составив $13,1 \pm 4,8$ мин., аналогичный показатель – в группе лапароскопической РП $28,2 \pm 11,7$ мин. ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решающие значения на выбор доступа при РП у пациентов с ПКР имеют категория Т и нефрометрический индекс RENAL. Открытая резекция почки ассоциирована с меньшим временем ишемии и большей частотой сегментарной ишемии. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Рак почки. Лечение

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНИКИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ НА ОСНОВАНИИ 1,5 ТЫС. ОПЕРАЦИЙ

Е.В. Шпоть, А.В. Проскура, Х.М. Исмаилов,
Э.Н. Гасанов, Р.К. Шурыгина

*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека Первого МГМУ им.
И.М. Сеченова (Сеченовский университет)*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак почки, органосохраняющие операции, интрапаренхиматозное клипирование, трехпортовая лапароскопия

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным методом лечения опухоли почки является оперативное вмешательство. Несмотря на схожие результаты онкологического контроля между нефрэктомией и энуклеацией, последняя методика является предпочтительной в связи с сохранением почечной функции. Выполнение органосохраняющего пособия в условиях нуле-

вой ишемии наиболее предпочтительно в случаях небольших опухолевых образований (< 4 см). С целью контроля гемостаза, достижения достаточной видимости возможно использование вспомогательных инструментов (интрапаренхиматозное клипирование, биполярная коагуляция, гемостатический материал). В свою очередь при глубоком проникновении опухолевого узла следует выполнять ушивание раневой поверхности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных 1,5 тыс. пациентов, которым было проведено оперативное пособие, выполненное одним хирургом. В исследование были включены пациенты старше 18 лет, которым выполнено органосохраняющее пособие по поводу опухоли почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

92% пациентов выполнена энуклеация опухоли почки. Интрапаренхиматозное клипирование использовалось в 1213 (80,8%) случаях. Ушивание раневой поверхности проводилось однорядным швом в 1271 вмешательстве (84,7%), в 229 операциях выполнялась биполярная коагуляция и использование гемостатических материалов. Данных о послеоперационном кровотечении не было получено, были зафиксированы случаи мочевого затека у 18 (1,2%) пациентов. Послеоперационные осложнения I степени по шкале Clavien-Dindo наблюдались в 2,2% ($n=33$) случаев. Выделение почечной артерии проводилось в 57% пособий. У 5,2% пациентов выявлен рецидив, безрецидивная выживаемость составила 94,8% ($n=1422$) пациентов. С целью ранней реабилитации, уменьшения послеоперационных осложнений использовалась трехпортовая лапароскопия. В случае сравнения трех- и четырехпортовой энуклеации статистически достоверной разницы в достижении почечной трифекты не было получено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В руках хирурга с большим опытом возможно использование метода энуклеации опухоли почки. Трехпортовая энуклеация является безопасной альтернативой четырехпортовой лапароскопии ($p < 0,05$). Выделение сосудов почечной ножки необходимо в случае «сложных опухолей». Не было получено данных о послеоперационном кровотечении при ушивании раневой поверхности однорядным швом. Интрапаренхиматозное клипирование позволяет достигать достаточной

видимости при выполнении энуклеации в условиях нулевой ишемии, что в свою очередь позволяет избежать положительного хирургического края ($p < 0,05$).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

РАК ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДОСТИЖЕНИЯ

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак верхних мочевых путей, лечение

РЕТРОГРАДНАЯ ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ АБЛЯЦИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ТУЛИЕВЫМ ЛАЗЕРОМ: НАДЕЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ

Р.Ю. Андреев², К.Б. Колонтарев¹,
Д.Ю. Пушкарь¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им.

А.И. Евдокимова, Москва, Россия

²Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

уротелиальный рак, ретроградная интратенальная хирургия, лазерная абляция опухоли.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уротелиальная карцинома верхних мочевых путей (УРВМП) является редким и опасным заболеванием, требующим серьезного лечения. Радикальная нефроуретерэктомия длительное время является «золотым стандартом» лечения УРВМП, но она должна применяться только в случае больших опухолей, поскольку может привести к серьезным осложнениям. В связи с этим небольшие опухоли низкой степени зло-

качественности наиболее перспективно оперировать с помощью гибкой уретероскопической лазерной абляции, что позволяет сохранить орган и избежать развития осложнений. В литературе обсуждаются различные типы лазеров для лечения УРВМП, но эффективность и безопасность тулиевого лазера (Tm:YAG) при уретероскопической абляции УРВМП еще не была изучена. *Цель исследования:* оценка безопасности и эффективности тулиевого лазера при уретероскопической абляции УРВМП для улучшения результатов лечения пациентов с этим заболеванием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

Исследование проведено с целью оценки результатов ретроградной внутрипочечной абляции уротелиальной карциномы с использованием тулиевого лазера. В исследовании приняли участие 40 пациентов, 23 из которых перенесли оперативное лечение в объеме радикальной нефроретерэктомии, в то время как оставшиеся 17 пациентов, которым была выполнена только лазерная абляция Tm:уаg, были наблюдаемы в течение 15 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало высокую безопасность и эффективность ретроградной внутрипочечной абляции уротелиальной карциномы при применении тулиевого лазера. Из 17 пациентов, перенесших лазерную абляцию УРВМП, повторная операция потребовалась лишь в одном случае (5,9% случаев), что было обусловлено первоначальными размерами опухоли. Стоит отметить, что гемостатические препараты и гемотрансфузии не применялись ни в одном из всех случаев. Применение данного метода позволяет сохранить орган и минимизировать развитие осложнений, связанных с почечной недостаточностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования. Диагностика, достижения

Рубрика: Комбинированное лечение немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря высокого риска

СРАВНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В ТКАНЯХ ОПУХОЛИ И ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ С РАЗЛИЧНОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА

Л.И. Белякова^{1,2}, И.А. Абоян¹, Е.В. Филатова², А.Н. Морозов¹, А.Н. Шевченко²

¹ЦАОП, ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия
²Отделение онкоурологии, ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП), онкоурология, диагностика рецидивов, трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР), внутривезикулярная химиотерапия (ВПХТ).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По статистике рак мочевого пузыря (РМП) занимает 7-е место среди видов рака у мужчин. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря склонен к рецидивированию и прогрессированию. Опухоли высокой степени злокачественности High grade (HG) отличаются атипией клеточных ядер, которая проявляется нарушением поляриности. В настоящее время главной задачей является раннее выявление рецидива заболевания для улучшения качества жизни больных, входящих в группу высокого и крайне высокого прогностического риска. *Цель исследования:* изучение экспрессии некоторых цитокинов и определение их концентрации в тканях опухоли (ОП) и перифокальной зоны (ПЗ) у пациентов с НМИРМП высокой степени злокачественности (HG) с различной вероятностью возникновения рецидива.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ
В исследование включены 20 пациентов с впервые выявленным НМИРМП (HG). Полученные фрагменты, забранные в ходе хирургического вмешательства в объеме ТУР, опухоли (ОП) и перифокальной зоны (ПЗ), были механически дезагрегированы и отцентрифугированы при 1,5 тыс. об/мин в течение 10 минут. В полученных образцах супернатанта, с помощью «сэндвич»-варианта ИФА, согласно инструкции производителя, определялся уровень цитокинов: IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-18, TNF- α , INF- γ («ВЕКТОР-БЕСТ»). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета STATISTICA 13 (StatSoftInc., США). Результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха – 25 и 75 процентиля (Me [LQ; UQ]). В дальнейшем пациентам проводилась внутривезикулярная химиотерапия (ВПХТ) № 6. У девяти пациентов, в ходе наблюдения (6–9 мес.) выявлен рецидив заболевания, у 11 пациентов при плановых обследованиях рецидива не обнаружено.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ОП у больных с развитием рецидива в ходе наблюдения (6–9 мес.) было выявлено увеличение относительного содержания IL-6 в 2 раза (6,22 [4,5;9,2] против 3 [1,3;3,9], p=0,027), IL-18 – в 4 раза (87,6 [83,9;12] против 22,8 [20,3;34,4], p=0,012), TNF- α – в 2 раза (10,9 [8,3;12,7] против 5,5 [4,5;7,2], p=0,032). IL-10 – в 1,5 раза (5,1 [4,2;5,6] против 3,6 [1,6;3,9]) при незначительном снижении INF- γ и IL-8. Уровень содержания ИЛ-1 β увеличен в группе пациентов с развитием рецидива в течение 6–9 мес., в группе пациентов без рецидива (38,5 [26,7;49,6] против 31,3 [17,3;3,41], p=0,035), а содержание хемокина IL-8, в группе

с развитием рецидива оказалось в 1,5 раза ниже, чем в группе без рецидива (42,6 [38,4;45,7] против 69,4 [47,5;113,2]), $p=0,043$). Статистически значимых различий в содержании ИНФ- γ не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рецидив заболевания опухоли НМИРМП высокой степени злокачественности наступал через 6–9 мес. после комплексного лечения (ТУР+ВПХТ) и характеризовался повышением уровней цитокинов IL-6, IL-10, IL-18, TNF- α , но не IL-8 по сравнению с опухолями, рецидив которых не развивался в сроки динамического наблюдения (6–9 мес.). Полученные данные могут свидетельствовать о высокой выживаемости опухолевых клеток и возможном сохранении их пула, а также высокий миграционный потенциал клеток может в дальнейшем приводить к инвазии и развитию рецидива заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак почки. Локальный рак, результаты, осложнения

Рубрика: Лапароскопическая резекция почки

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ICG ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

Т.Р. Биктимиров^{1,3}, А.Г. Мартов²,
Р.Г. Биктимиров^{1,2}, А.В. Баранов³, А.М. Хитрых²,
Н.А. Амосов⁴, Д.С. Ясаков¹

¹*ФГБУ «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий»
ФМБА России, Химки, Россия*

²*Кафедра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия*

³*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр лазерной медицины им. О.К. Скобелкина»
ФМБА, Москва, Россия*

⁴*Государственное бюджетное учреждение Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая резекция почки, рак почки, индоцианин зеленый.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лапароскопическая резекция почки (ЛРП) в настоящее время является стандартом лечения почечно-клеточного рака (ПКР). Основными недостатками ЛРП являются трудности в обеспечении надежного интраоперационного гемостаза и необходимость создания ишемии почечной ткани. *Цель исследования:* продемонстрировать эффективность использования индоцианина зеленого (ICG) с ближней инфракрасной визуализацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У пациентки П., 63 года, при УЗИ почек выявлена опухоль правой почки. В октябре 2022 г. пациентка госпитализирована в клинику. По данным проведенного обследования установлен диагноз: опухоль правой почки cT1aNoMo RENAL 9X. При оценке опухоли и почечных сосудов по МСКТ опухолевый узел локализован в верхнем переднем сегменте; магистральные почечные сосуды представлены одной веной и одной артерией, при этом почечная артерия имеет раннее деление; оценка строения почечной артерии в ангиорежиме МСКТ позволила предположить наличие кровоснабжающего опухоль сосуда и возможность выполнения резекции почки в условиях селективной ишемии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лапароскопии выполнена мобилизация почки и выделения почечной ножки, на кровоснабжающую опухоль ветку почечной артерии наложен зажим. Произведено введение 5 мл разведенного ICG. Визуализация выполнялась в режиме наложения ближнего инфракрасного на белый свет. Зафиксирована флуоресценция ICG в кровоснабжаемых участках почечной артерии, ишемизированный сегмент почки остался без изменений. На артерию наложена клипса, произведена резекция почки с последующим ушиванием. Произведено повторное введение препарата, в условиях освещения в ближнем инфракрасном свете подтверждено равномерное распределение препарата. Заключение: опухоль почки – почечно-клеточная светлоклеточная карцинома, Grade 2. Заключительный диагноз: рак правой почки pT1aNoMo.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование флуоресцентной визуализации в ближнем инфракрасном спектре с контрастированием ICG позволило интраоперационно вы-

полнить селективную ангиографию и визуализировать зону ишемии с максимальной точностью, что способствовало выполнению резекции в условиях сохраненного кровотока.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ИМП, инфекции нижних мочевых путей / Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Осложнения терапии рака мочевого пузыря

БЦЖ-ЦИСТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.А. Горелова^{1,2}, К.Х. Чибиров¹,
А.Н. Муравьев^{1,3}, А.Н. Ремезова¹,
А.И. Горбунов¹, А.И. Горелов²

¹ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра госпитальной хирургии медицинского
факультета СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

³Кафедра хирургических болезней, частное
образовательное учреждение высшего
образования «Санкт-Петербургский
медико-социальный институт»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

БЦЖ-цистит, рак мочевого пузыря, осложнения иммунотерапии рака мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Развитие БЦЖ-цистита является показанием к прекращению внутривезикулярной иммунотерапии неинвазивного рака мочевого пузыря. В ряде случаев БЦЖ-цистит приводит к формированию малого мочевого пузыря. *Цель исследования:* оценить клинические, лабораторные и морфологические параметры у пациентов с БЦЖ-циститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2019–2022 гг. В исследование включены 27 пациентов (14 мужчин и 13 женщин), проходивших лечение в отделении урологии ФГБУ

«СПб НИИФ» Минздрава России по поводу БЦЖ-цистита. Средний возраст пациентов составил $66,4 \pm 8,7$ года (от 49 до 82). Оценивались следующие показатели: время от начала симптомов до момента поступления в стационар, поллакиурия, результаты опросника O’Leary/Sant (ICSI и ICPI), интенсивность болевого синдрома (ВАШ), лейкоцитурия, результаты бактериологических исследований и ПЦР мочи на ДНК микобактерий, реакции Манту и Диаскинтеста, цистоскопическая картина, функциональная и анестетическая емкости мочевого пузыря, количество мочеиспусканий в сутки, результаты гистологического исследования, ответ на специфическую терапию, соблюдение протокола БЦЖ-терапии и амбулаторного лечения БЦЖ-цистита. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного обеспечения SPSS Statistics v.26.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время от начала симптомов до поступления в стационар разнилось от трех недель до девяти месяцев, медиана составила три месяца (2; 4). У всех пациентов отмечалась поллакиурия, а в общем анализе мочи – лейкоцитурия. Среднее значение по шкале ВАШ боли составило $6,8 \pm 1,4$. По результату опросника ICPI, количество баллов было максимальным у всех пациентов, по опроснику ICSI медиана составила 17 (16;18). Дискинтест во всех случаях был отрицательным, проба Манту положительная, но не гиперэргическая. ДНК микобактерий по результатам ПЦР выявлено у девяти пациентов (33,3%). При бактериологическом исследовании микобактерии определены не были, неспецифическая флора определялась у пяти пациентов (18,5%). При оценке цистоскопической картины петехии и гломеруляции визуализированы у 22 (81,5%) пациентов, кровотечения водопадного типа – у 23 (85,2%). Анестетическая емкость мочевого пузыря разнилась от 150 мл до физиологических цифр (не менее 400 мл), функциональная емкость, согласно дневнику мочеиспускания, во всех случаях снижена – $133,3 \pm 25$ мл. Среднее количество мочеиспусканий составило $26 \pm 5,1$, средний объем – $67,8 \pm 13,7$ мл. У пяти (18,5%) пациентов определяли гистологическую картину специфического микобактериального процесса в биоптате мочевого пузыря. Нарушение протокола БЦЖ-терапии выявлено в 15 (55,6%) наблюдениях, а протокол амбулаторного

лечения БЦЖ-цистита нарушен в 100%. Полного ответа на специфическую терапию не наблюдали, неполный ответ получен у 11 пациентов. Выявлена корреляционная связь между гистологически верифицированным специфическим процессом и наличием неполного ответа на терапию противотуберкулезными препаратами ($p=0,006$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие БЦЖ-цистита приводит к стойким дизурическим расстройствам, снижению качества жизни пациентов, уменьшению анестетической и функциональной емкостей мочевого пузыря, а зачастую приводит и к формированию микроцистиса. Неполный ответ на специфическую терапию усугубляется несоблюдением протокола лечения БЦЖ-цистита.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Роботические технологии в лечении больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ЦИСТЭКТОМИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.А. Грицкевич^{1,2}, В.А. Оганян¹,
Т.П. Байтман^{1,2}, Д.М. Монаков^{1,2},
Ж. Полотбек¹, Н.А. Карельская³, А.А. Костин²

¹*Отделение хирургического лечения урологических заболеваний, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия*

²*Кафедра урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия*

³*Отделение лучевой диагностики, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, робот-ассистированная цистэктомия, радикальная цистэктомия, деривация мочи.

ВВЕДЕНИЕ

Радикальная цистэктомия (ЦЭ) с тазовой лимфаденэктомией является операцией выбора при мышечно-инвазивном, рецидивирующем и/или с высоким риском прогрессирования немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (РМП). Робот-ассистированные цистэктомии (РАЦЭ) малоинвазивны и эргономичны, что выгодно отличает их от открытых и лапароскопических ЦЭ. *Цель исследования:* оценить онкологические и функциональные результаты РАЦЭ у больных РМП в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 12 больных раком мочевого пузыря. Все пациенты проходили лечение в 2020–2023 гг. (11 [91,7%] мужчин и 1 [8,3%] женщина). Средний возраст пациентов составил $65,6 \pm 4,9$ года. Всем пациентам оперативное лечение выполнялось на роботической системе Da Vinci Si (Intuitive Surgical, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выбор метода деривации мочи зависел от возраста пациента, сопутствующей патологии, распространенности опухолевого процесса, а также функционального состояния верхних и нижних мочевыводящих путей. Уретерокутанеостомия (УКС) была выполнена 4 (33,3%) пациентам, гетеротопическая пластика (операция Брикера) – 4 (33,3%) пациентам. 4 (33,3%) пациентам выполнено формирование ортотопического резервуара по методике Штудера.

Средняя продолжительность операции составила 392,1 (225–675) мин. Длительность оперативного вмешательства зависела от выбранной методики отведения мочи. РАЦЭ с формированием искусственного мочевого пузыря по методике Штудера были самыми длительными: их средняя продолжительность составляла $545 \pm 92,5$ мин., что почти в два раза больше, чем РАЦЭ с УКС. В среднем объем кровопотери при РАЦЭ составил 237,5 (100–700) мл. Максимальный объем кровопотери отмечен у пациентов с формированием искусственного мочевого пузыря, минимальный – при УКС.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены в 4 (36,4%) случаях. Преобладали

адаптационные пиелонефриты – 3 (27,3%), имел место 1 (9,1%) случай диспептического расстройства. При контрольных плановых обследованиях поздние осложнения не выявлены.

По данным ПГИ, у 2 (16,7 %) пациентов выявлена стадия pT1, у 5 (41,6%) – pT2, у 3 (25%) – pT3, у 2 (16,7%) – pT4. Регионарные метастазы выявлены у 3 (25%) пациентов. Во всех случаях подтверждена мышечно-инвазивная уротелиальная карцинома high-grade.

Один пациент погиб от прогрессирования РМП через 1,5 года после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РАЦЭ является одной из наиболее предпочтительных процедур для лечения мышечно-инвазивного РМП. Роботические операции, отличающиеся меньшей инвазивностью и травматичностью, большей прецизионностью и эргономичностью, продолжают развиваться, становясь частью повседневной практики специализированных центров. Усовершенствование техники операций и повышение их доступности – основные направления развития современной роботической хирургии и роботической цистэктомии в частности.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Робот-ассистированная радикальная цистэктомия с ортотопической цистопластикой, оценка результатов

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКОЙ

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Б.К. Комяков¹, Р.Р. Болотоков²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО
«Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной
хирургией Маршинской больницы,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, робот Да Винчи, роботическая цистэктомия, интракорпоральная ортотопическая цистопластика.

ВВЕДЕНИЕ / ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Робот-ассистированная радикальная цистэктомия (РАРЦ) с интракорпоральной ортотопической цистопластикой является сложным хирургическим вмешательством и постепенно становится альтернативой открытой операции. *Цель исследования:* сравнение периоперационных, функциональных и онкологических результатов открытой радикальной цистэктомии (ОРЦ) и РАРЦ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

РАРЦ с илеоцистопластикой выполнена 25 больным. Мужчин было 24, женщин – 1, средний возраст составил 65,5 года. ОРЦ произведена 30 больным (контрольная группа), среди них мужчин было 28, женщин – 2, средний возраст – 67,2 года. При РАРЦ выделяли мочеточники в нижней трети, выполняли диссекцию мочевого пузыря (МП) от прямой кишки и с обеих сторон, клипирование пузырных сосудов и отсечение уретры. После тазовой лимфодиссекции резецировали 50 см подвздошной кишки, 2 дистальных сегмента U-образно складывались, в нижней части петли производился разрез 1,5 см и выполнялся анастомоз с уретрой. Далее эти сегменты детубуляризировались, формировался модифицированный резервуар по Studer. В тубулярную часть имплантировали мочеточники. При ОРЦ деривация мочи также проводилась формированием резервуара по Studer. В обеих группах оценивали время операции, объем кровопотери, количество осложнений, сроки госпитализации, процент дневной и ночной континенции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время РАРЦ и ОРЦ составили 380 (320–580) и 260 (220–320) мин. ($p < 0,05$). При РАРЦ объем кровопотери был 85 (50–250) мл, гемотрансфузия не проводилась, а при ОРЦ – 520 (350–1400) мл, перелито в среднем 480 (0–840) мл крови ($p < 0,05$). После РАРЦ 30-дневные осложнения наблюдались у 8 (32,0%) и 90-дневные – у 6 (24,0%) больных, при ОРЦ они диагностированы у 12 (40,0%) и 9 (30,0%) пациентов. Осложнение 5 степени было у больного после РАРЦ, который умер от инфаркта миокарда за 90-дневный

период. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в группе РАРЦ было 15 (10–18), у одного пациента выявлены метастазы в лимфоузлы. Случаев местного рецидива не было. При ОРЦ среднее количество лимфоузлов было 16 (11–20), метастазы выявлены у 2 больных. У одного из них в дальнейшем диагностирован местный рецидив. Значимого различия в количестве удаленных лимфатических узлов между двумя группами не было. После РАРЦ у 20 (80,0%) из 25 пациентов наблюдалось полное удержание мочи, остальные 5 (20,0%) использовали 1–2 прокладки в день. Ночная континенция установлена у 15 (60,0%) больных. После ОРЦ полная континенция была выявлена у 23 (76,7%) из 30 больных, а 5 (20,0%) использовали 1–2 прокладки и 2 (6,7%) – 2–3 прокладки в день. Ночная континенция при ОРЦ была у 17 (56,7%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РАРЦ является малоинвазивным методом хирургического лечения больных с мышечно-инвазивным РМП. После нее по сравнению с ОРЦ наблюдается достоверно меньшее количество осложнений и гемотрансфузий, но длительное время операции. В обеих группах наблюдаются идентичные онкологические и функциональные результаты, которые сопоставимы с литературными данными.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология

Рубрика: Рак мочевого пузыря

ФОРМИРОВАНИЕ МОЧЕТОЧНИКО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Э.В. Гурин¹, П.В. Нестеров^{1,2}, А.В. Ухарский¹,
Е.А. Метелькова¹, М.Ю. Тянутов¹

¹ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия

²Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, мочеточнико-кишечный анастомоз, стриктура анастомоза.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Треть случаев рака мочевого пузыря (РМП) диагностируется в мышечно-инвазивных стадиях. Стандартом лечения в данном случае является выполнение радикальной цистэктомии, при которой после выполнения аблативного этапа неотъемлемо встанет вопрос выбора варианта отведения мочи. При использовании кишечных континентных или инконтинентных методик актуальной является проблема формирования мочеточнико-кишечного анастомоза, который, с одной стороны, должен защитить верхние мочевые пути от рефлюкса и восходящей бактериурии, с другой – обеспечить свободный пассаж мочи через анастомоз. *Цель исследования:* оценить результаты выполнения мочеточнико-кишечных анастомозов после радикальной цистэктомии при различных вариантах деривации мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное наблюдательное неконтролируемое исследование. В исследование вошел 81 пациент (72 мужчины, 9 женщин) с диагнозом рак мочевого пузыря, проходивших лечение в ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница» в период 2016–2022 гг. Пациенты подвергнуты радикальной цистэктомии с выполнением различных вариантов кишечной деривации мочи. Средний возраст пациентов составлял 65,2±8,4 года. По глубине инвазии опухоли пациенты были распределены следующим образом: pT1 – 3, pT2 – 39, pT3 – 22, pT4 – 15. Отдаленные результаты анализировались через 6 месяцев после оперативного вмешательства путем клинической, рентгенологической, ультразвуковой оценки наличия рефлюкса и обструктивных нарушений верхних мочевых путей. Выделительная функция почек оценивалась путем расчета скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 66 случаях выполнено отведение мочи с помощью подвздошного кондуита, 15 пациентам выполнена ортотопическая пластика мочевого пузыря в модификации Studer. Во всех случаях мочеточнико-кишечный анастомоз формировался без использования антирефлюксной защиты по прямой методике (конец в бок).

В раннем послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза с развитием мочевого перитонита отмечена у 3 (3,7%) пациентов, что по-

требовало проведения повторных операций. При контрольном обследовании через 6 месяцев после операции односторонняя стриктура анастомоза выявлена у 2 пациентов (2,5%). Рефлюкс мочи без признаков расширения полостной системы почек по данным инструментальных исследований и снижения почечной функции (СКФ – 79 мл в мин.), зафиксирован у 1 (1,2%) пациента после ортотопической пластики мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование прямого мочеточнико-кишечного анастомоза является технически простым в исполнении, функционально оправданным и имеет низкую частоту возникновения отдаленных осложнений (3,7%), которые представлены рефлюксом мочи и склеротическими изменениями в зоне анастомоза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Эндоурология

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИКИ EN-BLOC РЕЗЕКЦИИ И БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЫШЕЧНО-НЕИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.П. Даренков¹, Е.А. Пронкин^{1,2},
А.М. Домникова², В.А. Новиков², И.Э. Мусаев²

¹*Кафедра урологии Управления делами
Президента РФ ЦГМА, Москва, Россия*
²*ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. акад.
Ю.М. Лопухина, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биполярная трансуретральная резекция мочевого пузыря, трансуретральная резекция единым блоком (en-bloc).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак мочевого пузыря (РМП) – тяжелое, в ряде случаев инвалидизирующее заболевание, для которого не разработано системы активного выявления, требующее тщательной дифференциальной диагностики, имеющее большую склонность

к рецидивированию и прогрессированию. Трансуретральная резекция мочевого пузыря единым блоком (en-bloc) получила широкое распространение в последние годы. В то же время трансуретральная резекция в классическом варианте остается стандартом для диагностики и первичного лечения опухолей мочевого пузыря. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность методики en-bloc трансуретральной резекции по сравнению с биполярной трансуретральной резекцией мочевого пузыря (БТУРМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике с 2021 по 2022 г. проведено 73 резекции мочевого пузыря в связи с выявленной опухолью. У 33 пациентов выполнена ТУРМП по методике en-bloc и у 40 – классическая БТУРМП. В ходе предоперационного обследования МРТ малого таза с в/в контрастированием было выполнено 67 пациентам. Всем пациентам после проведения операции проводилась однократная инстиляция мочевого пузыря раствором доксорубицина или непрерывное орошение мочевого пузыря в течение суток после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний размер опухоли в группе en-bloc ТУРМП – 18 мм, в группе БТУРМП – 26 мм. При гистологическом исследовании детрузор присутствовал у 96,9% в группе en-bloc и в 87,5% в группе БТУРМП. Перфорация мочевого пузыря в ходе операции отмечена у 6 и 17,5% соответственно. В группе en-bloc резекции не отмечено кровотечения в ближайший послеоперационный период, при выполнении БТУРМП у 15% пациентов отмечалось кровотечение, требующее введения гемостатических препаратов. Остальные осложнения в двух группах не отличались по шкале Clavien-Dindo. Совпадение результатов МРТ мочевого пузыря с оценкой по шкале VI-RADS с результатами гистологического исследования составило 93,4% в группе en-bloc и 92,5% при БТУРМП. Рецидив опухоли отмечен у 9% в группе en-bloc и 15% в группе БТУРМП. Прогрессирование опухоли не наблюдалось при повторной ТУР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гистологический материал, полученный при резекции единым блоком, позволяет достоверно провести верификацию диагноза с оценкой детрузора. Отмечен высокий профиль безопасности при en-bloc трансуретральной резекции, снижение количества перфорация мочевого пузыря.

Протокол VI-RADS на дооперационном этапе является высокоинформативным инструментом, позволяющим прогнозировать объем хирургического лечения. Требуется более длительное наблюдение для достоверной оценки отдаленных онкологических результатов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак верхних мочевых путей. Лечение: хирургическое (инвазивное).

ИНЦИДЕНТАЛЬНЫЙ УРОТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ПРИ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

А.Б. Доронин¹, А.В. Капенкин¹, С.В. Щелков¹,
И.В. Александров¹, В.Н. Верещагин²,
А.В. Ефимов²

¹ Кафедра урологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России, г. Волгоград, Россия

² Отделение урологическое, ГУЗ КБ №12 города
Волгограда, г. Волгоград, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника; уротелиальный рак;
резекция мочеточника

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание клинического наблюдения ретроспективного выявления инцидентального уротелиального рака при резекции мочеточника по поводу структуры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка С. в августе 2022 года впервые отметила примесь крови в моче, по поводу чего проходила амбулаторное обследование. При ультразвуковом исследовании был обнаружен гидронефроз слева. При компьютерной томографии с внутривенным контрастированием – образование в нижней трети левого мочеточника с выраженным уродинамическим блоком и левосторонним гидронефрозом 2 степени. При уретероскопии 01.12.2022 обнаружены склеротические изменения стенки мочеточника, выраженная стриктура. Выполнена биопсия новообразования, стентирование левых мочевыводящих путей. По данным гистологического исследования –

морфологическая картина фиброзной ткани, что соответствовало стриктуре мочеточника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В январе 2023 была выполнена резекция стриктуры нижней трети левого мочеточника с наложением уретероуретероанастомоза на внутреннем стенте. По данным гистологического исследования – инфильтративная уротелиальная карцинома с некрозом. Принято решение об активном наблюдении пациента. Через месяц стент левых мочевыводящих путей удален. Прходимость мочеточника хорошая. При динамическом наблюдении в течение 4-х месяцев данных за рецидив уротелиальной опухоли нет, уретерогидронефроз регрессировал.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При ретроспективном обнаружении инцидентального уротелиального рака в резецированном фрагменте мочеточника возможна тактика активного наблюдения пациента. Необходим более длительный период наблюдения для оценки онкологического результата

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют.

Тема сессии: БЦЖ-терапия пациентов с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря: как обстоят дела

Рубрика: БЦЖ-терапия пациентов с раком мочевого пузыря

БЦЖ-ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: КАК ОБСТОЯТ ДЕЛА

А.М. Дымов¹, Ю.А. Ли¹, М.П. Корчагин²,
Н.С. Винчевская¹, А.З. Винаров¹,
М.А. Газимиев¹

¹ Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России,
Москва, Россия

² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, БЦЖ-терапия, онкоурология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рецидивирование немышечно-инвазивного рака

мочевого пузыря (НМИРМП) достигает 70%, а риск прогрессирования в мышечно-инвазивный РМП – 20%. С целью повышения без рецидивной выживаемости пациентам с НМИРМП промежуточного и высокого риска показана внутривезикулярная БЦЖ-терапия. *Цель исследования:* оценить использование внутривезикулярной БЦЖ-терапии среди врачей Российского общества урологов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели опрос российских врачей-урологов о применении внутривезикулярной БЦЖ-терапии и ассоциированными с ней трудностями, а также обзор нормативно-правовой базы в целях предоставления алгоритма действий врача-уролога в отношении эпидемиологической безопасности при проведении внутривезикулярной БЦЖ-терапии онкоурологическим больным в ЛПУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В опросе приняли участие 145 врачей. Из них 42% имеют сертификат врача-уролога, 48% – уролога и онколога и 10% – только сертификат онколога. По результатам опроса 46 из 145 врачей (32%) не назначают БЦЖ-терапию пациентам с НМИРМП. Среди них большая часть (63%) имеет стаж работы более 10 лет. 74% ответивших не назначают БЦЖ-терапию в связи с отсутствием условий для проведения БЦЖ-терапии, 20% – не назначают исключительно из-за отсутствия препарата, 2% – опасаются побочных реакций у пациентов или заражения туберкулезной инфекцией себя и медперсонала, 2% – заявили об отсутствии рекомендаций к БЦЖ-терапии от онкологического диспансера. При этом 87% опрошенных работают в онкологических, урологических стационарах или онкодиспансерах. Необходимо отметить, что отсутствие условий для проведения БЦЖ-терапии оказалось лидирующей причиной не только для отказа от назначения терапии, но и для перенаправления пациентов в другие ЛПУ (81%).

Лишь 8% врачей, которые проводят БЦЖ-терапию в своих ЛПУ, не отмечают трудностей при проведении терапии (4% работают в частных медицинских центрах, 4% – в урологических стационарах). 18% врачей встречаются со сложностями, связанными с организацией необходимых условий для проведения БЦЖ-терапии в стенах ЛПУ, 5% – сталкиваются с высокой частотой побочных реакций, 69% – отмечают нехватку препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные опроса показали, что наиболее часто встречающейся причиной отказа от БЦЖ-терапии является убежденность врачей в отсутствии условий для проведения БЦЖ-терапии в своих ЛПУ. Следовательно, лечение трети пациентов с НМИРМП не в полной мере соответствует стандартам терапии во многом в связи с административно-правовыми ограничениями, которые зачастую преодолимы при детальном изучении нормативно-правовой базы о проведении БЦЖ-терапии в ЛПУ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак мочевого пузыря

ВЛИЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ – NLR, PLR, LMR, PD-L1 НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.А. Журавский¹, А.И. Горелов^{1,2},
А.А. Горелова^{1,3}, С.Л. Воробьев⁴,
Е.С. Козорезова⁴

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

⁴Национальный центр клинической морфологической диагностики,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

иммунотерапия, мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, прогностические маркеры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак мочевого пузыря – привлекательная модель для исследования молекулярных и иммунологических биомаркеров. Среди перспективных маркеров выделяют лимфоцитарно-моноцитарный индекс (ЛМИ, Lymphocyte-monocyte ratio, LMR),

тромбоцито-лимфоцитарный индекс (ТЛИ, platelet-lymphocyte ratio, PLR) и нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ, neutrophil-lymphocyte ratio, NLR). Они могут быть легко определены по клиническому анализу крови. Эти показатели являются дополнительными маркерами системного воспалительного ответа и коррелируют с прогрессированием стадии и неблагоприятным прогнозом. PD-L1 – иммунная точка контроля в B7/CD28, негативно регулирующая миграцию Т-лимфоцитов, пролиферацию и функцию посредством связывания рецептора PD-1 или B7.1 (CD80). PD-L1 ассоциирована с инфильтрацией опухолевого окружения и низкой выживаемостью при уротелиальной карциноме. Выполнена оценка прогностической ценности периоперационных иммунологических маркеров LMR (Lymphocyte-monocyte ratio), PLR (platelet-lymphocyte ratio) и NLR (neutrophil-lymphocyte ratio), а также наличие экспрессии PD-L1 (Programmed death ligand-1) у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря, которым была выполнена радикальная цистэктомия. *Цель исследования:* выявить и оценить связь между наиболее значимыми клиническими, морфологическими и иммунологическими маркерами и выживаемостью пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (МИРМП), которым была выполнена радикальная цистэктомия (РЦ). Мы также разработали алгоритм диагностики и лечения пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование 100 пациентов с МИРМП, перенесших РЦ в период с 1995 по 2013 г. Фиксированные в формалине парафиновые блоки (5 µm) подвергались иммуногистохимическому анализу с использованием антитела против человеческого PD-L1 (1:100; Spring Bioscience, Pleasanton, CA, USA). Срезы были сформированы с использованием 3,3'-диаминобензидинтетрагидрохлорида с системой Envision (Dako, Denmark). Конечной точкой исследования была общая выживаемость (ОВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для достижения поставленной цели мы изучили взаимосвязь уровней RLR, NLR, LMR и PD-L1 с гендерными различиями, возрастом, стадиями T и N, степенью злокачественности G, а также общей выживаемостью. Пятилетняя ОВ была

достоверно ниже ($p < 0,0001$) в группах высокого риска при всех воспалительных индексах. Так, пятилетняя общая выживаемость составила 52%, 57% и 45% для PLR, NLR и LMR высоких рисков соответственно. Проведение множественного регрессионного анализа показало, что анализируемые иммунологические маркеры могут использоваться для прогнозирования исходов хирургического лечения. Уровень экспрессии PD-L1 больше 5% не оказал значимого влияния ($p > 0,05$) на выживаемость в разных подгруппах, таких как возраст, пол, степень дифференцировки опухоли, размер опухоли, а также при различных уровнях рисков индексов воспаления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши результаты показывают, что дешевый и простой анализ маркеров воспаления может быть ценным для выявления пациентов высокого и низкого риска с МИРМП, предсказывая эффективность хирургического лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Лечение хирургическое

ПИЕЛОНЕФРИТ КАК ФАКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

О.А. Кириченко, А.В. Сергеев, А.Ю. Ульянов

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная цистэктомия, рак мочевого пузыря, пиелонефрит, выживаемость.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Радикальная цистэктомия (РЦ) продолжает оставаться основным хирургическим методом лечения больных мышечно-инвазивными формами рака мочевого пузыря (РМП). Наличие хронического пиелонефрита (ХП) не является противопоказанием к выполнению данной операции, но в то же время может влиять на выживаемость

у таких пациентов. *Цель исследования:* изучение влияния ХП на выживаемость больных РМП после РЦ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1998 по 2019 г. в нашей клинике было выполнено 382 РЦ. В ранние сроки после данного вмешательства различные уродинамические нарушения явились причиной развития острого пиелонефрита у 24 (6,3%) больных. Для восстановления адекватного дренирования почек произведена чрескожная пункционная нефростомия – 12 (3,1%) пациентам и открытые операции – 2 (0,5%). У 10 (2,6%) больных причины уродинамических нарушений были связаны с отеком в области мочеточнико-резервуарных анастомозов и для его устранения оказалось достаточным проведение противоотечной и усиление антибактериальной терапии. Обострение ХП в отдаленные сроки после РЦ наблюдалось у 17 (7,3%) пациентов, из них после илеоцистопластики (ИЦП) – у 7 (4,2%), уретеросигмоанастомоза (УСА) – у 7 (22,6%) и уретерокутанеостомии (УКС) – у 3 (33,3%). В 1 (0,4%) случае развился уросепсис, в результате чего пациент скончался. У всех остальных 16 (6,8%) пациентов было достаточно адекватной антибактериальной терапии с учетом результатов посева мочи. По частоте пиелонефрита среди пациентов с континентными методами деривации в лучшую сторону отличались группы больных с гастроцистопластикой (ГЦП) и сигмоцистопластикой (СЦП), в которых этого осложнения не отмечалось вообще. Среди всех больных худший результат продемонстрировала группа с УКС и УСА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение всего времени наблюдения активизация ХП наиболее часто происходила у больных после РЦ с неортотопическими методами деривации мочи. На этом фоне применение ортотопических методов деривации мочи позволило достоверно снизить риск ХП, как в ранние (OR=3,6; ДИ 1,5÷8,5; $p<0,01$), так и в поздние сроки после операции (OR=8,9; ДИ 3,1÷25,2; $p<0,001$). При этом достоверных различий при попарном сравнении частоты возникновения ХП как между группами больных с ГЦП, ИЦП и СЦП, так и между пациентами с УКС и УСА не отмечалось ($p>0,05$). Наличие пиелонефрита существенно влияло на общую выживаемость. В группе больных, оперированных по поводу РМП

и страдающих пиелонефритом, пятилетняя общая выживаемость была достоверно ($p<0,001$) ниже по сравнению с группой больных без пиелонефрита (68,0 и 88,0% соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие такого осложнения, как ХП, у больных после РЦ явилось одним из важнейших предикторов снижения их общей выживаемости ($p<0,001$). Применение ортотопических методов деривации мочи по сравнению с неортотопическими позволило достоверно уменьшить риск ХП, как в раннем послеоперационном периоде, так и в поздние сроки после РЦ и тем самым повысило общую выживаемость у данных пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКИ

Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, А.Ю. Ульянов

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ортотопическая цистопластика, рак мочевого пузыря, гастроцистопластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

После забора сегмента желудочно-кишечного тракта для формирования неоцистиса и инкорпорирование его в мочевые пути не только происходят анатомо-функциональные изменения в мочеполовой и пищеварительной системе, но и наблюдаются метаболические изменения, связанные с всасыванием мочи через слизистую кишечного резервуара. В случаях невозможности использования тонкокишечного сегмента альтернативой может стать гастроцистопластика. Дан-

ная операция имеет свои технические особенности, определенные показания и противопоказания. *Цель исследования:* изучить изменения метаболизма у пациентов после ортотопической цистопластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1996 по 2022 г. в нашей клинике удаление мочевого пузыря было произведено 402 пациентам. Женщин было 82 (20,4%), мужчин – 320 (79,6%), средний возраст составил $54,3 \pm 8,2$ года. Замещение мочевого пузыря подвздошной кишкой было произведено у 347 (86,3%) больных, сегментом желудка – у 24 (6,0%), участком сигмовидной кишки – у 31 (7,7%). Период наблюдения составил от 12 до 310 месяцев. Всем пациентам была выполнен широкий спектр методов обследования, в том числе оценка КОС и электролитов, уродинамические исследования, денситометрия костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов с подвздошным неоцистисом при условии адекватного его опорожнения отмечался незначительный компенсированный метаболический ацидоз без значимых расстройств электролитного баланса и КОС, с показателями рН до вмешательства $7,37-7,42$ ($7,40 \pm 0,03$) и $7,34-7,41$ ($7,37 \pm 0,06$) в отдаленном периоде наблюдения. Клинический значимый ацидоз был выявлен у пациентов с большим объемом неоцистиса из подвздошной кишки при наличии задержки мочеиспускания. Пациенты после гастроцистопластики не продемонстрировали клинически значимого изменения уровня гастринина, пепсиногена и витамина В₁₂, эти показатели составили соответственно $22,4 \pm 0,6$ пмоль/л, $33,1 \pm 0,8$ мкг/л и $314,2 \pm 21,5$ пмоль/л через 18–24 месяца, что оказалось в пределах нормы. Кроме того, использование сегмента желудка для формирования неоцистиса при наличии исходных нарушений функции почек позволило уменьшить выраженность метаболического ацидоза с $7,33-7,43$ ($7,39 \pm 0,03$) до операции до $7,38-7,44$ ($7,41 \pm 0,03$) после вмешательства. Денситометрия костей не выявила значимых нарушений минерализации в основных точках – шейке бедра, лучевой и локтевой костях и позвонках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование подвздошного сегмента для формирования неоцистиса при отсутствии исходных нарушений функции почек для замещения моче-

вого пузыря не сопровождается клинически значимыми изменениями КОС, электролитов и минерализации костей. Важным фактором риска развития расстройств метаболизма после ортотопической илеоцистопластики является нарушение опорожнения неоцистиса и уростаз. Гастроцистопластика является надежной альтернативой илеоцистопластике у тщательно отобранных больных и может использоваться при наличии исходного метаболического ацидоза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Качество жизни

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ЦИСТЭКТОМИЮ С КИШЕЧНОЙ ДЕРИВАЦИЕЙ МОЧИ

С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.К. Журавлева

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

качество жизни, радикальная цистэктомия, операция Брикера, операция Штудера.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В эпоху современной медицины качество жизни пациента должно рассматриваться хирургом наравне с послеоперационными осложнениями, общей и безрецидивной выживаемостью и летальностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее исследование включены 72 пациента (63 мужчины [87,5%] и 9 [12,5%] женщин). Критерии невключения: ASA IV–V степени; РЦЭ с кишечной деривацией мочи не по поводу РМП; невозможность заполнения опросников. Медиана возраста пациентов – 64 (47–85) года. Пациенты разделены на две группы: в I группе 26 (36,1%) пациентов – выполнена РЦЭ с ортотопической деривацией мочи по методу Штудера, во II группе 46 (63,9%) человек – выполнено РЦЭ с формированием илеумкондуита.

РЦЭ в связи со стадией РМП сT1-T2 была выполнена в I группе у 24 (92,3%), во II группе – у 25 (54,3%), $p=0,0002$, по поводу стадии сT3-T4 РМП: в I группе – 2 (7,7%), во II группе – у 21 (45,6%) больного, $p=0,0024$. Мониторинг качества жизни проводился на основании опросников EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BLM.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании ретроспективного анализа данных опросников QLQ-C30 и QLQ-BLM отмечено: суммарно «хорошее» качество жизни в I группе пациентов с ортотопическим резервуаром отметили до 18 (69,2%) пациентов, во II группе – при формировании илеумкондуита до 30 (65,2%) больных, $p=0,07$. При этом среднее количество баллов: по шкале физического состояния в I группе – $59,0 \pm 4,2$ балла, во II группе – $85,1 \pm 3,8$ балла, $p < 0,001$; по шкале когнитивного и эмоционального состояния в I группе – $44,2 \pm 4,6$ балла, во II группе – $67,5 \pm 3,8$ балла, $p < 0,001$; по шкале социальной адаптации в I группе – $32,1 \pm 4,0$ балла, во II группе – $70,5 \pm 5,3$ балла, $p < 0,001$. При анализе функциональных результатов отмечено, что в I группе у 6 (23,1%) пациентов отмечается недержание мочи, 3 (11,5%) пациентам периодически требуется аутокатетеризация кишечного резервуара, во II группе у 11 (23,9%) пациентов – подтекание мочи из уростомы и кожный дерматит, $p > 0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ортотопическая кишечная деривация мочи при соблюдении всех критериев отбора пациентов сохраняет хорошее качество жизни и социальную адаптацию пациентов, при наличии противопоказаний к ортотопической деривации мочи операция Брикера должна рассматриваться как метод выбора.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Хирургическое лечение

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕУМКОНДУИТА

С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.К. Журавлева

Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Россия, 119049 Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная цистэктомия, операция Брикера, сравнение доступов, осложнения после РЦЭ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Малоинвазивные вмешательства, воспроизводя принципы открытой хирургии и сохраняя онкологическую эквивалентность, характеризуются меньшей частотой ранних послеоперационных осложнений, обеспечивают раннюю активизацию пациента и его скорейшее возвращение к обычной жизнедеятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 55 пациентов из 158 (50 мужчин [91%], 5 женщин [9%]). Критерии включения: пациенты после ЛРЦЭ и ОРЦЭ с формированием илеумкондуита, подвергшиеся проспективному анализу в период 2017–2023 гг. Медиана возраста пациентов составила 64 года. Пациенты разделены на две группы: I группа – 24 (43,6%) пациента, подвергшиеся ОРЦЭ, II группа – 31 (56,3%) пациент, перенесшие ЛРЦЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана продолжительности РЦЭ в I и II группах: 257 (200–360 мин) и 278 (210–470 мин) соответственно, $p=0,04$. Медиана кровопотери: I группа – 218 (50–700) мл, II группа – 183 (100–500) мл, $p=0,04$. Гемотрансфузии проводились в I группе – 3 (13,6%) случая, $p=0,22$. Медиана количества койко-дней в стационаре: в группе ОРЦЭ – 18 суток, в группе ЛРЦЭ – 12 суток, $p=0,05$. За 30-дневный период зафиксированы осложнения: в I группе по Clavien–Dindo I–II – 19 (36,3%), во II группе – 11 (27,2%), $p=0,33$. Осложнения Clavien–Dindo III–IV степени тяжести: 10 (31,8%) – у больных груп-

пы I, 4 (18,2%) наблюдались у пациентов из группы II, $p=0,04$. Частота осложнений в течение 31–90 дней после операции: осложнения по Clavien-Dindo I–II степени в I группе наблюдались у 7 (22,7%) пациентов, во II группе – у 4 (18,7%) пациентов, $p=0,47$. Осложнения Clavien-Dindo III–IV степени тяжести: в I группе – у 3 (9,1%) пациентов, во II группе – у 2 (9,1%) пациентов, $p=0,68$. Повторная госпитализация в течение первых 90 дней после операции потребовалась 15% пациентов. Статистически значимых различий по данному показателю в группах исследования не выявлено. Общая 90-дневная летальность составила 3,6% (2 случая). В I группе умер 1 (4,1%) пациент, во II группе – 1 (3,2%) пациент, $p=0,48$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании отмечены меньшие кровопотеря и частота тяжелых осложнений в течение первых 30 суток после операции при использовании лапароскопического доступа, что подтверждает перспективность малоинвазивных технологий в хирургическом лечении рака мочевого пузыря.

Благоприятности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Хирургическое лечение немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Оценка исходов, наблюдение

СРАВНЕНИЕ EN-BLOCK РЕЗЕКЦИИ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ОПУХОЛЮ С КОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.В. Котов^{1,2}, А.Л. Хачатрян^{1,2}, Ш.М. Саргсян¹

¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

²Отделение урологическое ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, en-bloc резекция мочевого

пузыря, трансуретральная резекция мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР МП) – «золотой стандарт» лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря, однако, по данным литературы, существуют определенные недостатки у данного метода лечения: в немалом проценте случаев после первичной ТУР выявляется наличие резидуальной опухоли, нередко после ре-ТУР выявляется большая стадия, чем после первичной ТУР. Также фрагментация опухоли во время ТУР нарушает онкологический принцип абластичности. *Цель исследования:* сравнить en-bloc резекцию мочевого пузыря (еТУР) с конвенциональной ТУР (сТУР) в диагностическом и лечебном аспектах, а также полученные онкологические результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 78 пациентов (56 мужчин [71,79%] и 22 [28,21%] женщины), которым была выполнена еТУР – 30 (38,46%) или сТУР – 48 (61,54%). Средний возраст пациентов составил 62 года (52–72) в группе еТУР и 69 лет (60–79) в группе сТУР. Критериями включения в исследование являлись наличие первичного мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря (сТa, сТ1); отсутствие сопутствующей карциномы in situ (Tis); отсутствие данных, свидетельствующих о распространенности процесса; диаметр опухоли ≤ 3 см; наличие согласия на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Образец мышцы-детрузора присутствовал в 40 (83,33%) и 25 (83,33%) препаратах, полученных после сТУР, и еТУР соответственно. Не было выявлено статистически значимой разницы во времени операции между группами. Среднее количество дней дренирования мочевого пузыря уретральным катетером при сТУР (3 дня [1–3,5]) и при еТУР (3 дня [1–4]) было сопоставимо, как и среднее количество койко-дней в группе еТУР (6 дней [4–7]) и в группе сТУР (6 дней [4–7]). В группе еТУР в раннем послеоперационном периоде было 3 (10%) случая осложнений (Clavien-Dindo I – 2 [6,67%], Clavien-Dindo II – 1 [3,33%]), как и в группе сТУР Clavien-Dindo I – 3 [6,25%]). При дальнейшем наблюдении с медианой наблюдения в 36 месяцев в группе сТУР частота рецидивов составила 16 (33,33%) случаев, в груп-

пе eТУР – 4 случая (13,33%) ($p < 0,05$). Прогрессирование заболевания до мышечно-инвазивной стадии в группе сТУР не наблюдалось, однако в группе eТУР был выявлен 1 случай прогрессии (T2a) (3,33%) ($p = 0,34$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оба метода продемонстрировали сопоставимые интра- и послеоперационные показатели, также eТУР не уступал сТУР по эффективности (наличие мышечного слоя стенки мочевого пузыря в полученном материале). В ходе наблюдения с медианой в 36 месяцев eТУР продемонстрировала несколько лучшие онкологические показатели. Необходимы дальнейшие мультицентровые исследования с большей мощностью и более длительным периодом наблюдения (более 5 лет) с целью увеличения доказательной базы и лучшей оценки онкологических результатов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования.

Диагностика, достижения

Рубрика: Диагностика, лечение хирургическое

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙМИОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Т.Г. Маркосян

*Медико-биологический университет инноваций
и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лейомиома, патогистологическая диагностика, иммуногистохимические исследования, неэпителиальные опухоли мочевыводящих путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лейомиомы уретры и мочевого пузыря являются крайне редкими доброкачественными неэпителиальными опухолями мезенхимального генеза, которые развиваются из гладкомышечных структур. Ввиду малой распространенности данных новообразований не разработаны единые критерии диагностики и лечения. Зачастую затруднительна дифференциальная диагностика с саркомой. *Цель*

исследования: оценка морфологических и иммуногистохимических критериев лейомиом нижних мочевыводящих путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2002–2023 гг. довелось наблюдать 5 пациенток в возрасте 42–55 лет с лейомиомами нижних мочевыводящих путей: мочевого пузыря – в 4 наблюдениях и 1 парауретрального новообразования. Предоперационное обследование включало эндоскопические, эхографические, лучевые методы диагностики (МСКТ с контрастированием). Удаленный материал подвергался обязательному морфологическому исследованию ($n=5$), а с 2011 г. – дополнительному иммуногистохимическому исследованию ($n=2$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комплексное предоперационное обследование ни в одном наблюдении не позволило однозначно установить верный диагноз. Диагностированы подслизисто локализованные малоподвижные новообразования округлой формы, гомогенно накапливающие контрастные препараты. Гистологически описан четко отграниченный инкапсулированный опухолевый узел, состоящий из слабо полиморфных вытянутых клеток с различной эозинофилией цитоплазмы, центрально расположенными преимущественно сигарообразными ядрами с наличием в части из них ядрышек. Опухолевые клетки были расположены в виде разнонаправленных пучков различной длины, на отдельных участках формировали короткие вихреобразные структуры в строме с очаговым гиалинозом, кровоизлияниями, наличием тонкостенных кровеносных сосудов. В 3 наблюдениях диагноз лейомиомы установлен окончательно. В 2 наблюдениях выставлен диагноз: веретенноклеточная мезенхимальная опухоль неопределенного злокачественного потенциала. При дополнительном иммуногистохимическом исследовании выявлена диффузная выраженная цитоплазматическая экспрессия SMA (1A4) и Desmin (DE-R-11), очаговая цитоплазматическая экспрессия DOG-1 (K9), не выявлена экспрессия CD117 (EP10), S100 (Polyclonal), CD34 (QVEnd/10), Ki-67 (30-9) позитивен в ядрах около 2% опухолевых клеток. Таким образом, морфологическая картина и иммунофенотип соответствовали лейомиоме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Малая распространенность лейомиом мочевыво-

дящих путей, отсутствие глобальных, крупных исследований, отсутствие единых стандартов обследования и лечения больных данной категории создают трудности в постановке диагноза и выборе лечебно-диагностической тактики. Оперативное лечение с патоморфологическим изучением материала, обязательно подтвержденным иммуногистохимическим исследованием, является единственным достоверным методом постановки диагноза лейомиом нижних мочевыводящих путей.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря. Хирургическое лечение, оценка исходов, наблюдение

ДЛИТЕЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ДВУМЯ ПАРАЛЛЕЛЬНО УСТАНОВЛЕННЫМИ ВНУТРЕННИМИ СТЕНТАМИ КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ОБЛИТЕРАЦИЙ УРЕТЕРОРЕЗЕРВУАРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

А.Г. Мартов^{1,2,3}, С.В. Дутов^{1,2}, А.С. Андронов^{1,2}, С.В. Мишугин⁴, А.Б. Манцаев^{1,5}

¹*Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия*

²*2-е урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия*

³*МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия*

⁴*Онкоурологическое отделение, МКНПЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия*

⁵*ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, Красногорск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

параллельное дренирование, эндоскопическая коррекция, облитерация, уретерорезервуароанастомоз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктуры и облитерации уретерорезервуароанастомоза возникают в 8–13% наблюдений в первые два года после выполненной радикальной цистэктомии с ортотопической пластикой мочевого пузыря. У 77% пациентов диагностируются клинически значимые сужения уретерорезервуароанастомоза, которые могут приводить к нарушенному оттоку мочи из почки с необходимостью установки пункционной нефростомы. Реконструктивная пластика является «золотым стандартом» лечения стриктур и облитераций уретерорезервуароанастомоза, достигая эффективности в 76–92% наблюдений. Внедрение лазерных технологий в повседневную практику эндоуролога, развитие малоинвазивных способов лечения дали перспективу возможности эндоскопического лечения рубцовых сужений уретерорезервуароанастомозов у больных, перенесших ортотопическую пластику мочевого пузыря. В то же время высокая частота рецидивов стриктур требует поиска особого подхода к послеоперационному дренированию и шинированию мочеточника. *Цель исследования:* оценить эффективность пролонгированного шинирования мочеточника двумя внутренними стентами в лечении первичных и рецидивных облитераций уретерорезервуароанастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Три пациента с диагностированными облитерациями уретерорезервуароанастомоза после перенесенных ранее цистэктомий с ортотопической пластикой мочевого пузыря по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря 3 стадии включены в исследование. В двух наблюдениях возникновение рубцового осложнения отмечено в течение одного года после цистэктомии. У одного больного облитерация развилась спустя 17 лет после первичной операции, при этом триггером к появлению сужения послужила перенесенная за год до этого операция по поводу колоректального рака. У всех пациентов была предоставлена чрескожная пункционная нефростома. Облитерация уретерорезервуароанастомоза была диагностирована путем мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием и антеградной пиелоуретерографии. Протяженность стриктуры у всех пациентов не превышала 1,0 см. Рецидив онкопроцесса был исключен. Оперативное лечение во всех случаях выполня-

лось в условиях рентген-операционной. Первым этапом производилось контрастирование чашечно-лоханочной системы с последующим антеградным проведением двух струн-проводников (рабочей и страховой) до уровня облитерации мочеточника. В дальнейшем по струне-проводнику к области облитерации антеградно доставлялся катетер со встроенным оптоволоконным световодом размером 7Ch. Вторым этапом произведена трансуретральная резервуароскопия гибким цистоскопом и стандартным резектоскопом. Учитывая невозможность адекватной визуализации устья мочеточника, резервуароскопия выполнялась с выключенным осветителем и параллельной антеградной подсветкой ранее проведенного катетера со встроенным световодом. Рассечение облитерации мочеточника производилось «на свет» (cut to the light). В двух случаях рассечение производилось при помощи электрохирургии, в одном – лазерное рассечение отечественным тулиевым лазером Fiberlase U1 компании «ИРЭ-Полус» под эндоскопическим контролем. В последующем производилось бужирование мочеточника мочеточниковыми бужами 10-12Ch. Дренирование почки осуществлялось путем установки двух внутренних стентов толщиной 6Ch каждый сроком на шесть месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов достигнут адекватный диаметр уретерорезервуароанастомозов после удаления внутренних стентов. Послеоперационный контроль осуществлялся путем выполнения компьютерной томографии с контрастированием. У двух пациентов сохранялся адекватный пассаж контрастного вещества по обоим мочеточникам на протяжении 42 и 37 месяцев наблюдения. У одного пациента отмечена атака острого пиелонефрита через два месяца после удаления внутренних стентов в связи с рецидивом облитерации уретерорезервуароанастомоза. После повторно выполненной эндоскопической реканализации мочеточника с установкой двух внутренних стентов сроком на шесть месяцев рецидивирования стриктуры отмечено не было на протяжении 28 месяцев наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопическое лечение как первичных, так и рецидивных облитераций уретерорезервуароанастомоза после перенесенной ортотопической пластики мочевого пузыря позволяет добиться

адекватной проходимости мочеточника при условии пролонгированного его шинирования двумя внутренними стентами в течение шести месяцев.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования. Диагностика, достижения

Рубрика: Рак мочевого пузыря. Диагностика

КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.Г. Мартов^{1,2,3}, М.А. Шоайдаров^{1,4},
А.С. Андронов^{1,2}, С.В. Дутов^{1,2},
В.М. Поминальная², А.В. Курков²

¹Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

²ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва» ДЗМ, Москва, Россия

³МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

⁴Урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

микроскопия *in vivo*, эндомикроскопия, лазерная абляция, диагностическая уретероскопия, уротелиальный рак верхних мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уротелиальный рак верхних мочевых путей (УРВМП) встречается относительно редко по сравнению с раком мочевого пузыря. На его долю приходится от 5 до 10% всех злокачественных опухолей уротелия. Биопсия подозреваемых поражений имеет решающее значение для определения гистопатологических особенностей УРВМП, однако современные методы и технологии биопсии не всегда позволяют взять достаточное количество ткани для точной гистопатологической оценки опухоли. Кроме того, наличие плоских гиперемированных областей может вызывать опасения в отношении дифференциальной диагностики между злокачественными поражениями

(например, карциномой *in situ* [CIS]) и воспалительной тканью при использовании обычной эндоскопии в белом свете. *Цель исследования:* оценить применение мини-зонда UroFlex™ 0,9 мм (2,7 Fr) для получения эндомикроскопических изображений *in vivo* нормального и патологически измененного уротелия верхних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с декабря 2019 г. по февраль 2022 г. конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ) верхних мочевых путей была выполнена 15 пациентам (средний возраст – 68 лет, диапазон – от 53 до 82 лет) с подозрением на УРВМП. У всех пациентов, включенных в исследование, проведено комплексное клинично-лабораторное и инструментальное дообследование, обязательно включающее компьютерную томографию почек и мочевыводящих путей с контрастным усилением на догоспитальном этапе. КЛЭМ выполнялась при уретерореноскопии с помощью аппарата Cellvizio® (Mauna Kea Technologies). Для получения изображения нормальной слизистой, а также выявленных патологических изменений уротелия использовали гибкий оптоволоконный зонд UroFlex™ с внешним диаметром 0,9 мм (2,7Fr), имеющий глубину проникновения 40–70 μm. Пациентам первым этапом проводилась стандартная цистоскопия мочевого пузыря в белом свете, далее выполнялась гибкая или ригидная уретерореноскопия интересующей области, в зависимости от локализации и размеров образования. После первоначальной эндоскопии и выявления подозрительных участков в белом свете, пациентам внутривенно вводился от 1 до 2 мл 10% раствора Флуоресцеина натрия. Визуализация эндомикроскопической картины была возможна в течение 15–25 мин. после внутривенного введения препарата. Наилучшее качество эндомикроскопии тканей можно было наблюдать в первые 15 мин. исследования. Для получения изображения кончик зонда располагали перпендикулярно к ткани. Эндоскопия в белом свете и КЛЭМ нормального уротелия и патологически измененной слизистой просматривались в режиме реального времени и дополнительно записывались для изучения в автономном режиме. Визуализированные участки подвергались биопсии и лазерной резекции/вапоризации. Интраоперационно при проведении конфокальной лазерной эндомикроскопии выставлялся ди-

агноз в режиме реального времени, также оценивались края резекции опухоли. В дальнейшем операционный материал исследован патологоанатомом в окраске гематоксилина и эозина с выставлением окончательного диагноза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении конфокальной лазерной эндомикроскопии для анализа было собрано 75 видеопоследовательностей, в среднем 5 видеопоследовательностей (диапазон – 1–12 последовательностей) на случай. Среднее время получения изображения составляло 8 мин. (диапазон – 2–15 мин.) на случай. Средняя продолжительность визуализации каждой области составляла 54 сек. (диапазон – 10–284 сек.). Нежелательных явлений, связанных с введением раствора Флуоресцеина натрия, не выявлено. Зонд UroFlex™ 0,9 мм совместим с рабочими каналами всех используемых гибких и ригидных уретерореноскопов. Эндомикроскопическими признаками уротелиальной карциномы низкой степени злокачественности (low grade) явились плотно упакованные мноморфные клетки и фиброваскулярные стебли, тогда как уротелиальная карцинома высокой степени злокачественности (high grade) характеризовалась плеоморфными клетками с плохой слипчивостью, а также дезорганизованной сосудистой сетью и отсутствием фиброваскулярного стебля. Эндомикроскопия нормального уротелия верхних мочевых путей позволяла визуализировать собственную пластинку как в мочеточнике, так и в почечной лоханке и чашечках почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптическая биопсия верхних мочевых путей с использованием конфокальной лазерной эндомикроскопии может служить полезным дополнением к уретерореноскопии в белом свете при первоначальной диагностике УРВМП и последующем наблюдении за отдельными пациентами, которые являются кандидатами на эндоскопическое лечение. Первоначально основным применением КЛЭМ для минимально инвазивного лечения УРВМП могло быть снижение ненужных биопсий и связанного с ними риска. В большинстве случаев наблюдались заметные различия эндомикроскопической картины между нормальным уротелием, опухолями низкой и высокой степени злокачественности. КЛЭМ является многообещающим дополнением к эндоскопии в белом свете для улучшения диагностической

уретероскопии с биопсией и облегчения эндоскопического лечения УРВМП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология

Рубрика: Хирургическое лечение опухолей мочеоточника

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕННОГО (ICG) В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Г.А. Монастырный¹, А.О. Васильев¹,
А.В. Говоров^{1,2}, К.Б. Колонтарев^{1,2},
Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва, Россия*

²*ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

опухоль мочеоточника, индоцианин зеленый (ICG), флюоресцентная диагностика, робот-ассистированная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уротелиальный рак занимает 4-е место по распространенности злокачественных опухолей после рака простаты, легкого и колоректального рака. Уротелиальный рак верхних мочевых путей (УРВМП) встречается довольно редко и составляет 5–10% от всех случаев уротелиального рака. «Золотым стандартом» лечения УРВМП остается нефруретерэктомия с резекцией стенки мочевого пузыря. *Цели исследования:* оценить возможность и необходимость применения флюоресцентной диагностики с помощью индоцианина зеленого при выполнении органосохраняющих операций у больных со злокачественной опухолью мочеоточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинику урологии МГМСУ на базе ГКБ им С.И. Спасокукоцкого в период с 2021 по 2023 г. поступило восемь пациентов с диагнозом: «Рак мочеоточника T_A – T₁N0M0». Всем пациентам перед оперативным лечением выполнена диагностическая уретероскопия с биопсией мочеоточника.

Для дополнительной оценки протяженности опухоли всем пациентам выполнена КТ почек и забрюшинного пространства. Критериями включения были опухоли средней и верхней трети мочеоточника протяженностью более 1 см. В качестве оперативного лечения пациентам выполнена робот-ассистированная резекция мочеоточника. В ходе операции после выделения мочеоточника внутривенно введен раствор индоцианина зеленого 2,5 мг/мл 10 мл, проведена оценка краев резекции в режиме FireFly™, после которой выполнена резекция участка мочеоточника с формированием уретеро-уретероанастомоза. В ходе операции всем пациентам установлен мочеоточниковый стент.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование интраоперационной флюоресцентной диагностики с помощью индоцианина зеленого оптимизирует проведение радикального хирургического лечения неинвазивных опухолей мочеоточников, облегчает интраоперационную визуализацию мочеоточника, имеет высокий профиль безопасности для пациента.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Органосохраняющее лечение немышечно-инвазивного рак мочевого пузыря

КОНЦЕПЦИЯ РАДИКАЛЬНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

И.Р. Нуриев¹, А.Ю. Зубков¹, М.Э. Ситдыкова¹

¹*Кафедра урологии им. Э.Н. Ситдыкова ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, фотодинамическая диагностика, трансуретральная резекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность различных модификаций трансуретральной резекции (ТУР) и определить частоту и характер рецидивов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения и диспансерного наблюдения 191 пациента с немышечно-инвазивной формой рака мочевого пузыря. Группы были сформированы согласно модификации ТУР: моно-ТУР, ТУР с вапоризацией (ТУР+ТУЭВ), с предварительной фульгурацией опухоли (ТУР+Ф), ТУР под фотодинамическим (ТУР+ФДД) и трансуретральным ультразвуковым (ТУР+ТУУЗ) контролем, с однократной ранней адьювантной внутрипузырной химиотерапией (ТУР+РАХТ) и длительной внутрипузырной химиотерапией (ТУР+АХТ). Срок наблюдения – до пяти лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов после моно-ТУР показал, что рецидивы вне зоны резекции за пять лет наблюдения возникли у 28,57%, рецидивы в зоне резекции – у 21,43% пациентов, прогрессия заболевания установлена у 10,71% больных. Применение ТУР с вапоризацией незначительно снизило частоту рецидивов: в зоне резекции – 15,38%, вне зоны резекции – 23,08%, прогрессия – 7,69%. Предварительная фульгурация опухоли перед ТУР уменьшила частоту рецидивов вне зоны резекции до 14,81%, а рецидивы в зоне резек-

ции и прогрессия заболевания составили 22,2 и 7,41% соответственно. В группе пациентов ТУР+ФДД частота рецидивов вне зоны резекции уменьшилась до 14,29%, снизилось количество рецидивов в зоне резекции до 7,14%, прогрессия была установлена в 3,57% случаев. Анализ результатов ТУР под динамическим ТУУЗ-контролем показал, что рецидив в зоне резекции был диагностирован лишь в 3,84% и ни одного случая прогрессии. Однако ТУУЗ-контроль не влияет на частоту рецидивов вне зоны резекции – 23,07%. В группе пациентов ТУР с однократной внутрипузырной химиотерапией нет достоверных различий по сравнению с контрольной группой (рецидив вне зоны резекции – 31,03%, в зоне резекции – 13,79%, прогрессия – 10,34%). В то же время в группе пациентов ТУР+АХТ установлено достоверное снижение частоты рецидивов в зоне резекции (7,4%) и прогрессии (3,7%). Количество рецидивов вне зоны резекции сопоставимо составило 22,22%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее эффективным является выполнение ТУР под фотодинамическим или трансуретральным ультразвуковым контролем. При отсутствии возможности их применения, альтернативой может являться ТУР с длительной внутрипузырной химиотерапией.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря.

Рубрика: Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря. Фундаментальные исследования

ОПТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА И ПРОГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В.Н. Павлов¹, Р.Ф. Гильманова¹, М.Ф. Урманцев¹

¹*Кафедра урологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, рамановская спектроскопия, мышечно-инвазивный рак, немышечно-инвазивный рак, оптические маркеры.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак мочевого пузыря является агрессивным и часто рецидивирующим заболеванием. Эффективность лечения зависит от раннего выявления опухоли, выявления опухоли на неинвазивной стадии, радикальности оперативного вмешательства. Проблема разработки новых технологий ранней диагностики рецидива рака мочевого пузыря, прогнозирования «поведения» опухоли является актуальной задачей. Раман-спектроскопия является новым методом, способным идентифицировать и характеризовать патологические изменения в тканях человека на клеточном и субклеточном уровнях и может быть использован для диагностики и обнаружения заболеваний, включая неинвазивный мониторинг ранних изменений в тканях человека, вызванных развитием рака. *Цель исследования:* оценка перспективности использования молекулярных оптических маркеров в определении прогрессии и рецидива немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был изучен материал, полученный у 150 больных раком мочевого пузыря без отдаленных метастазов, находившихся на обследовании и лечении в онкологическом отделении Клиники БГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В динамике на фоне внутривезикулярной БЦЖ-терапии через 3 месяца был выявлен местно-распространенный рецидив, поражение регионарных лимфатических лимфоузлов у 5 пациентов, через 6 месяцев – 7 пациентов, через 12 наблюдений – у 6 пациентов. Всего 18 пациентов за период наблюдения, что составляет 15%. Отмечено, что у 5 пациентов (рецидив через 3 месяца) после первичного оперативного лечения гистология соответствовала T1G1, при этом раман-спектры соответствовали T2G3. Исследованные спектры рецидива опухоли показали гистологическое заключение и раман-спектроскопическое исследование, соответствующие T2G3. Через 6 месяцев рецидив и прогрессия были установлены у 7 пациентов: после первичного оперативного лечения гистологический тип опухоли соответ-

ствовал T1G1, раман-спектры соответствовали T2G1. Через 12 месяцев рецидив и прогрессия были выявлены у 6 пациентов: после первичного оперативного лечения гистологический тип опухоли соответствовал T1G1, раман-спектры соответствовали T2G3. Следовательно, данная группа пациентов изначально имела более высокий риск развития рецидива и прогрессии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, метод раман-спектроскопии может быть рассмотрен как метод оценки лечения, критерий ответа опухоли на проводимое лечение. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования. Диагностика, достижения

Рубрика: Алгоритм ранней диагностики рака яичка у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу крипторхизма

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМОВ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ КРИПТОРХИЗМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧКА НА РАННЕЙ СТАДИИ

А.Ю. Павлов, А.Г. Дзидзария, В.А. Самусевич,
Э.Э. Мирзоев

*ФГБУ «РНЦПР» Минздрава России, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак яичка, крипторхизм, наблюдение, диагностика, раннее выявление.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным литературы, встречаемость рака яичка составляет порядка 5% всех опухолей мочеполовой системы. Несмотря на то, что заболевание встречается не очень часто, его течение отличается быстрым метастазированием, преимущественно в забрюшинные лимфоузлы и легкие. Точные причины, приводящие к раку яичка, до сих пор неизвестны, за исключением перенесенных в детстве операций по поводу крипторхизма. Основным методом лечения рака яичка является оперативное лечение в объеме орхи-

фуникулэктомии в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией. Среди прооперированных больных, по данным мировой статистики, 14% в детстве перенесли оперативное лечение крипторхизма. На данный момент разработанных рекомендаций по наблюдению взрослых пациентов, перенесших в детском возрасте оперативное лечение, крипторхизма нет. *Цель исследования:* разработать алгоритм катамнестического наблюдения пациентов после оперативного лечения по поводу крипторхизма для диагностики рака яичка на ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе нашей клиники в течение последних 5 лет прооперированы 63 пациента с раком яичка. Из них 78% составляли пациенты в возрасте от 18 до 40 лет. У 13,5% в детском возрасте было выполнено оперативное лечение по поводу крипторхизма. Пациенты из последней группы во взрослом возрасте не находились под постоянным наблюдением уролога, и рак яичка был выявлен в большинстве случаев самостоятельно пациентами при появлении уплотнений в мошонке. При этом часть пациентов уже имели отдаленные метастазы. В связи с этим в нашей клинике проводится информирование о рисках рака яичка среди пациентов, перенесших в детстве оперативное лечение крипторхизма, а также их комплексное ежегодное обследование. Наиболее простыми и точными методами являются хорошо зарекомендовавшие себя УЗИ органов мошонки и анализ крови на АФП, ХГЧ, ЛДГ. В случае возникновения подозрения на образование яичка выполняется МРТ с контрастированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Учитывая результаты анализа статистических данных, в нашей клинике широко внедряется информирование о рисках рака яичка среди пациентов, перенесших в детстве оперативное лечение крипторхизма, для предотвращения диагностирования заболевания на поздних стадиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ литературных данных и собственных наблюдений позволяет с уверенностью сказать, что перенесенное в детском возрасте оперативное лечение крипторхизма является важным предполагающим фактором к возникновению рака яичка. Наблюдение уже во взрослом возрасте (ежегодные УЗИ органов мошонки, контроль АФП, ХГЧ, ЛДГ) данных па-

циентов позволит выявлять заболевание на более ранних стадиях. А учитывая молодой возраст большинства пациентов, позволит сохранить их репродуктивную функцию, что является немаловажной составляющей для самих пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология (рак мочевого пузыря)

Рубрика: Онкоурология (рак мочевого пузыря). Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение

КЛАПАН Кокк ПРИ КОНТИНЕНТНОЙ КОЖНОЙ УРОДЕРИВАЦИИ (ККУД): НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.А. Перепечай^{1,2}, О.Н. Васильев^{1,3}, С.И. Сенин², М.И. Коган¹, Л.В. Перепечай⁴

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

²*Отделение урологическое, Ростовская клиническая больница, ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия*

³*Отделение урологическое, Клиника ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

⁴*Отделение лучевой диагностики, Ростовская клиническая больница, ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

цистэктомия, уродеривация, континенция, клапан.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на то, что в специализированных центрах на протяжении последних десятилетий после цистэктомии 60–75% пациентов получают континентную уродеривацию (КУД), подавляющему большинству пациентов в общеклинической практике (60–65%) по-прежнему выполняют инконтинентный подвздошный кондуит. В основе такого несоответствия лежит убежденность в более высокой частоте осложнений при КУД. Преимущественно это касается клапанных механизмов удержания при континентной

кожной уродеривации (ККУД), которая сегодня становится утрачиваемым искусством. На учебные центры и специалистов, регулярно выполняющих эти операции, возлагается обязанность передать эффективные методы, которые были усовершенствованы за последние десятилетия, чтобы предоставить пациентам все возможные варианты КУД. В современных сериях частота хирургической коррекции клапанов в отсроченном периоде после ККУД сохраняется высокой: Mitrofanoff (аппендикс) – 38,7–61%, Yang-Monti – до 70%, илеоцекальный клапан – 21%. Среди известных техник эфферентных клапанов при ККУД ниппельные клапаны ассоциированы с меньшим числом стенозов и недержания мочи. Инвагинационный ниппельный клапан Kock имеет лучшие функциональные результаты. Вместе с тем изначальная методика была сопряжена со склонностью к дезинвагинации, ишемии и развитию фиброза ввиду отсутствия надежной фиксации, чрезмерной мобилизации брыжейки и вворачивания ее сохраненной части в инвагинат. Последующие модификации: три ряда продольных скоб на инвагинат, фиксирующая сетчатая манжета, удаление брюшины и жировой клетчатки с брыжейки инвагината с сохранением сосудов, сужение эфферентной части клапана улучшили результаты. Вместе с тем стома и/или удерживающий клапан остается «ахиллесовой пятой» концепции ККУД. Цель исследования: проанализировать клинические результаты модифицированной методики клапана Kock у пациентов после цистэктомии и ККУД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основе модификации клапана лежат следующие принципы: использование нерассасывающейся сетки для формирования манжеты, большая ширина манжеты, фиксация ее к апоневрозу передней брюшной стенки вертикальными матрацными, а не П-образными швами, формирование стомы в пупочном кольце (Патент RU2785265C1). С 2004 по 2022 г. оперированы 39 пациентов, средний возраст – 56 лет (17–73 года).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При медиане наблюдения 5 лет ($57,5 \pm 53,1$ мес.) о беспрепятственной аутокатетеризации сообщили 37 пациентов (94,9%), а 2 (5,1%) – испытывали затруднения. Полностью сухими оставались 33 (84,6%) пациента. Функциональный успех

определяли, как беспрепятственные аутокатетеризации и социально приемлемая континенция (не более 1 прокладки/день или меньше). В соответствии с этим 37 (94,9%) больных оставались континентными. За весь период наблюдения 15 (38,5%) пациентов подверглись вторичным операциям, большую часть из которых (>60%) выполнили эндоскопически, под местной или внутривенной анестезией, преимущественно по поводу камней мочевого резервуара и верхних мочевых путей. Ревизия клапана потребовалась 3 (7,7%) пациентам. Частота ревизий клапана снизилась с 30,8% (4/13) до 7,7% (3/39) после использования модифицированной техники формирования клапана по Kock.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы получили долгосрочную надежность клапана и адекватную аутокатетеризацию модифицированной стомы по Kock у подавляющего большинства пациентов. ККУД сегодня не является чем-то новым или экспериментальным. Ее следует рассматривать как потенциальный вариант для каждого пациента, перенесшего цистэктомию, имеющего противопоказания к ортотопическому неоцисту. У всех известных методов ККУД есть свой уникальный набор преимуществ и недостатков, которые всегда будут оставаться компромиссом. Успех зависит от индивидуального выбора оптимальной стратегии для конкретных пациентов. Значимые изменения в таком подходе в ближайшем будущем маловероятны.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология (рак мочевого пузыря)

Рубрика: Онкоурология (рак мочевого пузыря). Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение

**КОНТИНЕНТНАЯ КОЖНАЯ
УРОДЕРИВАЦИЯ: МОДИФИКАЦИЯ
ОПЕРАЦИИ Коск: ОПЫТ
И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

В.А. Перепечай^{1,2}, О.Н. Васильев^{1,3}, С.И. Сенин²,
М.И. Коган¹, Л.В. Перепечай⁴

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»*

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²*Отделение урологическое, Ростовская клиническая больница, ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия*

³*Отделение урологическое, Клиника ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

⁴*Отделение лучевой диагностики, Ростовская клиническая больница, ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

цистэктомия, уродеривация, мочевого пузыря, морбидность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Важной проблемой современной урологии продолжает оставаться высокая степень морбидности цистэктомии, которая напрямую связана с качеством, надежностью и безопасностью выполняемой уродеривации. *Цель исследования:* проанализировать морбидность и клинические результаты модифицированной операции Коск у пациентов после цистэктомии, имеющих противопоказания к ортотопической реконструкции мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1995 по 2003 г. операция Коск rouch в модификации Donald G. Skinner (1987 г.) выполнена 13 больным со средним возрастом 46,9±17,9 года (I группа). С 2004 г. техника операции была модифицирована у последних 39 пациентов со средним возрастом 56,3±12,3 года (II группа). Целью модификации явилось упрощение техники и повышение воспроизводимости операции, сниже-

ние ее морбидности и улучшение функциональных результатов. Ключевыми элементами модифицированной техники явились меньшая протяженность резецируемого сегмента подвздошной кишки, не поперечное, а продольное ушивание U-образно сформированной задней стенки резервуара, имплантация мочеточников непосредственно в стенку резервуара с исключением необходимости формирования афферентного клапана, модифицированная методика формирования эфферентного клапана Коск с формированием стомы в пупочном кольце (Патент RU2785265C1). Уродеривация выполнялась после цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря у 39 больных, интерстициального цистита – 3, посттравматического (послеоперационного) микроциста – 4, нейрогенного мочевого пузыря – 2 и как конверсия уретеросигмоанастомозов при экстропии мочевого пузыря – у 4 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При среднем периоде наблюдения в I и II группах – 10 лет (118,5±99,2 мес.) и 5 лет (57,5±53,1 мес.), послеоперационная летальность составила 7,7 и 2,6%, ранние осложнения – 53,8 и 41,0% (повторные операции – 23,1 и 5,1%), поздние осложнения – 0,0 и 10,3%, отсроченные (>3 месяцев) – 61,5 и 51,3% (повторные операции – 53,8 и 33,3%) соответственно. Повторные операции в отсроченном периоде преимущественно выполнялись по поводу камней резервуаров и верхних мочевых путей. Ревизия клапана потребовалась у 30,8% (4/13) и 7,7% (3/39) пациентов I и II групп в отсроченном периоде, тогда как в раннем и позднем п/операционном периодах подобных осложнений не наблюдалось. Уровень континенции составил 84,6 и 94,9% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Континентная кожная уродеривация является приемлемой и надежной альтернативой ортотопической уродеривации в группе достаточно мотивированных больных. Морбидность операции Коск rouch закономерно снижается при накоплении опыта. Модифицированная техника позволила повысить воспроизводимости операции и долгосрочную надежность механизма континенции. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Онкоурология

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ

Д.В. Перлин^{1,2}, В.П. Зипунников^{1,2},
П.А. Куликов², Я.Н. Даньков¹, А.О. Шманев^{1,2}

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ВолгГМУ»
Минздрава России, Волгоград, Россия

²Волгоградский областной уронефрологический
центр, Волжский, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая радикальная цистэктомия, экстраперитонеальный доступ, инвазивный рак мочевого пузыря

ВВЕДЕНИЕ / ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лапароскопическая радикальная цистэктомия (ЛРЦ) постепенно зарекомендовала себя в качестве надежного малоинвазивного метода лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРП), позволяющего существенно уменьшить число осложнений. Однако у пожилых людей и пациентов с серьезными сопутствующими заболеваниями выполнение ЛРЦ все еще сопровождается высоким риском развития осложнений. В литературе можно найти лишь отдельные сообщения об использовании экстраперитонеального доступа для ЛРЦ. В то же время большой опыт выполнения лапароскопической экстраперитонеальной радикальной простатэктомии (ЭЛРП) и ретроперитонеоскопических операций на почке показал существенные преимущества внебрюшинного доступа. *Цель исследования:* оценить возможность использования лапароскопической экстраперитонеальной радикальной цистэктомии у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2017–2021 гг. в нашей клинике были выполнены лапароскопические радикальные цистэктомии экстраперитонеальным доступом (ЭЛРЦ) четырем пациентам мужского пола с опухолями, поражающими мочевой пузырь T2-T4. Все пациенты имели серьезные сопутствующие

заболевания. У всех пациентов, кроме одного, до выполнения цистэктомии был гистологически верифицирован мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря G2-G3. У двух из них была обнаружена инвазия в области задней уретры. У одного пациента была выявлена аденокарцинома предстательной железы (индекс Глисона 5+3=8) с прорастанием стенки мочевого пузыря и развитием уретерогидронефроза, ХБП 3-4.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все операции были выполнены полностью лапароскопически экстраперитонеально. В одном случае этап деривации мочи был осуществлен трансперитонеально в сигма-конduit. Двум пациентам была одномоментно выполнена ретроперитонеоскопическая уретерокутанеостомия: с одной (у пациента с единственной функционирующей почкой) и с двух сторон соответственно. Пациенту с ХБП 5, находящемуся на постоянном диализе, одномоментно были выполнены ретроперитонеоскопические нефрэктомии с обеих сторон.

У двух пациентов цистэктомия была выполнена по жизненным показаниям из-за рецидивирующих кровотечений, не купируемых другими средствами. Максимальная интраоперационная кровопотеря не превышала 500 мл. Гемотранфузии не потребовались ни у одного пациента. Восстановление функции ЖКТ наблюдалось в течение 24–36 часов после вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая экстраперитонеальная радикальная цистэктомия – воспроизводимый минимальноинвазивный метод оперативного лечения рака мочевого пузыря, который имеет преимущества в отношении послеоперационного восстановления у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Использование экстраперитонеального доступа может быть рациональной альтернативой для выполнения «спасительной» цистпростатэктомии у пациентов-мужчин. Необходимо большее число наблюдений для определения места метода в оперативном лечении инвазивного рака мочевого пузыря.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования. Диагностика, достижения

Рубрика: Базовые исследования (этиология/патогенез). Диагностика. Лечение

БЕЛКИ КОНТРОЛЬНЫХ ИММУННЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ

В.М. Попков, Н.Б. Захарова, В.Н. Понукалин, А.Н. Гайворонская, Д.А. Дурнов

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, опухолевое микроокружение, иммунотерапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди лабораторных методов оценки молекулярного профиля при первично-множественных злокачественных образованиях (ПМЗО) с локализацией первичной опухоли в мочевом пузыре за последние годы особое значение приобретают биомаркеры опухолевого микроокружения (МкО). В опухолевой массе присутствие клеток иммунной системы, их медиаторов первоначально блокирует, затем поддерживает жизнеспособность опухолевых клеток. Опухолевые клетки вырабатывают механизмы подавления защитных свойств МкО, они выходят из-под контроля и активируются процессы опухолевого роста и метастазирования. Исследование биомаркеров МкО позволяет прогнозировать ответ на выбор тактики лечения больного ПМЗО с помощью иммунотерапии. *Цель исследования:* провести анализ изменений уровня в сыворотке крови белков контрольных иммунных точек до оперативного лечения у больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями и с локализацией первичной опухоли в мочевом пузыре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проведенное одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, выполненное за 2021–2022 гг., включены 29 больных с онкоурологическими заболеваниями. В основную группу вошли 12 больных ПМЗО с локализацией первичной опухоли в мочевом пузыре, стадия Т3N0M0 и Т3N1M0. Во всех слу-

чаях имел место метастатический рак. В 6 случаях среди вторых опухолей на стадиях Т3N0M0 и Т2N1M0 выявлен рак предстательной железы, в одном случае – хронический лимфолейкоз, в клеточный иммунофенотип, в одном случае – рак кожи, рак щитовидной железы, рак желудка, колоректальный рак. У одной пациентки выявлен метастатический, тройной ПМР с локализацией опухолей на стадии Т2N0M0 в мочевом пузыре, яичнике, щитовидной железе. В группу сравнения включены 17 больных с местно-распространенным мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (МИРМП) на стадии pT3N0M0. В контрольную группу включены 20 практически здоровых лиц. Всем больным проведено общеклиническое клинико-лабораторное и инструментальное исследование, количественное определение уровня в сыворотке крови до начала лечения методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) белков контрольных иммунных точек – PD-1 (белок, экспрессируемый опухолевыми клетками) и PD-L1 (лиганд белка, экспрессируемый опухолевыми клетками).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование позволило установить, что у больных ПМЗО с локализацией первичной опухоли в мочевом пузыре и МИРМП прогрессия опухолевого роста сопровождается блокадой сигнального пути PD-1/PD-L1/PD-L2. Практически у всех обследованных больных и основной группы, и группы сравнения в сыворотке крови развивается местно статистически значимый выброс в периферический кровоток белков контрольных точек. Можно считать, что белки контрольных иммунных точек характеризуют развитие иммуносупрессии и прогрессии опухолевого роста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подъем содержания в сыворотке крови белков контрольных точек у ПМЗО с локализацией первичной опухоли в мочевом пузыре и МИРМП связан с такими клиническими характеристиками, как стадия и распространенность опухолевого процесса.

Исследование уровня белков контрольных точек может быть использован для мониторинга противоопухолевого иммунного ответа при иммунотерапии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования. Диагностика, достижения

Рубрика: Рак верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОДНОПОРТОВАЯ ХИРУРГИЯ ПОЧКИ. КОНЦЕПЦИЯ И ПРОТИВОРЕЧИЯ ТЕХНИКИ

С.В. Попов^{1,2}, Р.Г. Гусейнов^{1,3}, В.В. Перепелица¹,
М.М. Мирзабеков¹, К.В. Сивак^{1,4},
Н.С. Буненков^{1,5}

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

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

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

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева», Санкт-Петербург, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая однопортовая хирургия, почка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лапароскопические оперативные вмешательства, произведенные через единый доступ (LESS), представляют собой аналог традиционных лапароскопических операций. Преимуществами такого доступа, по сравнению со стандартными эндовидеохирургическими операциями, являются косметический эффект (в случае расположения порта в пупочной области), уменьшение индекса послеоперационной боли в связи с меньшим числом разрезов и легкий переход к традиционной лапароскопической технике в случае необходимости. *Цель исследования:* представить опыт лапароскопической однопортовой хирургии одного центра при лечении различных урологических заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были подвергнуты ретроспективному анализу 65 историй болезней пациентов, которым в период с января 2018 г. по март 2023 г. были выполнены

LESS вмешательства.

Из них 31 больному – резекция почки при раке, 23 пациентам – иссечение простых кист почек, 8 – нефрэктомия при раке и 3 забора почки однопортовым доступом при родственной трансплантации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате исследования болевого синдрома по опроснику Pain DETECT выявлено, что компонент невропатической боли в первые и третьи сутки ниже в группе больных, оперированных с использованием LESS-технологий по сравнению с пациентами, которым выполнялись стандартные лапароскопические вмешательства. Сумма баллов при LESS доступе в среднем составила 13,2. При аналогичных вмешательствах с использованием лапароскопического доступа – 15,5. Показатель среднего койко-дня при выполнении LESS технологий составил 4,2 дня. В случае «традиционного» лапароскопического вмешательства – 5,5 дня. Протяженность послеоперационного кожного рубца у всех больных не превышала 5 см. Особо отметим результаты лапароскопической донорской нефрэктомии при заборе трансплантата почки. Продолжительность операции зависела от таких факторов, как архитектура сосудов почки, наличие или отсутствие спаечного процесса в брюшной полости, и составляла в среднем 117 мин. Тепловая ишемия составила от 12 до 18 мин. Кровопотеря была минимальной. Болевой синдром незначительный и купировался во всех случаях к первым суткам после операции. Все пациенты активизировались на первые сутки после операции с удалением страхового дренажа. Продолжительность нахождения в стационаре варьировалась от 4 до 7 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных результатов показывает, что LESS является оптимальным доступом, если ее выполняют хирурги с достаточным опытом и навыками. В отличие от классических лапароскопических доступов, эта методика позволяет получить лучшие функциональные и косметические результаты, уменьшить послеоперационный болевой синдром и сократить период послеоперационной реабилитации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования.

Диагностика, достижения

Рубрика: Рак мочевого пузыря. Диагностика, достижения

РАКОВО-СЕТЧАТОЧНЫЕ АНТИГЕНЫ МОЧИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.В. Потолдыкова², А.З. Винаров²,
Ю.М. Шляпников¹, Д.О. Королев²,
Е.А. Малахова¹, Р.И. Слусаренко²,
А.О. Морозов², Е.А. Шляпникова¹,
А.А. Замятнин³

¹ФГБУН «Институт теоретической
и экспериментальной биофизики РАН», Пущино,
Россия

²Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека Первого МГМУ им.
И.М. Сеченова (Сеченовский университет),
Москва, Россия

³Институт молекулярной медицины, кафедра
биологической химии Первого МГМУ им.
И.М. Сеченова (Сеченовский университет),
Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, неинвазивная
диагностика, онкомаркер, раково-
сетчаточные антигены, аррестин, рековерин,
высококочувствительный мультиплексный
иммуноанализ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Некоторые фоторецепторные белки, такие как аррестин и рековерин, экспрессируются как раково-сетчаточные антигены в разных злокачественных опухолях. Это подтверждено определением антигенов как в тканях злокачественной опухоли, так и аутоантител к ним в сыворотке крови. В настоящее время моча рассматривается в качестве уникального источника различных биомаркеров урологических онкозаболеваний, в том числе белковой природы. Недавно мы показали, что комбинация аррестина и рековерина может служить эффективным мочевым биомаркером рака почки с чувствительностью 96% и специфичностью 92%. В мировой литературе нет работ, посвященных экспрессии раково-сетчаточных антигенов у больных раком

мочевого пузыря (РМП). Эта работа – первая в мире по оценке содержания аррестина и рековерина в моче у больных раком мочевого пузыря. *Цель исследования:* определить содержание раково-сетчаточных антигенов аррестина и рековерина в моче у больных РМП и здоровых добровольцев с помощью высококочувствительного мультиплексного иммуноанализа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для обнаружения следовых количеств антигенов в образцах мочи пациентов с РМП и условно-здоровых доноров применен высококочувствительный мультиплексный иммуноанализ на микрочипах с детекцией сигнала магнитными метками, имеющий предел обнаружения 0,1 пг/мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследовано 40 образцов мочи от больных раком мочевого пузыря, а также 50 образцов мочи от условно-здоровых доноров. Из 40 больных РМП было 32 (80%) мужчины и 8 (20%) женщин. Из них 32 (80%) пациента были с немышечно-инвазивным РМП и 8(20%) – с мышечно-инвазивным РМП. Оптимальное пороговое значение определения аррестина и рековерина в моче составило 0,1 пг/мл. Чувствительность определения одного аррестина или одного рековерина составила 30 и 38% соответственно, тогда как чувствительность их комбинации составила 58% (AUC=0,76), а специфичность – 92%. После удаления опухоли мочевого пузыря у больных с исходно положительным тестом данные антигены в моче не обнаружались в 90% случаев. Из 50 (100%) образцов мочи от условно-здоровых доноров лишь в 2 (4%) образцах был детектирован аррестин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительные данные указывают на необходимость дальнейшего изучения экспрессии раково-сетчаточных антигенов, как маркеров РМП с помощью сверхчувствительного иммунного анализа на большей популяции больных с РМП и условно-здоровых доноров.

Благодарности/Источники финансирования:
работа поддержана грантом РФФ №19-75-10025.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Онкоурология

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

В.В. Протошак, С.М. Гозалишвили

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова», кафедра урологии*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря;
en-bloc резекция

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявляемость немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря в Российской Федерации за последние 24 года увеличилась с 40,8% в 1997 г. до 78,5% в 2021 г. от всех впервые выявленных случаев РМП. По-прежнему стандартная трансуретральная резекция мочевого пузыря является «золотым стандартом» лечения НИРМП. Диагностическая составляющая ТУР МП заключается в получении гистологического материала. Качество и информативность полученного материала являются определяющими в стратификации пациентов на группы риска рецидивирования и прогрессирования, которые определяют дальнейший алгоритм наблюдения и лечения. *Цель исследования:* анализ результатов хирургического лечения НИРМП в клинике урологии Военно-медицинской академии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2018 по 2023 г. в клинике урологии Военно-медицинской академии им С. М. Кирова выполнено 276 первичных ТУР МП. Из общего числа пациентов 81,5% (n=225) составили мужчины, женщины составили 18,5% (n=51). Средний возраст составил 61,8 года. Стандартная ТУР МП выполнялась при опухолях более 3 см, а также при мультифокальном и тотальном поражении. При опухолях менее 3 см выполнялась en-bloc резекция мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Стандартная ТУР МП была выполнена в 81,1% (n=224) случаев, в то время как ТУР МП единым

блоком – в 18,9% (n=52), из которых у 92,3% (n=48) выполнена электрорезекция. Наиболее часто выявлялось поражение правой 31,5% (n=87) и левой 26,1% (n=72) стенок мочевого пузыря, в то время как поражение задней стенки встречалось в 17,4% (n=48), шейки мочевого пузыря – в 13% (n=36), передней стенки – в 7,9% (n=22), верхушки – в 2,2% (n=6). Поражение простатического отдела уретры выявлено в 1,8% (n=5). В 70,65% случаев (n=195) опухоль поражала одну из стенок, мультифокальное поражение определялось в 25,72% (n=71), тотальное поражение всех стенок выявлено в 3,6% (n=10). Наиболее часто (47,5%) опухоль мочевого пузыря была представлена папиллярной карциномой низкой степени злокачественности (low grade), в то время как опухоль high grade была выявлена в 24,3%. Мышечно-инвазивный РМП (МИРМП) диагностирован у 12,3% пациентов. В 11,3% определялась папиллярная опухоль уротелия низкого злокачественного потенциала (PUNLMP). Плоскоклеточная метаплазия и кистозный цистит диагностированы в 3,1 и 1,5% соответственно. Рецидив заболевания диагностирован в 12,7% (n=35) случаев. Из них 17,15% – у пациентов, перенесших резекцию единым блоком, а 82,85% – после стандартной ТУР МП, что составляет 2,2 и 10,5% от общего числа пациентов соответственно. Среди рецидивных опухолей PUNLMP составила 11,4%, low grade – 28,6%, high grade – 42,8%, МИРМП – 17,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проведенном нами анализе прослеживается взаимосвязь между методикой выполнения ТУР МП и развитием рецидива онкологического заболевания. При проведении ТУР МП единым блоком показатель рецидивирования достоверно ниже. En-bloc резекция позволяет получить качественный гистологический материал при более низком риске развития рецидива.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак мочевого пузыря: радикальное лечение

РАННИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

С.А. Рева, С.Ю. Коняшкина, В.Д. Яковлев, А.С. Мкртчян, С.Б. Петров

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, выживаемость.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Радикальная цистэктомия является основным методом лечения неметастатического мышечно-инвазивного и местно-распространенного рака мочевого пузыря (РМП), а также рецидивного немышечно-инвазивного заболевания при высокой степени злокачественности, неэффективности внутрипузырной БЦЖ-терапии. На протяжении многих лет радикальная цистэктомия характеризовалась высокой частотой развития осложнений (30–60%) и значительной периоперационной смертностью, достигающей 5–10%. Однако, согласно последним данным, частота периоперационной смертности в крупных центрах составляет порядка 1,2–3,2% через 30 дней после операции и 2,3–8,0% через 90 дней. Немаловажную роль в снижении частоты развития осложнений и периоперационной смертности сыграло появление возможности выполнения операции из малоинвазивного доступа. *Цель исследования:* оценить периоперационные результаты и частоту развития осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с лапароскопической цистэктомией и различными (экстра-, интракорпоральная) вариантами деривации мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении онкоурологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2020 по 2022 г. было выполнено 48 лапароскопических цистэктомий, из них по поводу РМП – 45, 2 – по поводу микроцистиса, 1 – по поводу пузырно-ректального свища. Из 45 больных РМП 33 (73,3%) пациентам

была выполнена цистэктомия с формированием илеокондуита по Брикеру, 8 (17,8%) пациентам – ортотопическая неоцистопластика, 4 (8,9%) пациентам деривация мочи была осуществлена путем выполнения нефростомии. Пациенты с различными вариантами деривации мочи достоверно отличались по возрасту, степени распространенности заболевания (сT, сN), коморбидности (индекс Charlson), предоперационной функции почек ($p > 0,1$ для всех показателей). Для корректного сравнения онкологических и функциональных результатов в окончательный анализ включены 33 пациента с формированием илеокондуита, у которых указанные критерии были сопоставимы.

Экстракорпоральное формирование илеокондуита было выполнено у 14 пациентов (43,8%), среди них было 12 мужчин и 2 женщины в возрасте от 44 до 78 лет, средний возраст которых составил 62,7 ($\pm 8,03$) года. Интракорпоральное отведение мочи было выполнено у 19 пациентов (15 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 51 до 81 года, средний возраст которых составил 66,9 ($\pm 8,79$) года. В группе пациентов с экстракорпоральным формированием илеокондуита на момент операции у 2 пациентов (14,3%) была диагностирована стадия T1, у 7 (50%) – T2, у 2 (14,3%) – T3, у 3 (21,4%) – T4.

Неoadьювантная химиотерапия была проведена на 11 из 19 пациентов (57,9%), в том числе 14 (42,8%) с интракорпоральным отведением мочи. Во всех случаях проведено 3–4 цикла по схеме GC (гемцитабин+цисплатин). В группе пациентов с интракорпоральным формированием илеокондуита распределение по стадиям было следующим: немышечно-инвазивные формы (сT1_{is}) – 2 пациента (10,5%), сT2 – 16 пациентов (84%), сT3b-4a – 1 пациент (5,5%).

При этом у 2 пациентов (10,5%) из вышеуказанной группы на момент операции имелись данные за метастатическое поражение единичного лимфатического узла (N1) и еще у 2 пациентов (10,5%) – за поражение лимфатических узлов из группы общих подвздошных сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана длительности операции в группе пациентов с экстракорпоральным формированием илеокондуита составила 373 ($\pm 97,8$) мин., в группе пациентов с интракорпоральным формированием илеокондуита – 350 ($\pm 63,9$) мин., $p = 0,675$.

Средний объем кровопотери в группе пациентов, которым было выполнено экстракорпоральное формирование илеокондуита составила 275 (± 300) мл, в группе пациентов, которым было выполнено интракорпоральное формирование илеокондуита – 300 (± 200) мл, $p=0,492$. При экстракорпоральном формировании илеокондуита медиана продолжительности пребывания в стационаре после проведенного оперативного вмешательства составила 14,5 ($\pm 4,75$) дней, при интракорпоральном – 11 ($\pm 5,5$) дней, $p=0,018$.

Общая частота осложнений в группе пациентов с экстракорпоральным формированием илеокондуита составила 35,7%, из них I–II степени тяжести по классификации Clavien-Dindo – 7,1%, III–IV степени тяжести – 28,6%, летальных исходов отмечено не было.

В группе пациентов с интракорпоральным формированием илеокондуита общая частота осложнений составила 31,6% ($p=0,8065$ при сравнении с экстракорпоральной деривацией), из них I–II степени тяжести по классификации Clavien-Dindo – 5,3%, III–IV степени тяжести – 21,0%. При сравнении частоты послеоперационных осложнений в течение 30 суток после вмешательства и в первые 90 суток различий между группами выявлено не было ($p=0,8875$).

В группе пациентов, которым было выполнено экстракорпоральное формирование илеокондуита, при гистологическом исследовании операционного материала у 2 пациентов (14,3%) наблюдался полный регресс опухоли (pT0), у 3 пациентов (21,4%) была диагностирована немышечно-инвазивная форма РМП (pT1; из них у 2 пациентов со стадией cT1 и у 1 пациента со стадией cT3), у 3 пациентов (21,4%) – мышечно-инвазивный РМП и у 6 пациентов (42,9%) – местно-распространенная форма РМП. У 3 пациентов (21,4%) были выявлены метастазы уротелиальной карциномы в удаленных во время операции лимфатических узлах. Положительный край резекции был выявлен у 1 из 14 пациентов (7,1%) со стадией pT4a и диагностированной еще на предоперационном этапе регионарной лимфаденопатией.

В группе пациентов с интракорпоральным формированием илеокондуита распределение по стадиям после проведенного оперативного лечения было следующим: у 3 пациентов (15,8%) был выявлен полный регресс опухоли (pT0), у 6 паци-

ентов (31,6%) была диагностирована немышечно-инвазивная форма РМП (pT1 – у 5 пациентов; pT1+is – у 1 пациента), у 5 пациентов (26,3%) была диагностирована мышечно-инвазивная форма и еще у 5 пациентов (26,3%) – местно-распространенный рак. У 5 пациентов (26,3%) при патоморфологическом исследовании удаленных лимфатических узлов были выявлены метастазы. В данной группе положительный край резекции также был выявлен у 1 из 19 пациентов (5,3%) с местно-распространенным РМП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного анализа не выявлено статически значимой разницы в длительности операции, объеме кровопотери и частоте гемотрансфузий у пациентов с экстра- и интракорпоральным формированием илеокондуита. При этом отмечена статически значимая разница в продолжительности пребывания пациентов в стационаре после проведенного оперативного вмешательства с меньшим количеством койко-дней при интракорпоральном формировании илеокондуита.

Также при сравнении двух групп пациентов не выявлено статически значимой разницы в общей частоте развития осложнений в раннем послеоперационном периоде и частоте развития осложнений \geq III степеней тяжести. Ограничением нашего исследования было небольшое количество пациентов в группах. Для получения более достоверных результатов требуются долгосрочные исследования с большей выборкой пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак мочевого пузыря: стадирование заболевания

ТОЧНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТАДИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

С.А. Рева, С.Ю. Коняшкина, В.Д. Яковлев, А.С. Мкртчян, С.Б. Петров

ВВЕДЕНИЕ

Наибольшее число случаев уротелиального рака представлено раком мочевого пузыря (90–95%), в то время как рак верхних мочевых путей (ВМП) встречается гораздо реже – всего в 5–10% случаев. Основным методом, используемым в диагностике поражения ВМП, является компьютерная томография, чувствительность и специфичность которой достигает 96 и 99% соответственно при папиллярных опухолях размером не менее 5 мм, и выполняемая с целью верификации биопсия опухоли. Однако примеряемые в настоящее время методы диагностики часто приводят к недооценке стадии заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить соответствие клинической и патоморфологической стадии заболевания у пациентов с раком ВМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели ретроспективный анализ результатов лечения 34 больных раком ВМП, проходивших лечение в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2020 по 2022 г. В исследование вошли 28 мужчин (82,4%) в возрасте от 48 до 85 лет, средний возраст которых составил 63,4 года, и 6 женщин (17,6%) в возрасте от 35 до 68 лет, средний возраст которых составил 56,7 года. У 20 пациентов (58,8%) был выявлен рак мочевого пузыря, у 14 (41,2%) – рак лоханки. Всем на предоперационном этапе была выполнена КТ-урография, в последующем 24 (70,6%) больным была выполнена уретероскопия с биопсией образования ВМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании данных, полученных при КТ, у большинства (n=25; 73,5%) пациентов имелась немышечно-инвазивная опухоль ВМП. Из

них, по данным проведенного гистологического исследования материала, полученного в ходе уретероскопии с биопсией, у 20 пациентов (80%) был выявлен уротелиальный рак: у 10 (50%) – высокодифференцированный (G1), у 6 (30%) – умереннодифференцированный, у 4 (20%) – низкодифференцированный. У 4 пациентов (16,6%) была диагностирована аденокарцинома мочевого пузыря. 32 из 34 (94,1%) была выполнена лапароскопическая радикальная нефруретерэктомия (15 пациентам (93,8%) с иссечением устья мочевого пузыря). Двум пациентам (5,9%, с небольшим образованием нижней трети мочевого пузыря сT1G1) выполнено органосохраняющее лечение в виде резекции нижней трети мочевого пузыря с иссечением его устья. Стоит отметить, что у одного из них отмечено изменение стадии по данным гистологического исследования операционного материала до pT2G2.

При патоморфологическом исследовании операционного материала у пациентов с уротелиальным раком ВМП мышечно-неинвазивная опухоль подтверждена у 6 пациентов (37,5%, из них у 5 пациентов на стадии pTa и у 1 – pT1). У 10 больных (62,5%) была описана мышечная инвазия опухоли (стадия pT2 и выше): у 6 наблюдалось поражение мышечного слоя, у 4 – прорастание за пределы мышечной оболочки в перипельвикальную жировую ткань, почечную паренхиму или в периуретральную жировую клетчатку. Изменение степени злокачественности опухоли в большую сторону было отмечено у 5 (14,7%) из 34 пациентов, которым была выполнена уретероскопия с биопсией.

ВЫВОДЫ

Определение глубины прорастания опухоли и ее стратификация в группу низкого или высокого риска на основании данных неинвазивных методов визуализации и уретероскопии имеет низкую точность и зачастую приводит к недооценке распространенности патологического процесса, что в свою очередь может приводить к недостаточному лечению и ухудшению онкологических результатов.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Лечение хирургическое

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, Т.Х. Ал-Аттар,
Б.К. Комяков

*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, деривация мочи, выживаемость.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цистэктомия остается основным и радикальным методом лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП). Цель исследования: изучить выживаемость и частоту локального рецидива в отдаленные сроки у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии (РЦ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1997 по 2023 г. в нашей клинике РЦ выполнена 404 больным РМП. Ортотопическая цистопластика была произведена у 299 (72,8%) больных. Из них искусственный мочевой пузырь (МП) из сегмента желудка по методу Mitchell-Hauri сформирован у 13 (3,4%) и в собственных модификациях – у 11 (2,9%) пациентов. Илеоцистопластика выполнена у 245 (58,7%) и сигмоцистопластика – у 30 (7,7%) больных. Континентная накожная деривация мочи была сделана у 13 (3,2%). Пересадка мочеточников в сигмовидную кишку произведена 42 (11,2%) и уретерокутанеостомия – 50 (12,8%) пациентам. Мужчин было 342 (86,4%), женщин – 62 (13,6%). Всем больным были выполнены клинично-лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, лучевые методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 136 (33,6%) пациентов. Послеопераци-

онная летальность составила 12 случаев (3,1%). Поздние осложнения имели место у 117 (28,9%) больных. Локальный рецидив в малом тазу после РЦ мы наблюдали у 33 (8,5%). Общая выживаемость при 10-летнем катамнестическом периоде наблюдения составила 43,4%, а 10-летняя раковоспецифическая выживаемость – 47,2%. У больных без метастазов в регионарные ЛУ 2-летняя общая выживаемость была 81,2%, 5-летняя – 67,2%. В группе пациентов с метастазами в регионарные ЛУ общая 2-летняя выживаемость равнялась 46,9%, 5-летняя – 13,9%. В лимфо-негативной группе 2-летняя раковоспецифическая выживаемость составила 83,6%, 5-летняя – 70,7%. В лимфоположительной группе 2-летняя раковоспецифическая выживаемость составила 51,0% больных, 5-летняя – 15,1%. По мере увеличения pT стадии и степени гистопатологической градации опухоли общая и раковоспецифическая выживаемость также снижалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стадия опухоли (pT), статус ЛУ (pN), степень гистопатологической градации (pG) оказывают существенное независимое влияние на общую и раковоспецифическую выживаемость у больных РМП после РЦ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Лечение хирургическое (инвазивное)

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО СТАЦИОНАРА

О.В. Теодорович¹, С.И. Сулейманов²,
Г.Г. Борисенко¹, М.Н. Шатохин¹, А.С. Бабкин^{1,2},
К.С. Кулясов¹

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва
²ГБУЗ «ГКБ № 13» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря,

en-bloc резекция, гольмиевая резекция, тулиевая резекция, биполярная резекция.

ВВЕДЕНИЕ

Рак мочевого пузыря (РМП) – наиболее частая злокачественная опухоль мочевыводящих путей, которая занимает 11-е место среди всех диагностируемых видов злокачественных образований, являясь 14-й ведущей причиной смертности от рака во всем мире. По распространенности в мире занимает 7-е место у мужчин и 17-е место у женщин в структуре онкологических заболеваний. РМП чаще встречается у представителей мужского пола (соотношение 3:1) ввиду большего распространения среди мужского населения курения и профессий, связанных с контактом с канцерогенными веществами. Макрогематурия является одним из основных симптомов данной патологии и причиной обращения пациентов в стационар в экстренном порядке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2021 по 2022 г. зафиксировано 725 пациентов, обратившихся в урологический стационар ГБУЗ «ГКБ № 13» ДЗМ в экстренном порядке с диагнозом «Неуточненная гематурия» (R33). У 116 пациентов, по данным УЗИ мочевыводящих путей, МРТ органов малого таза, МСКТ мочевыводящей системы и диагностической цистоскопии, выявлены образования мочевого пузыря размерами от 1 до 3 см с участками сангвинации. Вышеуказанным пациентам выполнено оперативное пособие в объеме трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря различными методиками. При последующем гистологическом исследовании 78 пациентам (67%) установлен диагноз: немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (T_a – 36 пациентов, T₁ – 42 пациента, low-grade – 67 больных, high-grade – 11 пациентов), остальные 33% были представлены папилломами, папиллярными уротелиальными неоплазиями с низким злокачественным потенциалом. Ретроспективно пациенты с немышечно-инвазивным раком были разделены на три группы: 29 (37%) пациентам выполнена биполярная en-bloc резекция стенки мочевого пузыря с опухолью, 22 (29%) пациентам выполнено пособие в объеме гольмиевой резекции единым блоком стенки пузыря с опухолью, 25 (33%) подверглись тулиевой en-bloc резекции. Всем пациентам в течение часа после проведения оперативного вмешательства выполнена внутривузы-

рная инстилляция Доксирубицина 50 мг с экспозицией 2 часа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 3, 6 и 12 месяцев в сторонних учреждениях пациентам выполнялась контрольная цистоскопия с целью определения наличия рецидива опухоли. В группе применения гольмиевой резекции рецидив в месте локализации резецированной опухоли при третьей контрольной цистоскопии наблюдался у 2 пациентов (9%), биполярной резекции единым блоком – у 3 пациентов (10%), тулиевой резекции – у 2 (8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Морфологами отмечено, что методика en-bloc резекции стенки мочевого пузыря с опухолью позволяет предоставлять более высококачественные образцы для гистологической оценки по сравнению со стандартной трансуретральной резекцией. Подытоживая результаты наблюдений, стоит отметить отсутствие существенной разницы в рецидивировании при применении различных методик en-bloc резекции, при выявлении опухоли мочевого пузыря возможно использование любого из перечисленных методов оперативного пособия.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Базовые исследования.

Диагностика, достижения

Рубрика: Малоинвазивное удаление органокомплекса у пациентов с терминальной ХПН

**УДАЛЕНИЕ ОРГАНОКОМПЛЕКСА
ЕДИНЫМ БЛОКОМ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО
ПОЧКИ, МОЧЕТОЧНИКИ, МОЧЕВОЙ
ПУЗЫРЬ, ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ
С СЕМЕННЫМИ ПУЗЫРЬКАМИ
И УРЕТРУ У ПАЦИЕНТОВ
С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
И РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Р.Н. Трушкин¹, С.А. Соколов¹, Н.Е. Щеглов¹,
Т.К. Исаев¹, П.П. Тейхриб¹, П.Е. Медведев¹

¹ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗ г. Москвы,
урологическое отделение, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

терминальная стадия хронической почечной недостаточности, рак мочевого пузыря, нефрэктомия, цистэктомия, урология, онкология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На протяжении последних лет число пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности значительно увеличивается. По информации, полученной из базы данных регистра РДО на 31.12.2022 г., заместительную почечную терапию получали 60 547 пациентов с ХБП 5 стадии. А гнойно-септические осложнения являются второй по распространенности причиной смерти у пациентов на ЗПТ. Также значительно возрастает количество пациентов с уротелиальным раком мочевого пузыря. В структуре онкопатологий Российской Федерации занимает 9-е место у мужчин и 16-е – у женщин, а прирост заболеваний обоих полов за последние 10 лет составляет 28,3%. Однако пациентов, страдающих ТХПН и имеющих злокачественное образование мочевого пузыря, в мире описаны единицы. С учетом этого данная группа больных является малоизученной и требует от врачей-клиницистов разностороннего нестандартного подхода и является сложным клиническим случаем. *Цель исследования:* изучить и применить на практике варианты лечения пациентов с ТХПН, получающих

заместительную почечную терапию в комбинации с раком мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗМ г. Москвы в период с 2013 по 2023 г. выполнено 9 хирургических вмешательств в объеме: лапароскопическая билатеральная нефроуретерэктомия с цистпростатвезикулэктомией с лимфаденэктомией, уретерэктомией единым блоком (ad bloc).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов с выполненным объемом операции, по данным гистологического исследования, имелся склероз клубочкового аппарата почек. Из них у 8 пациентов инвазивный рак мочевого пузыря pTa-2b N0. У одного пациента был выявлен первично множественный синхронный рак: 1. Рак мочевого пузыря pT4aN2 R0, 2. Рак предстательной железы pT2N0 Глисон 6 (3+3).

РИСУНКИ/ГРАФИКИ



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, удаление органокомплекса (ad bloc) является радикальным методом лечения рака мочевого пузыря симультанно с профилактикой гнойно-деструктивных и септических осложнений у пациентов с ТХПН, находящихся на заместительной почечной терапии, относящихся к группе высокого риска.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Мультимодальная мотивация при выборе метода кишечной деривации мочи у больных раком мочевого пузыря. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

**МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ
ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА КИШЕЧНОЙ
ДЕРИВАЦИИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ
РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.
ОЦЕНКА ИСХОДОВ, НАБЛЮДЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА**

Р.А. Узденов

*ФГБУ Российский научный центр
рентгенорадиологии*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак мочевого пузыря, цистэктомия, кишечная деривация, хирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и внедрить в практику оптимальный метод кишечной деривации мочи у пациентов с местно-распространенным раком мочевого пузыря и у пациентов, перенесших радикальную цистэктомию с положительным краем резекции, позволяющий снизить частоту кондуит-ассоциированных лучевых осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретро- и проспективное исследование войдут 40 пациентов с диагнозом «рак мочевого пузыря», перенесших радикальную цистэктомию с разными видами деривации мочи в комбинации с адьювантной лучевой терапией.

Группа I – пациенты с местно-распространенным раком мочевого пузыря и пациенты, перенесшие радикальную цистэктомию с положительным краем резекции и которым выполнена радикальная цистэктомия с формированием модифицированного высокого кондуита с адьювантной лучевой терапией.

Группа II – пациенты с местно-распространенным раком мочевого пузыря и пациенты, перенесшие радикальную цистэктомию с положи-

тельным краем резекции и которым выполнена радикальная цистэктомия с формированием классического кондуита с адьювантной лучевой терапией.

Список литературы по теме рак мочевого пузыря, цистэктомия, кишечная деривация

1. Каприн А.Д. (ред.) Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2014. – 235 с.
2. Коган М.И., Перепечай В.А., 2002; Матвеев Б.П., 2011; J.P. Stein et al., 2003; J.E. Gschwend, 2012.
3. R.E. Hautmann et al., 2010, Матвеев Б.П., 2011; Коган М.И. и др., 2014; J.F. Finks, N.H. Osborne, 2011, M. Maffezzini, 2013.
4. Жегалик А.Г., Поляков С.Л., Ролевич А.И. Факторы прогноза у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Онкоурология. – 2014. – № 2. – С. 29–34.
5. Васильченко М.И., Забелин М.В., Семенякин И.В. и др. Оценка методов отведения мочи после радикальной цистэктомии // Хирургическая практика. –2014. – № 4. 190 – С. 44–48

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. В ходе исследования впервые будут изучены данные, позволяющие оценить качество лечения и жизни пациентов после модифицированного «высокий кондуит» реконструктивно-хирургического вмешательства в комбинации с лучевой терапией.
2. Результаты исследования позволят определить показания и противопоказания к формированию модифицированного «высокого кондуита».
3. На основании полученных данных будет разработан алгоритм выбора метода кишечной деривации мочи у больных с местно-распространенным раком мочевого пузыря и у пациентов, перенесших радикальную цистэктомию с положительным краем резекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты полученного исследования позволят внедрить в практику формирование «высоких кондуитов» и их комбинацию с адьювантной лучевой терапией после радикальной цистэктомии, что позволит снизить опасность кондуит-ассоциированных постлучевых осложнений и тем самым повысить эффективность комплексного лечения и качество жизни пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Злокачественное новообразование мочевого пузыря

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ Tа, T1S, T1 И РАННЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹,
Д.В. Косарева¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная лазерная резекция, FiberLase U1, VI-RADS, рак мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак мочевого пузыря занимает 7-е место по распространенности у мужчин и 10-е – у лиц обоих полов. По всему миру стандартизированная по возрасту встречаемость составляет 9,5 и 2,4 случая на 100 тыс. мужчин и женщин соответственно, а в европейском союзе – 20 и 4,6 случая соответственно. Примерно у 75% пациентов рак мочевого пузыря при диагностике ограничен слизистой (стадия Tа, карцинома in situ) или подслизистой оболочкой (стадия T1); у больных молодого возраста (<40 лет) данный показатель еще выше. Эти категории рака мочевого пузыря имеют высокую распространенность вследствие длительной выживаемости многих пациентов и низкой канцероспецифической смертности по сравнению с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря. Трансуретральная резекция мочевого пузыря является одним из основных методов в диагностике и лечении мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря. Однако необходимо отметить, что после применения данной методики довольно часто отмечается рецидивирование злокачественного процесса (до 30%). Также нерепрезентативность гистологического материала затрудняет правильное стадирование он-

кологического процесса. *Цель исследования:* повысить эффективность ранней диагностики рака мочевого пузыря и лечения неинвазивного рака мочевого пузыря с помощью применения тулиевого волоконного лазера FiberLase U1.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2021 г. обследованы 47 пациентов с подозрением на рак мочевого пузыря. В ходе обследования пациенты отбирались на операцию: на основании мультипараметрической МРТ мочевого пузыря (VI-RADS) и цистоскопического осмотра. Прооперировано 43 пациента с подозрением на мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (первичные и одиночные рецидивные опухоли), при этом во всех случаях выполнялась трансуретральная лазерная энуклеация опухоли мочевого пузыря единым блоком.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При гистологическом исследовании опухоли и ее основания у 31 пациента была выявлена стадия pT1, у 12 пациентов – pTа. Послеоперационный период протекал без особенностей. За время наблюдения (6 месяцев) при диагностической цистоскопии выявлено два рецидива заболевания в месте первичной лазерной резекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранняя комплексная диагностика и трансуретральная лазерная резекция мочевого пузыря с применением техники единого блока является эффективным методом в лечении образований мочевого, в частности, позволяет снизить риск развития рецидива злокачественного процесса вследствие имплантации свободных флотирующих опухолевых клеток в ходе операции, достоверно оценивать глубину инвазии опухоли, снизить количество периоперационных осложнений, а также сокращать сроки госпитализации пациента и улучшать качество его жизни. Планируется дальнейшее углубленное изучение эффективности применения тулиевого волоконного лазера FiberLase U1 в лечении рака мочевого пузыря с увеличением объема выборки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря

Рубрика: Кровотечение, эмболизация

СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Ю. Цуканов¹, Р.А. Казаков², А.Ю. Иванов², А.Р. Пропп²

¹*Кафедра хирургических болезней и урологии, ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России, Омск, Россия*

²*БУЗ Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», Омск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

кровотечение, эмболизация, суперселективная ангиография.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы и мочевого пузыря является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований. Нередко таких больных госпитализируют в отделение неотложной помощи в связи с массивной гематурией. Последствия распространенного злокачественного новообразования требуют инвазивных процедур, которые могут быть неприемлемы, особенно для пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, а также неэффективны ввиду распространенности злокачественного процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2020–2022 гг. Всего проанализированы истории болезни 37 пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи с массивным кровотечением из нижних мочевыводящих путей. Пациенты были обследованы, согласно актуальным порядкам оказания неотложной помощи. Проведена оценка результатов суперселективной артериальной эмболизации в контексте контроля гематурии, смертности, потребности в переливании крови и гематокрита в ранние и отделенные (до полугода) сроки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях пациенты были доставлены в экстренном порядке по неотложной урологической помощи. Всего было 17 женщин (рак мочевого пузыря во всех случаях) и 20 мужчин (11 – рак мочевого пузыря, 9 – рак предстательной железы). В пяти случаях (13,5%) онкологический процесс был установлен впервые. У всех пациентов была предпринята попытка консервативного лечения, ответа на которое не последовало. Кроме того, хирургический риск был крайне высоким. Эмболизация выполнена в течение 1–3 дней с момента поступления. Первичная процедура оказалась эффективной в 86,5%. Четыре случая рака предстательной железы и один случай рака мочевого пузыря потребовали повторной процедуры во время текущей госпитализации. В течение следующих шести месяцев в трех случаях (два пациента с раком предстательной железы и один с раком мочевого пузыря) были повторные эпизоды кровотечения, которые были остановлены одной повторной процедурой. После проведения эмболизации средние уровни гематокрита ($p=0,001$) и гемоглобина ($p=0,005$) значительно улучшились. Кроме болевого синдрома у 12 пациентов (32,4%) других осложнений не было. В одном случае с удовлетворительным техническим результатом больной, к сожалению, скончался в связи с исходной тяжестью состояния на момент поступления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суперселективная артериальная эмболизация предстательной железы и мочевого пузыря является осуществимой, эффективной и безопасной методикой как для краткосрочного, так и для долгосрочного лечения рефрактерных кровотечений. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак верхних мочевых путей и мочевого пузыря, лечение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря
Рубрика: Хирургическое лечение немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ en bloc – НОВЫЙ СТАНДАРТ ИЛИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ?

Ширанов, К.И., И.А. Абоян, К.А. Бадьян, С.Л. Слюсарев, С.В. Шашкин

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье»
в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, резекция en bloc, стадирование, рецидив.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансуретральная резекция является «золотым стандартом» лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Ее недостатки включают отсутствие мышечного слоя у части пациентов и сложности стадирования, связанные с коагуляционным повреждением и пространственной ориентацией срезов. В течение последних нескольких лет активно развивается методика резекции опухоли en bloc, основным преимуществом которой является соблюдение принципов абластики. *Цель исследования:* сравнить три варианта первичного удаления опухолей мочевого пузыря: стандартную монополярную ТУР, биполярную резекцию en bloc, лазерную резекцию en bloc.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное исследование, включавшее 378 пациентов с раком мочевого пузыря, которым проводилась трансуретральная резекция в период с января 2018 г. по январь 2022 г. В группе 1 (n=201), группе 2 (n=57) и группе 3 (n=120) использовали следующие методики: монополярная ТУР, биполярная резекция en bloc, лазерная резекция en bloc. Оцениваемые критерии включали частоту наличия детрузора в препарате, рецидивов в течение одного года и наличия резидуальной опухоли при повторной резекции, а также частоту осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний размер опухоли мочевого пузыря составил 2,5; 2,3 и 2,4 см в группе 1, 2 и 3 соответственно. Частота наличия детрузора в препарате составила 81,2; 95,6 и 98,3% в группе монополярной ТУР, биполярной en bloc резекции и лазерной резекции соответственно (p<0,05 для группы 1 по сравнению с группами 2 и 3). Среднее время операции составило 32, 35 и 33 мин соответственно (p>0,05). Перфорация мочевого пузыря, потребовавшая удлинения сроков катеризации, наблюдалась только в группе 1 (n=4). Ни в одном из случаев не потребовалось конверсии. При повторной резекции по срокам наблюдения частота резидуальной опухоли составила 15,2; 5,7 и 3,9% соответственно (p<0,05 для группы 1 по сравнению с группами 2 и 3). Частота рецидивов в течение одного года была сопоставимой между группами (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная резекция опухолей мочевого пузыря en bloc является эффективным и безопасным методом. Согласно результатам, она позволяет увеличить частоту наличия детрузора в препарате и снизить риск резидуальной опухоли. Тем не менее частота рецидива в течение одного года не отличается от показателей для монополярной ТУР.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

РАК ПРОСТАТЫ. БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика рака предстательной железы. Номограмма. Прогноз. Тест-системы.

РАЗРАБОТКА ТЕСТ-СИСТЕМ ВЕРОЯТНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.О. Васильев^{1,2,3}, Ю.А. Ким^{1,2}, П.А. Арутюнян¹,
А.В. Говоров^{1,2}, Д.Ю. Пушкар^{1,2}

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия*

³*ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, номограмма, тест-системы, диагностика рака простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прогнозирование заболеваемости является неотъемлемым компонентом оказания квалифицированной медицинской помощи населению. Несмотря на стремительный рост числа использования номограмм в клинической практике, их методы построения, интерпретации и применимость к каждому конкретному пациенту остаются не до конца понятными. Качество интерпретируемых данных, их обобщаемость на конкретных группах населения (когортах пациентов) – основные ограничения имеющихся номограмм. Из общего числа ограничений, свойственных имеющимся номограммам, следует считать. *Цель исследования:* Создание номограммы риска развития рака предстательной железы (РПЖ) на когорте московских пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленной цели будут использованы «большие данные» пациентов, пере-

несших трансректальную биопсию предстательной железы под контролем гистосканирования (данные регистра <https://historegistr.ru>). Основной задачей реализации исследования является выявление наиболее значимых факторов риска и разработка статистической модели, которая точно прогнозирует риск наличия заболевания у каждого конкретного пациента. Для этого будет определен набор факторов риска, связанных с повышенным риском развития РПЖ. Так, например, корреляционному анализу будут подвергнуты такие переменные, как возраст, семейный анамнез, этническая принадлежность, уровень общего ПСА, данные МРТ, а также другие клинические, демографические и эпидемиологические данные. Сравнительный анализ имеющихся данных позволит разработать прогностическую модель, после чего она будет использована для построения номограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе проведенного исследования клиницистам будет предоставлена более точная и персонализированная оценка риска РПЖ для каждого пациента, что позволит на раннем этапе выявлять РПЖ и принимать более обоснованные решения для проведения скрининга РПЖ и мониторинга пациентов; позволит принимать более обоснованные решения о вариантах лечения на основе индивидуального профиля риска пациента. Прецизионность в принятии решений приведет к улучшению результатов и уменьшению частоты осложнений проводимого лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Практическое применение разработанной номограммы будет включать оценку риска РПЖ, что позволит определять наиболее подходящий интервал скрининга, мониторинга и необходимость проведения дальнейших диагностических тестов. При комбинировании клинических и демографических переменных номограмма может помочь выявлять пациентов с более высоким риском развития РПЖ, определять оптимальный подход к лечению пациентов, оценивая риск прогрессирования или рецидива заболевания. Внедрение в клиническую практику номограммы вероятности выявления РПЖ позволит в перспективе снизить экономическую нагрузку на систему здравоохранения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Системы поддержки принятия решений в диагностике, лечении и прогнозировании течения рака предстательной железы

СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.О. Васильев^{1,2,3}, Ю.А. Ким^{1,2}, П.А. Арутюнян¹, А.В. Говоров^{1,2}, Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия*

³*ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

искусственный интеллект, система поддержки принятия решений, база данных.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимость обработки большого объема данных привела к созданию программного обеспечения, способного улучшить работу медицинских сотрудников. Системы поддержки принятия решений (СППР) используются во многих отраслях медицины как на амбулаторном, так и на стационарном этапе оказания медицинской помощи, помогая клиницистам в выборе тактики лечения и ведения каждого конкретного пациента. Данные системы способны в определенной степени улучшать результаты лечебно-диагностического процесса. Внедрение СППР в клиническую практику показало немало преимуществ в снижении частоты постановки ошибочных диагнозов и, как следствие, риска врачебных ошибок. Разработка СППР представляет собой сложный и повторяющийся процесс, который требует мультидисциплинарного подхода для обеспечения точности, надежности и клинической значимости разработанной системы. *Цель исследования:* повышение точности и эффективности при-

нятия клинических решений в диагностике, лечении и прогнозировании течения рака предстательной железы (РПЖ). На проведение исследований получено согласие Межвузовского этического комитета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленных целей были обозначены ключевые задачи, главными из которых являются:

- сбор и подготовка больших объемов данных из различных источников;
- выбор и извлечение наиболее важных функций в формате, подходящем для использования в алгоритмах машинного обучения;
- оптимизация подготовленных моделей для прогнозирования результатов и выявления закономерностей;
- проверка и тестирование обученной модели для обеспечения ее точности и надежности;
- внедрение разработанной СППР в рабочие процессы для обеспечения плавной интеграции с существующими системами;
- развертывание СППР в клинических условиях, мониторинг ее производительности и влияния на результаты лечения пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Реализация проекта по разработке СППР на основе глубокого машинного обучения и нейронных сетей приведет к повышению точности и эффективности диагностики РПЖ, индивидуальному планированию и мониторингу лечения пациентов с РПЖ, улучшению прогнозирования течения РПЖ и, наконец, повышению эффективности и снижению финансовых затрат на лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая вышеуказанное, трудно переоценить необходимость разработки отечественной системы поддержки принятия решений на основе глубокого машинного обучения и нейросетей в диагностике, лечении и прогнозировании течения рака предстательной железы. Системы поддержки принятия решений являются перспективным и многообещающим направлением. В связи с широкомасштабной цифровизацией медицинских данных при создании СППР важен мультидисциплинарный подход для проведения полноценных клинических исследований и моделей машинного обучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Сложность выполнения радикальной простатэктомии

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТ- АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.А. Витославский², К.Б. Колонтарев^{1,2},
А.В. Говоров², В.В. Дьяков², К.С. Скрупский²,
Д.Ю. Пушкарь²

¹Онкоурологическое отделение, ГБУЗ
г. Москвы «Городская клиническая больница
им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

²Кафедра урологии Московского
государственного медико-стоматологического
университета им. А.И. Евдокимова, Москва,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, радикальная робот-ассистированная простатэктомия, сложная операция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний среди мужчин. В настоящее время «золотым стандартом» радикального хирургического лечения локализованного рака простаты является радикальная простатэктомия. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) является наиболее часто выполняемым робот-ассистированным оперативным вмешательством в мире. При этом РАРП также является наиболее изученной и стандартизированной процедурой, изменившей парадигму обучения специалистов. Все это обуславливает восприятие данной операции в качестве идеальной платформы для подтверждения различных гипотез относительно различных аспектов обучения и выполнения робот-ассистированных вмешательств. Популяризация и широкое распространение РАРП по всему миру связана прежде всего с возможностью осуществления быстрого перехода от открытой техники к роботической без необходимости прохождения длительного периода обучения, что необходимо в случае перехода от открытой радикальной простатэктомии (ОРП)

к лапароскопической операции. Однако не следует забывать, что указанная простота лишь кажущаяся и влечет за собой неожиданные трудности, подстерегающие начинающего роботического хирурга. Специалисту важно помнить о необходимости постоянного обучения и самосовершенствования, поскольку по мере накопления опыта хирург будет все чаще и чаще встречаться с технически трудновыполнимыми случаями. Задача специалиста – накопить достаточный опыт для понимания этих трудностей и нахождения путей выполнения оперативного вмешательства. Несомненно, путь специалиста от начинающего к экспертному уровню может быть более быстрым при условии постепенно возрастающей сложности выполняемых случаев оперативного лечения. Для обеспечения этого условия прежде всего необходима правильная оценка предполагаемой сложности операции на этапе обследования пациента. На сегодняшний день отсутствуют объективные инструменты дооперационной оценки сложности оперативного лечения. Более того, в доступной литературе отсутствует определение сложной операции. Существует несколько групп факторов, которые могут в той или иной степени повлиять на сложность выполнения оперативного лечения. Однако в реальной практике обладание должным уровнем компетенции не позволяет специалисту достоверно определить предполагаемую сложность оперативного вмешательства, эта гипотеза позволила инициировать исследование по изучению субъективной оценки предполагаемой сложности оперативного. *Цель исследования:* сравнение предполагаемой и реальной сложности выполнения оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 50 случаев выполнения РАРП одним хирургом. Инструментом субъективной оценки предполагаемой сложности оперативного вмешательства была выбрана визуально аналоговая шкала, состоящая из 10 пунктов, где 0 – это наиболее легкая степень сложности, а 10 – наиболее сложная. Хирург дважды заполнял визуально аналоговую шкалу до оперативного лечения и непосредственно после, результаты были сравнены. Также нами проведен поиск литературных источников по имеющимся базам данных (Scopus, Web of science, PubMed и Biosis), по ключевым словам: сложная опе-

рация, оценка степени тяжести, сложная РАРП, удовлетворенность хирурга РАРП.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В имеющейся литературе данные, описывающие субъективную оценку выполнения сложности РАРП до и после оперативного вмешательства, отсутствуют, а большинство работ посвящено оценке удовлетворенности результатами пациентов и хирургов выполненной операции. Изменения оценки до и после оперативного вмешательства были изучены и сделаны следующие выводы: из 50 пациентов у 18 (36%) ожидаемая и реальная сложность оперативного вмешательства была идентична, у 32 (64%) нами были выявлены различия между ожидаемой и реальной сложности выполненного оперативного вмешательства, по субъективной оценке, хирурга. В 11 случаях предполагаемая оценка хирурга была завышена, а в 21 – занижена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время отсутствуют методы субъективной оценки степени сложности, предстоящей РАРП. По результатам нашей работы мы обнаружили значимую разницу между ожидаемой и реальной сложностью проведения РАРП, достигающей более чем в половине случаев (64%). Это позволяет нам инициировать работу по поиску инструментов дооперационной объективной оценки сложности выполнения РАРП. Важно отметить: несмотря на то, что сложные операции могут иметь больший риск осложнений и более длительное время восстановления, они также могут спасти жизнь и значительно улучшить качество жизни пациента в долгосрочной перспективе. Поэтому хирург должен взвесить риски и выгоды, прежде чем принимать решение о проведении сложной операции, и должен убедиться, что пациент хорошо информирован о потенциальных рисках и преимуществах проводимой операции. Поистине сложной задачей стоит считать возможность оценки сложности операции до, во время и после самой операции. Как было отмечено ранее, на сложность операции может в равной степени влиять несколько факторов, включая общее состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний и ранее перенесенных операций, особенно на простате (лучевая терапия, криоабляция, трансуретральная резекция простаты и пр.), разновидность операции, анатомический доступ, применение передо-

вых технологий и оборудования, навыки и опыт хирурга, риск развития осложнений и др.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ ГЛУТАМИНАЗЫ КЛЕТКАМИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРОСТАТЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

С.В. Вовденко¹, А.О. Морозов¹, С.Т. Авраимова², Е.А. Коган², Е.А. Безруков¹

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

²*Институт клинической морфологии и цифровой патологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, метаболизм опухолевых клеток, глутаминаза.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение особенностей метаболизма аденокарциномы простаты, в частности оценка уровня экспрессии клетками глутаминазы, может стать дополнительным инструментом стратификации риска биохимического рецидива и прогнозирования течения рака предстательной железы после радикальной простатэктомии. Данное исследование проведено с целью определения диагностической ценности вышеописанного биомаркера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен анализ проспективно ведущейся в Институте урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета базы данных пациентов, перенесших РПЭ. В работу включены больные с морфологически верифицированной аденокарциномой и стадией не выше pT3bNoMo. Из гистологического послеопераци-

онного материала парафиновых блоков, полученных в архиве Института клинической морфологии и цифровой патологии Сеченовского университета, выполнено иммуногистохимическое исследование с антигеном к глутаминазе. Проанализирована связь экспрессии биомаркера с клиническими параметрами и фактом рецидива.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование вошло 96 препаратов аденокарциномы простаты различных групп злокачественности по ISUP. Высокая экспрессия глутаминазы клетками опухоли (>40% клеток) была ассоциирована с более высоким уровнем ПСА перед операцией ($p=0,012$), группой злокачественности ISUP 4 и 5 ($p<0,001$), стадиями pT3a и pT3b ($p=0,022$), наличием перинеуральной инвазии ($p=0,04$), экстракапсулярного распространения ($p=0,022$), биохимического рецидива ($p<0,001$). Был проведен регрессионный анализ, показавший повышение вероятности биохимического рецидива в 16,6 раза среди пациентов с экспрессией глутаминазы >40% клеток ($p=0,028$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка степени иммуноэкспрессии глутаминазы клетками аденокарциномы простаты может стать эффективным методом стратификации риска рака простаты, позволяющим прогнозировать течение заболевания, а также эффективность радикального лечения.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты.

Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика рака предстательной железы

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.П. Даренков¹, Е.А. Пронкин^{1,2},
А.М. Домникова², В.А. Новиков², Н.С. Балабин²

*¹Кафедра урологии Управления делами
Президента РФ ЦГМА, Москва, Россия
²ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. акад.
Ю.М. Лопухина, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия предстательной железы, магнитно-резонансная томография, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) остается одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний у мужчин. В России за 2020 г. занимает 2-е место – 14,9% из всех онкологических заболеваний, в возрастной группе 60 лет и старше – до 18,5%. Стандартным и рутинным методом верификации РПЖ по-прежнему является биопсия. В качестве доступной методики остается трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под УЗ-контролем. *Цель исследования:* оценить выявляемость клинически значимых форм рака предстательной железы при проведении биопсии предстательной железы под УЗ-навигацией с использованием данных МРТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России им. акад. Ю.М. Лопухина в период с января по декабрь 2022 г. были обследованы 86 пациентов с подозрением на рак предстательной железы. Исследуемая популяция мужчин в возрасте от 56 до 87 лет (средний возраст – 69,5 года). Анализ данных пациентов проводился с впервые выявленными изменениями лабораторных показателей (ПСА), ранее не выполнявших биопсию предстательной железы. Критериями исследования являлись: повышение лабораторных показателей (ПСА); положительный результат пальце-

вого ректального исследования (ПРИ); изменения на МРТ предстательной железы PI-RADS ≥ 3 . По результатам МРТ ПЖ, проводимая у всех пациентов, был выявлен, по крайней мере, один подозрительный очаг, согласно классификации PI-RADS v.2 (2–5). В ходе исследования были определены следующие средние значения: величина ПСА – 9,7 нг/мл, величина коэффициента ПСА – 0,18: V предстательной железы – 60 см³, средняя оценка по PIRADS – 4. Выполнялась мультифокальная биопсия предстательной железы из 12 точек под контролем УЗИ с сопоставлением получаемых изображений МРТ в графическом виде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рак предстательной железы выявлен в 73,3% (у 63 пациентов). PIRADS 2 – 3,4% (у 3 пациентов) РПЖ Глисон 6; PIRADS 3 – 11,6% (у 10 пациентов) РПЖ Глисон 7; PIRADS 4 – 24,4% (у 21 пациента) РПЖ Глисон 6–10; PIRADS 5 – 33,9% (у 29 пациентов) РПЖ Глисон 7 – 10. Сопоставление данных гистологического исследования полученного материала показало, что клинически значимый РПЖ (сумма баллов по шкале Глисона ≥ 7) в результате стандартной мультифокальной биопсии выявлен в 69% (у 60 пациентов). Осложнения, такие как острая задержка мочи, острый простатит, получены в 3,4% (у 3 пациентов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы с использованием когнитивной оценки данных МРТ и сопоставления с УЗ навигацией позволяет выявлять клинически значимые формы рака предстательной железы.

Тема сессии: МКБ. Диагностика и хирургия
Рубрика: Лечение

ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ПЭТ-КТ. НАШ ОПЫТ

Л.Ф. Зуева¹, А.С. Савельева³, Е.А. Безруков^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск,
Россия

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.

И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва, Россия

³ГБУ ФСНКЦ ФМБА России, Красноярск,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, ПЭТ-КТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин. В течение первых 10 лет после радикальной простатэктомии ПСА-рецидив диагностируется у 27–53% больных. *Цель исследования:* оценить диагностические возможности применения ПЭТ/КТ с 18F-ПСМА у пациентов с подозрением на РПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группу исследования вошли 25 пациентов с подозрением на РПЖ и неоднозначными данными уровня ПСА и МРТ. Сбор данных амбулаторных карт и ПЭТ/КТ-исследований проводился на базах Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского и Центра ядерной медицины Сибирского научно-клинического центра ФМБА России.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе результатов ПЭТ/КТ дополнительно к данным МРТ/КТ и остеосцинтиграфии у 12 из 25 пациентов была изменена стадия по TNM. Были выявлены дополнительные очаги поражения в семенных пузырьках, регионарных лимфоузлах, метастатическом поражении отдаленных лимфоузлов и костей, не выявленных при стандартной лучевой диагностике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение ПЭТ/КТ с 18F-ПСМА при впервые выявленном РПЖ позволяет получить важную дополнительную информацию о местной, регионарной и отдаленной распространенности па-

тологического процесса, а в ряде случаев – изменить стадию заболевания по TNM. Этот фактор позволяет выбрать оптимальную тактику лечения РПЖ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

ПРЕСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ RT-LAMP ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

А.А. Измайлов¹, М.Ю. Шкурников²,
Б.Я. Алексеев^{1,3}

¹Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии»

Минздрава России, Москва, Россия

*²Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия*

³Кафедра онкологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, rt-lamp, сторожевые лимфатические узлы, расширенная тазовая лимфаденэктомия, цитокератин-19.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время рак предстательной железы занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин. Основными методами лечения РПЖ на стадии локализованного процесса являются радикальная простатэктомия с расширенной тазовой лимфаденэктомией (РПЭ с рТЛАЭ), брахитерапия, дистанционная лучевая терапия и активное наблюдение. Согласно рекомендациям Ассоциации онкологов России (АОР), рТЛАЭ рекомендована пациентам, у которых риск лимфогенного метастазирования превышает 5%.

Однако рТЛАЭ увеличивает риск таких осложнений, как длительная послеоперационная лимфорея, напряженные лимфокисты, которые могут приводить к компрессии подвздошных вен и, как следствие, к тромбозам и тромбоэмболиям. Наиболее перспективной методикой обнаружения метастазов, совершенствующей диагностическую точность ТЛАЭ, является определение статуса сторожевого лимфатического узла (СЛУ). Если СЛУ не поражены, то необходимости в расширении объема лимфаденэктомии нет. На сегодняшний день нет сложности с определением СЛУ. Основной проблемой является интраоперационная диагностика статуса СЛУ. Срочное морфологическое и цитологические исследования не обладают необходимой для выявления микрометастазов чувствительностью и специфичностью. Молекулярно-генетическое исследование на основе RT-LAMP является перспективной методикой для интраоперационной детекции как микро-, так макрометастазов РПЖ в СЛУ. *Цель исследования:* оптимизация определения показаний к выполнению расширенной тазовой лимфаденэктомии у пациентов РПЖ промежуточного и высокого риска прогрессирования на основе интраоперационной диагностики метастазов в сторожевых лимфатических узлах методом RT-LAMP.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 599 лимфатических узлов от 57 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выделено 18 ЛУ с микро- или макрометастазами. Чувствительность метода RT-LAMP относительно морфологического исследования составила 94,4% (17/18) при специфичности – 93% (112/120). Диагностическая точность метода – 93,7%. Время одного исследования – около 30 мин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интраоперационное обнаружение микрометастазов с использованием методики RT-LAMP обладает высокой чувствительностью (94,4%) и специфичностью (93%), что позволяет использовать этот метод для интраоперационного принятия решения о необходимости расширения объема ТЛАЭ до расширенной в случае подтверждения наличия микрометастазов в СЛУ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика
Рубрика: Рак простаты: эпидемиология

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.Е. Калинин^{1,3}, Л.Д. Жуйкова², В.С. Бощенко¹,
С.Н. Исаева¹, О.А. Ананина²

¹Кафедра общей и детской урологии-андрологии,
ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск,
Россия

²Лаборатория эпидемиологии, НИИ онкологии
Томского НИМЦ, Томск, Россия

³Отделение общей и детской урологии-
андрологии, Группа компаний «Здоровье», Томск,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, заболеваемость,
смертность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) в РФ неуклонно увеличивается. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) мужского населения РФ РПЖ занимает второе место (удельный вес – 14,5%) после опухолей трахеи, бронхов, легкого. *Цель исследования:* оценить первичную заболеваемость и смертность вследствие РПЖ мужского населения Томской области (ТО) в 2000–2021 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отчетные формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», № С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти», половозрастной состав населения ТО за 2000–2021 гг. Расчет интенсивных (ИП) и стандартизованных (СП) показателей заболеваемости и смертности от РПЖ в соответствии с рекомендациями Международного агентства по изучению рака. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сведения о первичной заболеваемости и смертности вследствие РПЖ мужского населения ТО в 2000–2021 гг. представлены в таблице.

Таблица. Первичная заболеваемость и смертность вследствие РПЖ мужского населения ТО в 2000–2021 гг. (на 100 тыс. человек)

Показатели ПЗ и смертности вследствие РПЖ	2000 г.	2003 г.	2006 г.	2009 г.	2012 г.	2015 г.	2018 г.	2021 г.	p
ПЗ (ИП), М±m	36,6 ±2,7	41,3 ±2,9	30,8 ±4,3	37,6 ±5,6	62,8 ±7,2	71,9 ±7,7	75,8 ±8,1	77,1 ±8,3	0,000
ПЗ (СП), М±m	36,9 ±2,8	40,8 ±3,0	28,0 ±2,4	34,5 ±2,7	52,2 ±3,1	55,8 ±3,0	54,7 ±2,8	52,7 ±2,7	0,000
Смертность (ИП), М±m	–*	–	13,8 ±1,7	15,8 ±3,7	21,9 ±4,4	16,3 ±3,7	17,2 ±3,8	15,3 ±3,6	0,054
Смертность (СП), М±m	–	–	13,6 ±1,8	14,7 ±1,8	17,7 ±1,8	13,3 ±1,6	12,7 ±1,4	10,3 ±1,2	0,486

Примечание. М – среднее значение; m – стандартная ошибка; ИП – интенсивный показатель; СП – стандартизованный показатель; p – уровень статистической значимости
* – Данные отсутствуют

Интенсивный показатель первичной заболеваемости РПЖ на протяжении изучаемого периода увеличился более чем вдвое – с 36,6 до 77,1 случая на 100 тыс. мужчин ($p=0,000$). Рост стандартизированного показателя первичной заболеваемости был менее значительным, однако и он составил 42,8% ($p=0,000$). В то же время интенсивный показатель смертности вследствие РПЖ, преодолев свой максимум в 2012 г., к 2021 г. снизился, составив 110,8% от своего исходного значения в 2006 г. ($p=0,054$). Стандартизированный показатель смертности, также преодолев свой максимум в 2012 г., к 2021 г. снизился, составив 75,7% от своего исходного значения в 2006 г. ($p=0,486$). Таким образом, на протяжении изучаемого периода на территории ТО первичная заболеваемость в динамике статистически значимо росла, а смертность вследствие РПЖ – стабилизировалась. Коэффициент тяжести прогноза заболевания – соотношение умерших и заболевших – при РПЖ благоприятно снизился с 0,49 в 2006 г. до 0,20 в 2021 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рост первичной заболеваемости и стабилизация смертности свидетельствуют об эффективности программ раннего выявления и лечения РПЖ, реализуемых на территории ТО. Необходимо продолжение мониторинга заболеваемости и смертности вследствие ЗН изучаемой локализации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Биопсия предстательной железы

ТАРГЕТНАЯ мпМРТ-АССИСТИРОВАННАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОМЕЖНОСТНЫМ ДОСТУПОМ

А.В. Корякин¹, И.С. Толстов¹, Г.Д. Ефремов¹,
А.В. Сивков¹, Б.Я. Алексеев², О.И. Аполихин¹,
А.Д. Каприн²

¹НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия
² ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

фьюжн, биопсия, МРТ, диагностика, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перечень современных методов лечения рака предстательной железы (РПЖ) включает в себя в том числе активное наблюдение и фокальную терапию для пациентов с низким риском прогрессирования. В этой связи при биопсии предстательной железы (ПЖ) стоит задача определить не только наличие и степень дифференцировки опухоли, но и ее объем, а также локализацию. *Цель исследования:* определение диагностической эффективности прицельной мультипараметрической МРТ-ассистированной фьюжн-биопсии ПЖ в сравнении со стандартной биопсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018–2022 гг. Проанализированы данные 356 пациентов с подозрением на РПЖ в возрасте 48–72 ($68,2\pm 2,1$) лет. Основным критерием отбора в исследование было наличие на МРТ очагов градации 3–5 по системе PiRADS v2.1. Подозрительные на опухоль очаги выявлены: в градации 3 по PiRADS – у 101 пациента (28,7%); в градации 4 – у 195 (54,7%) и в градации 5 – у 60 (16,9%). ПСА не являлся основным критерием отбора и находился в диапазоне 0,62–44,5 ($6,02\pm 0,21$) нг/мл. С использованием аппаратно-программного обеспечения для фьюжн-биопсии MIM Symphony выполнена таргетная биопсия всех подозрительных на опухоль ПЖ очагов промежуточным доступом. Количество таргетных биоптатов варьировалось в зависимости от распространенности опухолевых узлов от 1 до 10. После этого проводили дополнительный забор ткани ПЖ за пределами подозрительных участков в стандартных точках из обеих долей, общим числом до 14 биоптатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При гистологическом исследовании РПЖ был подтвержден у 294 из 356 обследованных больных (82,6%). Таргетные биопсии подтвердили наличие РПЖ в 246 случаях: 69,1% всех биопсий и 83,7% от всех случаев рака. При отдельном анализе в подгруппах больных с разной степенью вероятности клинически значимого РПЖ выявили прогрессивное возрастание частоты подтверждения рака, по мере увеличения градации

по PIRADS: с 52,5% – при градации 3 до 70,7% – при градации 4 и до 91,7% – при градации 5. В 110 случаях таргетные биопсии не подтвердили наличия рака. При полифокальной биопсии в стандартных точках РПЖ был установлен в 189 случаях. Из них в 51 случае рак выявили только в полифокальных биоптатах (17,4% всех случаев РПЖ), а в 138 – и в таргетных, и в полифокальных биоптатах. В 28 (54,9%) из 51 случая полифокальные биопсии выявили рак в тех же секторах ПЖ, о поражении которых думали при мпМРТ, но за пределами подозрительного радиологического очага.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительное проведение мпМРТ с последующей таргетной фьюжн-биопсией позволило выявлять РПЖ в 83,7%, а при использовании совместно с полифокальной биопсией из стандартных точек вероятность обнаружения заболевания повысилась на 17,4%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Трансректальная биопсия простаты

ОЦЕНКА ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛОЙ МЕТОДИК АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ

К.М. Мирзоев, А.Г. Иванов, М.Б. Зингеренко

Урологическое отделение, Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, диагностика, биопсия простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост заболеваемости раком предстательной железы за последнее время привел к значительному увеличению количества выполняемых биопсий простаты с целью верификации окончательного диагноза. Нет четких рекомендаций по вопросам обезболивания пациентов при выполнении биопсии простаты. Рациональная методика биопсии простаты и адекватное обезболивание пациента определяют комфорт во время этой манипуляции как для больного, так и для врача.

Болевой синдром у пациентов, которым не выполнялось обезболивание, может оттолкнуть их от необходимости выполнения биопсии простаты, особенно при повторной биопсии простаты. Проводилось сравнение трех групп пациентов, которым проводили анестезию тремя различными методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с января 2021 г. по март 2023 г. проведен проспективный анализ 180 больных с заболеваниями предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова».

Всем пациентам с подозрением на рак предстательной железы после общеклинического и урологического обследования проводили мультифокальную систематическую трансректальную системную биопсию простаты из 12 точек.

Пациенты случайным образом были распределены на четыре группы по 45 человек.

1-я группа: больные, которым выполнялась анестезия 10 мл 1% раствора лидокаина, введенного под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) для двусторонней перипростатической блокады.

2-я группа: пациенты, которым проводилась местная анестезия 11 мл препарата Инстиллагель интраректально.

3-я группа: пациенты, которым проводилась совместная анестезия 10 мл раствора Ропивакаина (2 мг/мл), введенного под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) для двусторонней перипростатической блокады после предварительного введения 11 мл препарата Инстиллагель интраректально. Экспозиция после введения анестетика для всех трех групп составила 5 мин.

Сразу после процедуры и через 30 мин после ее проведения пациентов просили оценить дискомфорт и уровень боли, испытанной во время исследования. Измерения проводили по ВАШ-5 оценки боли, где 0 – нет боли, 1 – слабая боль, 2 – умеренная боль, 3 – серьезная боль, 4 – невыносимая боль.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя оценка боли пациентами сразу после биопсии простаты (в соответствии ВАШ-5) была равна 2 баллам для 1-й, 2-й, 3-й групп соответственно.

Через 30 мин после биопсии средняя оценка боли

ВАШ-5: 1 балл – для 1-й группы больных; 2 балла – для 2-й группы больных; 1 балл – для 3-й группы больных.

Различия были статистически достоверны между 2-й и 3-й группами, а также между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перипростатическая инфильтрационная блокада раствором Ропивакаина в комбинации с интра-ректальным введением анестезирующего геля (Инстиллагель) является необходимой и эффективной для обезболивания мультифокальной систематической биопсии простаты под контролем ТРУЗИ. Это обеспечивает моральный и физический комфорт пациенту во время исследования и после его окончания. Также проведение этого вида обезболивания не толкает специалиста к ускорению процедуры при плохой переносимости ее больным и дает возможность увеличивать количество биопсийных столбиков при са-турационных биопсиях.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология

Рубрика: Диагностика рака предстательной железы

ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИДКОГО ВЕЩЕСТВА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (НА ПРИМЕРЕ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕННОГО) ПРИ ЕГО ВНУТРИКАНЕВОМ ВВЕДЕНИИ

Г.А. Монастырный¹, Е.А. Прилепская^{1,2},
А.О. Васильев^{1,2}, К.Б. Колонтарев^{1,2},
А.В. Говоров^{1,2}, Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва, Россия

²ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, индоцианин зеленый (ICG), флюоресцентная диагностика, интрапростатическое введение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время существует много спосо-

бов интраоперационной диагностики (УЗИ, МСКТ, PSMA) при выполнении лапароскопической и робот-ассистированной простатэктомии, включая флюоресцентную диагностику с помощью веществ-флюорофоров (например, индоцианина зеленого). Однако отсутствуют исследования по распространению вводимого вещества в простате при его интрапростатическом введении. *Цель исследования:* оценить распространение жидких веществ и целесообразность их внутритканевого введения в предстательную железу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии МГМСУ на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого проведено экспериментальное исследование по введению различных веществ в предстательную железу ($n=10$). Через 15 мин. после удаления предстательной железы вовремя робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРПЭ) с помощью шприца в удаленную простату были выполнены инъекции жидкого красящего вещества с последующей оценкой его распределения. Места «вколов» для введения вещества выбирались случайным образом; проведен эксперимент введения красящего вещества через семявыносящий проток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для введения в предстательную железу был использован раствор индоцианина зеленого 2,5 мг/мл, смешанный с гистологическим красителем Mark-It, так как данный краситель хорошо заметен при гистологическом исследовании. При микроскопии введенный краситель обнаружен в железах, протоках желез, в лимфатических и кровеносных сосудах, в том числе в периферических отделах ПЖ. Также обращает на себя внимание очаговое наличие красящего пигмента в противоположной доле предстательной железы в центральных, переходных, а также частично в заднелатеральных отделах. Красящий пигмент не обнаружен в железистых структурах ацинарной аденокарциномы предстательной железы любой степени градации по Глиссону, однако обнаружен в доброкачественных железах ПЖ и сосудах, располагающихся в зоне опухолевого роста (между злокачественными железами) со степенью дифференцировки по Глиссону $3+3=6$ или $3+4=7$ с неплотным скоплением опухолевых структур. При быстром введении краски в семявыносящий проток при микроскопическом исследовании определяется наличие кра-

сящего пигмента как в просвете желез и протоков, так и в лимфатических и кровеносных сосудах преимущественно заднелатеральных отделов ПЖ. При уменьшении скорости введения раствора 1 мл за 7 мин. при микроскопическом исследовании наличие краски было выявлено только в области выводных протоков семенного бугорка; в железах и сосудах ткани ПЖ красящее вещество обнаружено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лимфатические и кровеносные сосуды раствор попадает, вероятнее всего, через выход в сосудистое русло из доброкачественных желез и протоков, посредством ретроградного тока под воздействием давления во время введения, а также при повреждении сосудистой стенки под давлением распространяется через поврежденный участок. Настоящее исследование подтверждает целесообразность использования внутритканевого введения индоцианина зеленого во время операции, учитывая проникновение раствора в лимфатические и кровеносные сосуды, визуализированные во время экспериментов на удаленной простате. Более эффективным для распределения индоцианина по железистым и сосудистым структурам ткани предстательной железы является его введение путем «вкола» непосредственно в ткань ПЖ.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак предстательной железы.

Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика рака предстательной железы

ЗНАЧЕНИЕ ПЛОТНОСТИ ПСА У ПАЦИЕНТОВ С СОМНИТЕЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

М.С. Мосоян, А.А. Васильев, Д.А. Шелипанов,
Д.А. Федоров, Е.С. Гилев, А.М. Симонян

*Кафедра урологии с курсом роботической
хирургии с клиникой, ФГБУ «НМИЦ
им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, плотность ПСА, диагностика, МРТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) остается одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин, что обуславливает необходимость в совершенствовании диагностики и лечения данного процесса. При подозрении на РПЖ проводят два основных скрининговых исследования: 1) определение уровня простатического специфического антигена (ПСА); 2) пальцевое ректальное исследование предстательной железы (ПЖ). В последнее время все чаще этот набор дополняется МРТ с оценкой очагов, если таковые имеются, по шкале PI-RADS v2. Однако в клинической практике мы часто встречаемся с сомнительными поражениями (категория Pi-RADS v2 – 3), которые требуют дополнительных лабораторных инструментов в принятии решений. Плотность ПСА является неинвазивным и простым методом, доступным любому амбулаторному урологу. *Цель исследования:* оценить значение плотности ПСА у пациентов, которым был выявлен клинически значимый рак, с сомнительными поражениями (категория Pi-RADS v2 – 3) по данным МРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы пациенты, которым перед выполнением биопсии предстательной железы была проведена МРТ малого таза. Для описания результатов МРТ использовалась система оценки PI-RADS версии 2.0 (PI-RADS v2). Всего были включены 98 мужчин с наличием (по данным МРТ) сомнительных на неопластический процесс образований (PI-RADS v2 – 3). Было сформировано две группы, основным критерием являлась плотность ПСА менее 0,15 нг/мл/см³ (группа 1 – n=35) и более 0,15 нг/мл/см³ (группа 2 – n=61). Всем пациентам выполнена биопсия предстательной железы с гистологическим исследованием полученного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста – 64,5 года, объема простаты – 53 см³, уровня общего ПСА – 7,8 нг/мл. В группе 1 (плотность ПСА <0,15 нг/мл/см³+PI-RADS v2 – 3) клинически значимый онкологический процесс был обнаружен в 5,7% случаев (2 пациента, ISUP 2). В группе 2 (плотность ПСА >0,15

нг/мл/см³+PI-RADS v2 – 3) клинически значимый рак предстательной железы был обнаружен в 51,6% случаев. Следует отметить, что в первой группе чаще был диагностирован клинически незначимый процесс (ISUP-1) 25,7% по сравнению с 4,9% (группа 2). Суммарно, в двух группах выявляемость кзРПЖ составила 32,65 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование плотности ПСА при сомнительных поражениях (категория Pi-RADS v2 – 3) может быть полезным, неинвазивным и бесплатным инструментом в процессе принятия решения перед выполнением биопсии у пациентов. А пациенты с оценкой PI-RADS v2 ≤3 и плотностью ПСА <0,15 нг/мл/мл могут избежать ненужных биопсий.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Рак предстательной железы.

Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика рака предстательной железы

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЭТ/КТ В СОЧЕТАНИИ С МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.С. Мосоян, А.А. Васильев, Д.А. Шелипанов,
Д.А. Федоров, Е.С. Гилев, А.М. Симонян

*Кафедра урологии с курсом роботической
хирургии с клиникой, ФГБУ «НМИЦ
им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, диагностика, ПЭТ/КТ, биопсия предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Исторически диагноз РПЖ устанавливался на основании данных стандартной биопсии предстательной железы. Несмотря на системный подход к манипуляции, около трети случаев клинически значимых форм РПЖ (кзРПЖ) остаются не диагностированными. На первый план в вопросе пер-

вичной диагностики РПЖ выходит мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ). Внедрение стандартизации в процесс оценки участков подозрительных на рак простаты (системы Pi-RADS), а также развития технологий виртуального совмещения МРТ и ультразвуковых изображений, открыло новые горизонты в диагностике рака предстательной железы. Однако точность магнитно-резонансной томографии в выявлении кзРПЖ все еще далека от совершенства. В последнее время отмечается активное внедрение в клиническую практику технологии позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) с РФП на основе лигандов простат-специфического мембранного антигена (ПСМА). Возможности этой технологии значительно повышают эффективность диагностики РПЖ на различных этапах клинического ведения пациента. *Цель исследования:* определить, превосходит ли сочетание ПЭТ/КТ с МРТ, лучше выявлять клинически значимый рак по сравнению только с МРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего были включены 29 мужчин с подозрением на рак предстательной железы. Медиана возраста – 61,5 года, объема простаты – 52 см³, уровня общего ПСА – 6,37 нг/мл. Всем пациентам проведена МРТ органов малого таза и ПЭТ/КТ с Ga68-PSMA, затем выполнена трансперинеальная fusion-биопсия, после чего пациентам с верифицированным кзРПЖ выполнено оперативное вмешательство – радикальная робот-ассистированная простатэктомия с последующим гистологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 29 пациентов у 62% (n=18) был диагностирован клинически значимый рак предстательной железы. Изменения по данным МРТ (Pi-RADS 3-5) выявлены у 72,4%; положительные PSMA-очаги выявлены у 79,3%, а при комбинации МРТ с ПЭТ/КТ очаги обнаружены у 89,6%. Следует отметить, что в двух случаях (6,8%) кзРПЖ был бы упущен при выполнении только МРТ. Всем 18 пациентам была выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомия, миграция ISUP составила 22,2% (наблюдалась в четырех случаях).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование комбинации МРТ и ПЭТ/КТ

с Ga68-PSMA позволяет лучше выявлять клинически значимый рак предстательной железы. Тем не менее необходимо продолжение исследований с большей выборкой пациентов для лучшей репрезентативности результатов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

КОГНИТИВНАЯ, мпМР/УЗ ФЬЮЖН-И САТУРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.С. Петов¹, А.К. Базаркин², М.С. Тараткин¹, С.П. Данилов¹, Я.Н. Чернов¹, Д.В. Чиненов¹, Т.М. Ганжа¹, Д.В. Еникеев^{1,3}, М.Э. Еникеев¹, А.В. Амосов¹, Г.Е. Крупинов¹

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

²Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

³Кафедра урологии, Венский медицинский университет, Вена, Австрия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, МР-прицельная биопсия, фьюжн-биопсия, когнитивная биопсия, сатурационная биопсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным методом диагностики рака предстательной железы (РПЖ) остается биопсия. Согласно рекомендациям Российского общества урологов, мпМР/УЗ фьюжн- и сатурационная биопсия показана только пациентам с отрицательной биопсией в анамнезе. В то же время Европейская ассоциация урологов (EAU) рекомендует выполнять МР-прицельную биопсию всем пациентам с подозрением на РПЖ, а систематическую либо в комбинации с МР-прицельной у первичных пациентов, либо при не-

возможности проведения МРТ. *Цель исследования:* сравнить выявляемость РПЖ при проведении мпМР/УЗ фьюжн-, когнитивной и сатурационной биопсии ПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты с подозрением на РПЖ (ПСА ≥ 2 нг/мл и/или подозрительный участок при ТРУЗИ, и/или «положительное» ПРИ и наличие очага PI-RADSv2.1 ≥ 3). Всем проведена мультипараметрическая МРТ (Siemens Magnetom Skyra 3T, протокол – T2-ВИ, T1-ВИ, ДВИ с картой ИКД, ДКУ). Изменения ПЖ оценивали по системе PI-RADS v2.1. Далее выполнялась сатурационная биопсия (>20 биоптатов) или один из методов МР-прицельной биопсии: трансректальная когнитивная или трансперинеальная мпМР/УЗ-фьюжн-биопсия (MIM Software, MIM Symphony). Все методы биопсии выполнялись тремя урологами с более чем 3-летним опытом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включены 475 пациентов: 102 выполнена когнитивная, 176 – мпМР/УЗ-фьюжн-биопсия, 197 – сатурационная биопсия. Медиана уровня ПСА не различалась: 6,7 нг/мл – в группе когнитивной, 6,4 нг/мл – в группе мпМР/УЗ-фьюжн и 6,9 нг/мл в группе сатурационной биопсии ($p=0,36$). Медиана объема ПЖ (46; 46 и 48 см³; $p=0,76$), как и медиана плотности ПСА (0,13; 0,13 и 0,13 нг/мл/см³; $p=0,89$) в исследуемых группах также не различались. При сравнении групп в отношении баллов по шкале PI-RADS v2.1 различий не выявлено: PIRADS – 3 балла ($p=0,73$), PIRADS – 4 балла ($p=0,99$), PIRADS – 5 баллов ($p=0,56$).

Общая выявляемость РПЖ при выполнении когнитивной, мпМР/УЗ-фьюжн и сатурационной биопсии составила 42,1% (43/102), 50,5% (89/176) и 56,3% (111/197) соответственно ($p=0,06$). При сравнении выявляемости РПЖ ISUP ≥ 2 различия между биопсиями не выявлено (30,3% (31/102), 25,0% (44/176), 27,4% (54/197); $p=0,61$). РПЖ ISUP 1 значимо реже выявлялся при выполнении когнитивной биопсии (12/102 (11,8%), 45/176 (25,5%), 57/197 (28,9%) соответственно; $p=0,004$).

Длина поражения биоптата РПЖ значимо не отличалась между когнитивной, мпМР/УЗ-фьюжн и сатурационной биопсией (7,6; 6,6 и 4,8 мм соответственно; $p=0,42$). Доля «положительных»

биоптатов значительно больше для МР-прицельных методов по сравнению с сатурационной биопсией (76/258 (29,5%), 260/853 (30,5%), 475/4912 (9,67%); $p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В отношении общей выявляемости РПЖ, как и выявляемости его значимых форм, когнитивная и мПМР/УЗ-фьюжн-биопсия сравнима с сатурационной. При этом МР-прицельные методы позволяют выявлять меньше клинически незначимых форм РПЖ. Другим преимуществом МР-прицельных методов является большая гистологическая эффективность.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Рак простаты, диагностика факторов риска

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ТЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ПОСТАВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ РАКА

Е.В. Помешкин^{1,2}, С.В. Попов¹, И.Н. Орлов¹, А.И. Брагин-Мальцев^{3,4}, С.А. Помешкина⁵

¹Урологическое отделение № 2, Спб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», Кемерово, Россия

³Кафедра факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России, Кемерово, Россия

⁴Урологическое отделение № 1, ГАУЗ КО «ККБСМП им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

⁵Лаборатория реабилитации, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, факторы риска, ишемическая болезнь сердца, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: оценить влияние ишемической болезни сердца (ИБС) на течение рака предстательной железы у пациентов с впервые поставленным диагнозом рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 140 пациентов с впервые диагностированным раком предстательной железы (ПЖ) с медианой возраста 65 (62;70) лет. Всем пациентам определяли уровень простатспецифического антигена (ПСА), проводили магнитнорезонансную томографию (МРТ) органов малого таза, биопсию предстательной железы с определением степени дифференцировки опухоли по Глиссону, все пациенты заполняли опросник международного индекса эректильной функции МИЭФ-5. В зависимости от наличия ИБС все пациенты были разделены на две группы: пациенты с РПЖ без ИБС – I группа – 94 (67%) пациента и пациенты с РПЖ и ИБС – II группа – 46 (33%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнительном анализе группы не различались по таким показателям, как возраст, ИМТ, объем ПЖ, частота встречаемости сахарного диабета 2-го типа, уровень липидного статуса. Однако у пациентов с ИБС была статистически значимо более выражена эректильная дисфункция (ЭД) в отличие от пациентов без ИБС (10 и 18, баллов МИЭФ-5, $p=0,03$) соответственно. При сравнении групп по уровню ПСА оказалось, что в группе пациентов с ИБС этот показатель был значимо выше, чем в группе без ИБС (15,8 нг/мл и 10,1 нг/мл, $p=0,03$) соответственно, что говорит о возможно более высокой злокачественности процесса. Кроме того, в группе пациентов с ИБС статистически значимо чаще встречались пациенты с более высокой степенью злокачественности РПЖ по классификации Международного общества уропатологов ISUP 4/5, в отличие от пациентов без ИБС (12 (26%) и 10 (11%), $p=0,01$) соответственно. При сравнительном анализе пациентов в зависимости от риска по возможному рецидиву РПЖ, который учитывался по таким параметрам, как уровень ПСА, индекс Глиссона с определением ISUP, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, оказалось, что в группе пациентов с ИБС было статистически значимо больше пациентов с высоким риском прогрессии в сравнении с пациентами без ИБС (20 (44%) и 26 (28%), $p=0,02$) соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с РПЖ и ИБС продемонстрировали более высокие уровни показателя ПСА, у них была более выражена ЭД, чаще встречался РПЖ высокой злокачественности ISUP 4/5 в отличие от пациентов без ИБС. Кроме того, в группе с ИБС количество пациентов с высоким риском прогрессии РПЖ было значимо выше, чем в группе без ИБС, что указывает на более тяжелое течение РПЖ у данной категории пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, базовые исследования, диагностика

Рубрика: Рак простаты, анализ факторов, влияющих на состояние эректильной функции при выполнении нервосберегающей радикальной простатэктомии

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

С.В. Попов¹, И.Н. Орлов¹, Е.В. Помешкин^{1,2}, М.В. Шамин³

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный университет», Кемерово, Россия

³Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, радикальная простатэктомия, эректильная функция, эректильная дисфункция, пенильная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эректильная дисфункция после радикальной простатэктомии является одним из наиболее важных показателей, характеризующих качество жизни в послеоперационном периоде. *Цель*

исследования: провести анализ факторов, влияющих на состояние эректильной функции при выполнении нервосберегающей радикальной простатэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование, включающее анализ 104 пациентов с локализованным РПЖ, которым была выполнена нервосберегающая РПЭ (односторонняя – у 52 пациентов, а двусторонняя – у 56). Критерии включения: сексуально активные мужчины с предоперационным уровнем МИЭФ-5 ≥ 12 баллов, с критериями для проведения нервосберегающей радикальной простатэктомии, не получающие неоадъювантную гормональную, лучевую терапию в послеоперационном периоде. Все пациенты кроме стандартных клинико-лабораторных методов обследования на предоперационном этапе (за 10 дней до оперативного вмешательства) и через 12 месяцев после оперативного вмешательства заполняли опросник международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5). Через год после оперативного вмешательства все пациенты были проанализированы в зависимости от возможности самостоятельного проведения полового акта и факторов, влияющих на сохранение ЭФ в послеоперационном периоде. Для отбора факторов, влияющих на сохранение ЭД через год после нервосберегающей радикальной простатэктомии, был применен множественный регрессионный анализ, метод пошагового включения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Регрессионный анализ в качестве наиболее значимых факторов оставил: вид операции, прием ИФД-5, возраст пациента, наличие/отсутствие у него сахарного диабета, значение МИЭФ-5 до проведения операции. Чем старше возраст пациента, наличие у него сахарного диабета, ниже уровень МИЭФ-5 до проведения операции, тем ниже уровень МИЭФ-5 через год. Прием препарата ИФД-5 и РПЭ с двусторонним нервосбережением повышает уровень МИЭФ-5 через год. Модель является адекватной по Фишеру ($p < 0,00001$). Коэффициент множественной корреляции равен 0,898, что характеризует высокий прогностический уровень данной модели. Скорректированный коэффициент детерминации равен 0,797, то есть изменение результативного признака на 79,7% можно объяснить отобранной группой факторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты, отвечающие критериям: молодой возраст, отсутствие сахарного диабета, высокий уровень МИЭФ-5 до операции могут получить наибольшую пользу от нервосберегающих хирургических методов и раннего послеоперационного участия в программе пенильной реабилитации по поводу ЭД.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты.

Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика: биопсия простаты

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БИОРЕГУЛЯТОРНЫМИ ПЕПТИДАМИ ПРОСТАТЫ

С.А. Рева, В.Д. Яковлев, А.Г. Борискин,
С.Б. Петров

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Профилактика осложнений мультифокальной биопсии простаты (МБП) – актуальная и не до конца решенная урологическая задача. Биорегуляторные пептиды, обладая противовоспалительным, противоотечным, иммуномодулирующим и другими положительными эффектами на предстательную железу могут снизить частоту осложнений МБП. *Цель работы:* профилактика осложнений МБП биорегуляторными пептидами простаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Включены 177 мужчин с показаниями к выполнению МБП, средний возраст – 61,7 (46,5–77,2) года. Перед биопсией и на 7-й, и 14-й дни после процедуры выполняли ПРИ, ТРУЗИ, урофлоуметрию, измерение количества остаточной мочи, а также оценивали опросники IPSS, NIH-CPSI и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) бо-

лезненности пальпации ПЖ.

Часть пациентов (n=92) получали экстракт простаты (биорегуляторные пептиды) в форме ректальных суппозиторий («день - 10» – «день - 1»). При статистическом анализе между исследуемой и контрольной группой не выявлено достоверных (p=0,05) различий по возрасту, объему простаты, исходной болезненности при пальпации по ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечена статистически значимая разница по выраженности боли во время выполнения МБП, средний балл по ВАШ составил 4,6 (3,2–7,5) для исследуемой группы и 7,4 (4,3–9,2) для контрольной группы соответственно (p=0,001).

В динамике («День -14±4», «День 0», «День 7±2» и «День 14±4») были оценены баллы по опросникам IPSS и NIH-CPSI, при этом средний балл домена I «Боль или дискомфорт» анкеты NIH-CPSI для исследуемой и контрольной групп описывается рядом значений 4,1±1,65, 2,7±1,46, 5,2±2,97, 3,4±1,61 и 3,8±2,27, 4,2±2,31, 14,3±4,14, 9,1±3,57 соответственно. На фоне приема биорегуляторных пептидов получено значимое уменьшение боли и дискомфорта в день биопсии, сохраняющееся на 7-й и 14-й дни п/о периода (p=0,023, 0,001 и 0,001 соответственно). Аналогичные статистически значимые отличия между группами отмечены также по данным IPSS, урофлоуметрии и количеству остаточной мочи.

Уретрорагия была выявлена у 2,17% пациентов исследуемой группы против 1,18% в группе контроля. Частота ректального кровотечения составила 2,17 и 3,53% соответственно, гематурия – 7,61% против 10,59%. Межгрупповые различия частоты геморрагических осложнений статистически незначимы (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Назначение экстракта предстательной железы перед МБП уменьшает болезненность процедуры и значимо снижает выраженность симптомов обострения хронического простатита за счет уменьшения СНМП, боли и дискомфорта в промежности, улучшает уродинамические показатели и качество жизни пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Профилактика осложнений при радикальной простатэктомии

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ЛИМФОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

К.С. Скрупский¹, К.Б. Колонтарев^{1,2},
А.В. Говоров^{1,2}, А.А. Витославский²,
Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Онкоурологическое отделение, ГБУЗ

«Городская клиническая больница им.

С.И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

²Кафедра урологии Московского

государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва,

Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, радикальная робот-ассистированная простатэктомия, тазовая лимфаденэктомия, профилактика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тазовая лимфаденэктомия (ТЛ) является не только лечебной, но и диагностической манипуляцией, позволяющей диагностировать метастатическое поражение лимфатических узлов (ЛУ), а также предоставить наиболее точную патоморфологическую стадию у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию (РП). Формирование лимфоцеле является наиболее частым осложнением после РП с ТЛ. В настоящий момент кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого обладает наибольшим опытом роботической хирургии в России, активно занимаясь проблемой лечения рака предстательной железы. На сегодняшний день коллективом клиники выполнено свыше 5 тыс. робот-ассистированных вмешательств. Распространенность РПЖ ведет к росту выполняемых роботических операций, что неуклонно приводит к увеличению доли пациентов, которым выполняется ТЛ. В сентябре 2022 г. в клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было инициировано проспективное, рандомизированное исследование, направленное на по-

иск методов профилактики лимфогенных осложнений при робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРП). *Цель исследования:* разработка методов, направленных на снижение частоты возникновения лимфогенных осложнений у пациентов, перенесших РАРП с ТЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 79 пациентов, соответствующих критериям включения, которым была выполнена РАРП с ТЛ в клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова в период с сентября по декабрь 2022 г. включительно. РАРП с ТЛ выполнялась трансперитонеальным доступом, с использованием роботической системы DaVinci Xi и DaVinci Si, двумя опытными хирургами, имеющими опыт более 1 тыс. операций. Двусторонняя ТЛ выполнялась в зоне запираемых, наружных и внутренних подвздошных ЛУ. Критериями включения в исследование являлись письменное согласие на участие в исследовании; гистологически подтвержденный рак предстательной железы промежуточного или высокого риска (сT1-3N0M0), согласно группам рискаEAU по биохимическому рецидиву; пациенты, которым предполагалось выполнение ТЛ. Критерии невключения: отказ пациентов от участия в исследовании; предшествующие операции на предстательной железе (трансуретральная резекция предстательной железы, лазерная вапоризация предстательной железы, брахитерапия и др.); коагулопатии и/или любые нарушения свертывающей системы крови; пациенты, которым не предполагалось выполнение ТЛ. Пациенты были рандомизированы на три группы:

1. Группа пациентов с фиксацией свободного лоскута брюшины к лонной кости.
 2. Группа пациентов с применением лимфостатического препарата «Лимфоблок».
 3. Контрольная группа.
- Рандомизация проводилась по временному критерию поступления пациентов в стационар. Период наблюдения за каждым пациентом составил 3 месяца. Наблюдение включало 4 визита. Визит включения (визит 1) проводился накануне оперативного вмешательства. Визит 2 – на 5–6-е сутки после хирургического лечения и включал в себя выполнение КТ органов малого таза, для определения герметичности уретрошеечного анастомоза, а также выявления наличия лимфоцеле в малом тазу. Визит 3 и 4 проводились через 30 (+2)

и 90 (+5) дней после операции соответственно и включали в себя сбор жалоб пациента, а также выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В период с сентября 2022 г. по декабрь 2023 г. включительно в нашей клинике было выполнено 91 РАРП с ТЛ. 12 пациентов исключены из исследования, в основном из-за несоответствия критериям включения или в связи с отказом от участия в клиническом исследовании. Пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – группа фиксации (n=26), 2-я группа – группа «Лимфоблок» (n=26); 3-я группа – контрольная группа (n=27). Существенных различий в предоперационных характеристиках интра- и послеоперационных показателей между двумя группами не было. В послеоперационном периоде лимфоцеле имело место у 8 (10,1%) больных: группа 1 – 2 (2,5%) пациента, группа 2 – 1 (1,3%), группа 3 – 5 (6,3%). Стоит отметить, что лимфоцеле в группах фиксации, а также применения препарата «Лимфоблок» были асимптоматически и не имели абсолютно никаких клинических проявлений. Симптоматическое лимфоцеле было диагностировано у 2 (2,5%) пациентов группы сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная методика фиксации свободного лоскута брюшины к лобковой кости при РАРП с ТЛ, а также применение лимфостатического препарата «Лимфоблок» позволяют значительно снизить частоту формирования лимфоцеле по сравнению со стандартной техникой. Применение данного комплекса профилактических мероприятий может быть рекомендовано для повседневного применения при выполнении РАРП и ТЛ.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Рак простаты. Оценка значения мультипараметрической МРТ в ранней диагностике рака предстательной железы

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Х. Тухтамишев^{1,3}, Ш.И. Гиясов^{1,2}, Ш.Ш. Шавахабов^{1,3}, Ф.Ш. Ахмедова², А.Н. Рахимова⁴

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

²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

³Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

⁴Казанский медицинский университет, Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия предстательной железы, рак предстательной железы, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, мп-МРТ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мп-МРТ) предстательной железы (ПЖ) является доказанным информативным методом определения подозрительных очагов в ткани ПЖ с оценкой риска возможного выявления рака ПЖ по системе PI-RADS v2.1. Согласно рекомендациям ЕАУ, при рисках 3–5 необходимо выполнение биопсии ПЖ, 1–2 воздержаться, но при этом при рисках 2–3 возможен индивидуальный подход с учетом плотности ПСА. *Цель исследования:* оценить информативность мп-МРТ простаты с учетом выделенного риска по PI-RADS для определения показаний к биопсии ПЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный анализ результатов первичной трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы (289), выполненной в период 2020–2023 гг., пациентам, обратившимся в РСНПМЦУ по поводу симптомов НМВП. Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 176 пациентов, ко-

торым была выполнена стандартная биопсия предстательной железы из 10–12 точек; вторую группу составили 113 пациентов, которым проводили мп-МРТ простаты с определением риска по PI-RADS v2 с последующим проведением стандартной+таргетной (4–6 точек) биопсии простаты. Материал для исследования извлекался биопсийным пистолетом VIP-high speed multi с помощью иглы 18g x 20 cm.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе у 64,3% пациентов была выявлена аденокарцинома. Во 2-й группе с риском 3, 4 и 5 степени по PI-RADS v2 выявляемость РПЖ составила 26,4; 62,9 и 93,3% соответственно (табл.). Среди пациентов 1-й группы с уровнем ПСА менее 20 нг/мл показатель выявляемости составил 32,3%. Во 2-й группе общий показатель составил 43,8%, но среди пациентов с риском PI-RADS только 3–5 составил 46,3% (табл.).

Таблица. Результаты первичной трансректальной систематической в сочетании с таргетной биопсией ПЖ

Уровень ПСА	PI-RADS	Всего, n (%)	Аденокарцинома, n (%)	ДГПЖ, n (%)
Менее 20 нг/мл	2	3	0	3 (100,0)
	3	21	2 (10,5)	19 (90,5)
	4	18	10 (55,5)	8 (44,5)
	5	15	13 (86,6)	2 (13,4)
	Всего	57 (100)	25 (43,8)	32 (56,2)
Свыше 20,1 нг/мл	2	4	3 (75,00)	1 (25,0)
	3	13	7 (53,8)	6 (46,20)
	4	9	7 (77,8)	2 (22,2)
	5	30	29 (96,7)	1 (3,3)
	Всего	56 (100)	46 (82,1)	10 (17,9)
Всего	2	7	3 (42,80)	4 (57,2)
	3	34	9 (26,4)	25 (73,6)
	4	27	17 (62,9)	10 (37,1)
	5	45	42 (93,3)	3 (6,7)
	Всего	113 (100)	71 (62,8)	42 (37,2)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентам с риском 3 по PI-RADS и уровнем общего ПСА менее 20 нг/мл при отсутствии других факторов риска предпочтительно воздержаться от выполнения биопсии ПЖ. Это в свою очередь избавит часть пациентов от ненужной биопсии и других возможных нежелательных осложнений, связанных с процедурой. Но, несмотря на риск 2 по PI-RADS при условии повышенного уровня общ. ПСА более 20 нг/мл, возможно выполнение первичной биопсии ПЖ.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Злокачественное новообразование предстательной железы

ВЫПОЛНЕНИЕ БИОПСИИ ПРДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОДПОРОВОГОВЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ПСА И ЗНАЧЕНИЯХ PI-RADS

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹, А.Г. Барсегян¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия предстательной железы, ПСА, PI-RADS, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин, которое представляет собой проблему общественного здравоохранения в мире. По распространенности заболевание занимает 2-е место после рака легких у мужчин и 3-е место среди причин смерти от рака. Главное, что рассматривается современными исследователями, – это вопросы этиологии, патогенеза и диагностики, особенно ранней. Одним из критериев ранней диагностики рака предстательной железы уже много лет является комбинированное определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) крови и мультипараметрической МРТ предстательной железы с категорией PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System). *Цель исследования:* раннее выявление рака предстательной железы у пациен-

тов с подпороговым значением ПСА и значением PI-RADS.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основу исследования составил анализ обследования 490 пациентов, которым в период с 2019 по 2021 г. выполнялась трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под УЗ-наведением в урологическом отделении НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Все пациенты были распределены по трем группам в зависимости от значений общего ПСА крови (от 2,0 до 3,9 нг/мл, от 4,0 до 9,9 нг/мл, от 10,0 и выше) и по трем группам в зависимости от значений категории PI-RADS (от 1 до 2, от 3 до 4, выше 4) и в каждой группе оценивался уровень выявления рака предстательной железы. Средний возраст пациентов составил 60 ± 7 лет (диапазон – 50–70 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе больных из 69 человек (общий ПСА крови от 2,0 до 3,9 нг/мл; PI-RADS 1 – PI-RADS 2) по результатам гистологического исследования выявление рака наблюдалось у 32, во второй группе из 198 человек (общий ПСА крови от 4,0 до 9,9 нг/мл; PI-RADS 3 – PI-RADS 4) – у 165 и в третьей из 223 человек (общий ПСА крови от 10,0 нг/мл и выше; PI-RADS 5) – у 192. У пациентов, у которых не подтвердилось наличие онкопроцесса, по гистологическому заключению выявляли гиперплазию, воспалительные изменения предстательной железы и их сочетание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты, на наш взгляд, достаточно убедительно свидетельствуют о том, что диагноз рака предстательной железы достаточно сложен, и при его определении особенно важна ранняя диагностика, где особое внимание следует уделить подпороговым значениям общего ПСА крови и значениям PI-RADS, которые, согласно нашему наблюдению, могут являться необходимыми для ранней диагностики и дальнейшего радикального лечения. Данный анализ не являлся отдельным исследованием, а был проведен в рамках нескольких исследований по разным направлениям (лечения РПЖ, ДГПЖ), и для повышения репрезентативности необходимо увеличение выборки и проведение статистического анализа.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Рак простаты

ПРОСТАТИЧЕСКАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

М.Б. Чибичян¹, М.И. Коган¹, Е.А. Черногубова²,
А.В. Аветян¹

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*
²*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр Южный научный центр Российской академии наук», Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простатическая интраэпителиальная неоплазия, ренин-ангиотензиновая система, α_1 -протеиназный ингибитор, α_2 -макроглобулин, рецепторы ангиотензина II типа, ангиотензинпревращающий фермент.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) – морфологический предшественник рака предстательной железы (РПЖ) с высокой вероятностью злокачественной трансформации. Воспаление – важный патогенетический фактор, способствующий пролиферации клеток с развитием как доброкачественных, так и злокачественных заболеваний. В простате хроническое воспаление ассоциировано с пролиферативной воспалительной атрофией. Ренин-ангиотензиновая система (РАС) представляет физиологический путь, способствующий пролиферации опухолевых клеток, ангиогенезу и воспалительной реакции в опухолевой ткани. *Цель исследования:* анализ молекулярных механизмов злокачественной трансформации предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

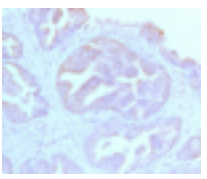

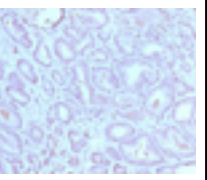
В исследование включены 52 пациента с РПЖ, выявленным у 33 пациентов при первичной биопсии простаты и у 19 мужчин – при повторной биопсии, выполненной на основании выявленной ПИН-3 при первичной. В секрете пред-

стательной железы определяли ингибиторную активность α_1 -протеиназного ингибитора (α_1 -ПИ) и α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ), активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), в ткани простаты оценивали экспрессию рецепторов ангиотензина II типа (AT2-R).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено увеличение активности α_1 -ПИ в секрете простаты при ПИН и РПЖ, при этом ингибиторная активность α_1 -ПИ в секрете простаты при РПЖ выше, чем при ПИН. Ингибиторная активность α_2 -МГ при ПИН не отличается от таковой в контрольной группе, а при РПЖ значительно возрастает. Сбалансированность антипротеолитической защиты в секрете простаты оценивали по соотношению α_1 -ПИ/ α_2 -МГ. При ПИН дисбаланс антипротеолитической защиты выражен сильнее, чем при РПЖ, что может явиться признаком онкогенной трансформации простаты. Установлено, что активность АПФ в секрете и экспрессия AT2-R в ткани предстательной железы при ПИН выше, чем при РПЖ (рис.).

Рисунок. Экспрессия AT2-R в ткани предстательной железы при ПИН и РПЖ

ПИН-3	РПЖ	
		
а	б	в

Примечание: а – ПИН-3, экспрессия AT2-R в железистом эпителии ($\times 200$); б – РПЖ, экспрессия AT2-R в железистом эпителии ($\times 100$); в – РПЖ, отсутствие экспрессии AT2-R в эпителии опухолевых ацинусов ($\times 200$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, увеличение активности α_1 -ПИ, дефицит AT2-R являются метаболической основой злокачественной трансформации предстательной железы. Уровни активности α_1 -ПИ и АПФ в секрете простаты и экспрессии AT2-R в ткани предстательной железы при первичной биопсии могут явиться прогностическими маркерами опухолевой прогрессии. Знание сложного «молекулярного ландшафта», связанного с хро-

ническим воспалением при РПЖ, может привести к разработке новых методов лечения РПЖ.

Благодарности/Источники финансирования: публикация подготовлена в рамках реализации Государственного задания ЮНЦ РАН, № гр. проекта 122020100304-5.

РАК ПРОСТАТЫ, ЛЕЧЕНИЕ

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Биопсия простаты

ПОВЫШЕНИЕ ГРАДИРУЮЩЕЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: СИСТЕМНАЯ БИОПСИЯ ПРОТИВ КОМБИНАЦИИ ФЬЮЖН- И СИСТЕМНОЙ БИОПСИИ

И.И. Абдуллин, Н.А. Григорьев, К.М. Юсупов

АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия простаты, рак простаты, фьюжн-биопсия, диагностика рака простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение градирующей группы после радикальной простатэктомии – один из факторов, ухудшающих результаты лечения рака предстательной железы. Основной причиной повышения градирующей группы является то, что системная биопсия простаты зачастую не позволяет выявлять зону с паттерном, обладающим наиболее агрессивным потенциалом. Технология фьюжн-биопсии позволяет прицельно взять материал из области простаты с потенциально наиболее агрессивным неопластическим потенциалом. *Цель исследования:* сравнить эффективность в выявлении наиболее высокой градирующей группы при применении системной биопсии и ее комбинации с фьюжн-биопсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное контролируемое исследование, проведенное в 2014–2022 гг. Нами ретроспективно проанализировано 164 истории болезни пациентов, прошедших биопсию простаты и последующую радикальную простатэктомию в нашей клинике. Первую группу составили пациенты, которые проходили

обследование и лечение в нашей клинике после внедрения фьюжн-биопсии, соответственно, им выполнялась комбинация системной и фьюжн-биопсии. Всем пациентам первой группы выполнялось МРТ простаты и критерием включения было выявление очага PIRADS3 и выше. Вторую группу составили пациенты, которым проводилась системная биопсия простаты. Повышением градирующей группы мы определили, как увеличение ее после радикальной простатэктомии, по крайней мере, на одну единицу. Мы сравнили количество пациентов с повышением градирующей группы в обеих группах. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего проанализированы 114 пациентов, из которых в первую группу вошли 54 пациента и 60 – во вторую группу. Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 2,1$ года и $64,4 \pm 3,1$ года соответственно. Уровень ПСА у пациентов в первой группе – $7,1 \pm 2,3$ нг/мл и $7,8 \pm 3,2$ нг/мл – во второй. Из 54 пациентов первой группы у 12 пациентов (22%) отмечено повышение градирующей группы после радикальной простатэктомии, в то время как во второй группе повышение произошло у 27 пациентов из 60 (45%), $p = 0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинация системной и фьюжн-биопсии позволяет значительно снизить вероятность повышения градирующей группы у пациентов с выявленными изменениями при МРТ PIRADS3 и выше, что делает это исследование предпочтительным у пациентов данной группы. Широкое внедрение комбинации системной и фьюжн-биопсии у пациентов с выявленными на МРТ изменениями, подозрительными на неопластический процесс, позволит улучшить результаты лечения пациентов с раком предстательной железы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Лечение локализованного рака предстательной железы. Онкологические результаты, наблюдение

АБЛАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ СФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА FOCAL ONE: ОЦЕНКА СОБСТВЕННЫХ 3-ЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

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

¹Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

²ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ультразвуковая абляция простаты, HIFU, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) является вторым наиболее часто диагностируемым раком у мужчин после рака легких и занимает пятое место среди ведущих причин смерти во всем мире. *Цель исследования:* оценка лечения локализованного рака предстательной железы при помощи HIFU с использованием аппарата для абляции тканей Focal One (с возможностью фьюжн-технологии совмещения интраоперационного ультразвука и данных предоперационного МРТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с ноября 2019 г. по апрель 2023 г. ультразвуковая абляция предстательной железы с использованием аппарата Focal One (производитель – компания EDAP, Франция) проведена 145 больным РПЖ. В 95 случаях выполнена тотальная абляция, в 50 случаях – фокальная абляция простаты. Средний возраст пациентов составил 64 (51–80) года, уровень общего ПСА крови – $7,25$ ($3,2$ – $14,5$) нг/мл, объем предстательной железы – $35,0$ (11 – 55) см³, максимальная скорость мочеиспускания – $12,1$ ($6,3$ – 36) мл/с, сумма баллов по шкале IPSS – 7 (3 – 25), ПЕФ-5 – 18 (4 – 25). Клиническая стадия T1cN0M0 установлен-

на у 80,3% пациентов, T2N0M0 – у 19,7%. В 49 случаях за 4–6 недель до проведения тотальной HIFU проведена трансуретральная резекция простаты. Всем пациентам до операции выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза с внутривенным контрастированием и оценкой по шкале PIRADS V2.1. Данные МРТ использованы интраоперационно для прецизионного планирования хода операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях операция выполнена под эндотрахеальным наркозом. Всем пациентам до операции был установлен силиконовый уретральный катетер 16 Fr или 18 Fr. Среднее время операции составило 96 (56–147) мин. Течение послеоперационного периода было гладким во всех случаях. Всем больным проводилась антибактериальная терапия (4 сут. – парентерально, затем еще 10 сут. – перорально), а также лечение альфа-адреноблокаторами (минимум 1 мес. после операции). После удаления на 4-е сут. уретрального катетера у всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание. У 12 пациентов вечером в день удаления катетера и у 7 пациентов утром следующего дня развилась острая задержка мочи, потребовавшая однократной катетеризации. Спустя год после операции полностью обследованы 102 пациента: средний уровень общего ПСА крови у пациентов, перенесших тотальную абляцию (n=67), составил $0,96 \pm 0,11$ нг/мл, сумма баллов по шкале IPSS составила $6,9 \pm 0,6$ балла и не отличалась от исходного уровня. При контрольной биопсии аденокарцинома простаты выявлена у 9 пациентов, которым выполнена тотальная абляция простаты. После фокальной ультразвуковой абляции рак простаты выявлен в 17% наблюдений у 6/35 пациентов; в остальных случаях определялся фиброз ткани простаты. Все пациенты, у которых выявлен рецидив заболевания, прошли повторное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение локализованного рака предстательной железы с использованием ультразвуковой абляции при помощи роботического комплекса Focal One является перспективным и целесообразным в лечении пациентов с раком предстательной железы, которое продемонстрировало хорошие онкологические результаты при коротком сроке наблюдения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Рак простаты, лечение. Оценка исходов операции в зависимости от применяемого доступа

СРАВНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РОБОТИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.А. Андросов¹, А.О. Морозов², М.С. Тараткин²,
Е.А. Безруков², М.Э. Еникеев², Е.В. Шпоть²,
Л.М. Рапопорт²

¹Международная школа «Медицина Будущего»,
Сеченовский университет, Москва, Россия

²Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека, Сеченовский университет,
Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Простатэктомия, рак простаты, лапароскопический доступ, робот-ассистированный доступ, течение интраоперационного периода, исход операции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Многие исследования демонстрируют сходные онкологические и функциональные результаты лапароскопической и робот-ассистированной радикальной простатэктомии (ЛРПЭ и РАРПЭ). Тем не менее эти операции различаются течением периоперационного периода. Цель работы: сравнение интраоперационных показателей ЛРПЭ и РАРПЭ (длительность операции, объем кровопотери, количество осложнений и длительность катетеризации).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ последовательной серии ЛРПЭ и РАРПЭ на основе проспективной базы данных Сеченовского университета. Все операции выполнены тремя опытными хирургами, достигшими достаточного уровня обучения. Оценена длительность операции, а также объем кровопотери, частота осложнений, длительность катетеризации. Проведен корреляционный, а также одно- и мультифакторный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В анализ вошли результаты 440 ЛРПЭ (из них

4,5% – с нервосбережением (НС) и 44,8% – с лимфодиссекцией (ЛАЭ)) и 816 РАРПЭ (из них 33,6% – с НС и 43,8% – с ЛАЭ). Исходные данные пациентов в группе ЛРПЭ и РАРПЭ достоверно не отличались: возраст – $65,5 \pm 5,2$ и $63,7 \pm 5,5$ года, индекс массы тела – $27,9 \pm 3,1$ и $27,7 \pm 3,0$ кг/м², объем простаты – 40 (IQR 30; 57) и 41 (IQR 31; 56) см³, ПСА – 8,1 (IQR 5,9; 13,4) и 8,0 (IQR 5,5; 12) нг/мл.

Медиана длительности ЛРПЭ – 125 мин. (IQR 100;165), а РАРПЭ – 135 мин. (IQR 110;170), $p=0,01$. Медиана объема кровопотери – 110 мл (IQR 100;200) – не отличалась при ЛРПЭ и РАРПЭ ($p=0,32$). Снижение уровня гемоглобина также не различалось ($p=0,2$): 10 (IQR 4; 17) и 9 (IQR 2; 17) г/л. Катетер удален на $7,3 \pm 2,1$ сутки после ЛРПЭ и на $6,9 \pm 1,8$ сутки при РАРПЭ, $p=0,9$.

При расчете коэффициента Пирсона выявлена слабая корреляция между типом операции и ее продолжительностью, $r=0,12$, $p=0,02$. Достоверная корреляция обнаружена между объемом кровопотери (как и снижением уровня гемоглобина) и длительностью операции, $r=0,48$ и $r=0,14$, $p<0,01$. Также выявлено, что объем кровопотери не связан с нервосбережением. Однофакторный анализ показал, что тип операции достоверно влияет только на ее продолжительность, $F=8,1$, $p=0,005$. Мультифакторный анализ, выполненный для НС и ЛАЭ, подтвердил влияние ЛАЭ на снижение уровня гемоглобина, $F=8,7$, $p<0,001$. Конверсий или осложнений выше III степени по Clavien-Dindo не было отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛРПЭ и РАРПЭ не имеют достоверных различий в объеме кровопотери, частоте осложнений и длительности катетеризации, однако выполнение РАРПЭ требует больше времени, что может быть связано с существенно большей частотой нервосбережения в этой группе нашей выборки. ЛАЭ влияет на объем кровопотери, НС не влияет. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Рак простаты, лечение. Минимально инвазивное лечение, функциональные результаты

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ

А.А. Андросов¹, М.С. Тараткин², А.О. Морозов², К.Р. Азильгареева², Л.М. Рапопорт², Д.В. Еникеев^{2,3,4}

¹*Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Сеченовский университет, Москва, Россия*

²*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

³*Department of Urology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria*

⁴*Karl Landsteiner Institute of Urology and Andrology, Vienna, Austria*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Рак простаты, минимально инвазивное лечение, фокальная терапия, функциональные результаты, континенция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Минимально инвазивные вмешательства могут рассматриваться в качестве способа лечения тщательно отобранных больных раком простаты низкого и промежуточного онкологического риска. У этих пациентов фокальная терапия позволяет добиться сопоставимых с радикальным лечением онкологических результатов, сохранив при этом критические структуры: уретральные сфинктер и сосудисто-нервные пучки. Это благоприятно сказывается на послеоперационной континенции, функциональных показателях мочеиспускания и качестве жизни пациентов. Цель работы: определение влияния различных видов фокальной терапии на континенцию и функциональные показатели мочеиспускания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен систематический поиск литературы в базе данных Pubmed. Критерии включения: оригинальные исследования, опубликованные в течение последних 5 лет, в которых первичное лечение пациентов проводилось с помощью ми-

нимально инвазивных техник и в которых оценивалась способность пациентов к удержанию мочи и/или функциональные показатели мочеиспускания (IPSS, QoL, EPIC). Критерии исключения: обзоры литературы, абстракты конференций, а также оригинальные исследования, в которых не освещались функциональные результаты операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам систематического поиска литературы найдены 32 работы, которые соответствовали критериям включения/исключения. Из них 8 исследований посвящены брахитерапии, 7 – криоабляции, 7 – HIFU, 4 – трансуретральной ультразвуковой абляции, по 2 – необратимой электропорации и резекции простаты и по одному – таргетной микроволновой абляции и фототермальной абляции. Наилучшие функциональные результаты отмечались у пациентов после необратимой электропорации, трансуретральной ультразвуковой абляции, фокальной криоабляции и HIFU под МРТ-УЗИ контролем. Наиболее благоприятным в отношении удержания мочи признана необратимая электропорация – при этом методе минимально инвазивного лечения недержание мочи развивалось только у 1,0–1,2% пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время минимально инвазивные техники фокальной терапии рака простаты активно развиваются. Их главным преимуществом можно считать отсутствие существенного влияния на функциональные показатели мочеиспускания, впрочем, отдаленные онкологические результаты этих техник все еще требуют дальнейшего изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Лечение

Рубрика: Малоинвазивное лечение рака предстательной железы

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ HIFU НА АППАРАТЕ Focal One. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ, ВОЗМОЖНОСТЬ ФОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

К.И. Бадьян¹, И.А. Абоян¹, С.В. Грачев¹, С.М. Пакус¹, Б.Н. Адилов¹, А.Д. Ермолаев¹

¹Отделение онкоурологии, ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

фокальная терапия, HIFU, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить инициальный опыт лечения локализованного рака предстательной железы методом HIFU на аппарате Focal One.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

HIFU может являться операцией выбора в лечении пациентов с раком предстательной железы низкой и умеренной групп риска по Д'Амико. Тщательное стандартизированное предоперационное обследование, включающее в себя МРТ

малого таза в мультипараметрическом режиме, прицельную трансректальную либо шаблонную промежностную биопсию простаты, позволяет правильно выбрать вид абляции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Недержание мочи

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ УДЕРЖАНИЯ
МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
РОБОТ-АССИСТИРОВАННУЮ
НЕРВОСБЕРЕГАЮЩУЮ РАДИКАЛЬНУЮ
ПРОСТАТЭКТОМИЮ С СОХРАНЕНИЕМ
РЕТЦИЕВА ПРОСТРАНСТВА**

Е.Н. Голубцова^{1,2}, Е.И. Велиев^{1,2}, А.А. Томилов¹,
Е.А. Соколов^{1,2}

¹ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

²Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
(РМАНПО), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, простатэктомия,
нервосбережение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние техники сохранения Ретциева пространства на скорость и частоту восстановления континенции у пациентов после нервосберегающей робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РППЭ).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Перспективному анализу подвергнуты 103 пациента с клинически локализованной формой рака предстательной железы (РПЖ), перенесших нервосберегающую РППЭ в клинике урологии и хирургической андрологии РМАНПО на базе 14 урологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина с 2017 по 2023 г. Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе (n=47), где средний возраст составил 61,2±4,7 года, индекс массы тела (ИМТ) – 25,3±3,1, предоперационный уровень ПСА – 6,39 (5,1–8,5) нг/мл, показатель МИЭФ – 28,34±6,74, пациентам была выполнена двусторонняя нервосберегающая РППЭ с сохранением Ретциева пространства. Во второй группе (n=56) средний возраст – 62,1±5,8

года, ИМТ – 27,2±3,7, предоперационный уровень ПСА – 6,14 (5,2–10,4), показатель МИЭФ – 26,12±5,88 выполнена стандартная РППЭ с двусторонней нервосберегающей техникой. Континенция определялась как отсутствие подтекания мочи в покое или при физической нагрузке с возможным использованием одной прокладки в сутки в качестве страховочной. Легкая степень недержания мочи (НМ) – использование 1–2 прокладок в сутки, средняя – 3 прокладок, тяжелая – более 3 прокладок в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через неделю после удаления уретрального катетера в первой группе удержание мочи было достигнуто у 54,72% пациентов, во второй – у 40,92%. Спустя месяц – у 67,14 и 58,18%. Через 3 месяца уровень континенции вышел на плато и составил 93,82 и 89,17%, в группе 1 и 2. Через 6 месяцев в первой группе мочу удерживали 98,21% пациентов, во второй – 96,84%. Спустя 9 месяцев наблюдения частота удержания мочи составила 98,41 и 96,88%. По истечении 12 месяцев в первой группе уровень континенции составил 98,53%, во второй – 97,17%. В обеих группах по окончании срока наблюдения отмечено стрессовое недержание I степени, частота которого в первой группе составила 1,47%, во второй – 2,83% (p<0,05). Стрессового недержания II и III степени, требующего хирургического лечения, не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение техники сохранения Ретциева пространства при выполнении РППЭ статистически значимо увеличивает скорость и частоту восстановления удержания мочи.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Недержание мочи

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ
НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ
РЕТЦИЕВА ПРОСТРАНСТВА**

Е.Н. Голубцова^{1,2}, Е.И. Велиев^{1,2},
А.А. Томилов¹, Е.А. Соколов^{1,2}, О.В. Паклина¹,
Г.В. Кнышинский¹

¹ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

²Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
(РМАНПО), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Простатэктомия, инконтиненция,
нервосбережение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить клиничко-морфологические и функциональные результаты стандартной нервосберегающей робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РРПЭ) и с сохранением Ретциева пространства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перспективному анализу было подвергнуто 103 пациента с клинически локализованной формой рака предстательной железы (РПЖ), перенесших нервосберегающую РРПЭ в клинике урологии и хирургической андрологии РМАНПО на базе 14 урологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина с 2017 по 2023 г. Все оперированные были разделены на две группы. В первой группе (n=47), где средний возраст составил 61,2±4,7 года, индекс массы тела (ИМТ) – 25,3±3,1, предоперационный уровень ПСА – 6,39 (5,1–8,5) нг/мл, показатель МИЭФ – 28,34±6,74, пациентам была выполнена двусторонняя нервосберегающая РРПЭ с сохранением Ретциева пространства. Во второй группе (n=56) средний возраст – 62,1±5,8 года, ИМТ – 27,2±3,7, предоперационный уровень ПСА – 6,14 (5,2–10,4), показатель МИЭФ – 26,12±5,88 выполнена стандартная РРПЭ с двусторонней нервосберегающей техникой. Континенция определялась как отсутствие подтекания мочи в покое или при физической нагрузке с возможным использованием одной прокладки в сутки в качестве страховочной. Легкая степень недержания мочи (НМ) – использование 1–2 прокладок в сутки, средняя – 3 прокладок, тяжелая – более 3 прокладок в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При морфологическом исследовании после стандартной РРПЭ определяется минимальное количество нервных волокон на единицу площади в капсуле железы. В случае применения методики сохранения Ретциева пространства нервные волокна в капсуле железы практически не определяются. Через неделю после удаления

уретрального катетера в первой группе частота удержания мочи составила 54,72%, во второй – 40,92%. Спустя месяц – 67,14 и 58,18%, через 3 месяца – 93,82 и 89,17%, через 6 месяцев – 98,21 и 96,84%, спустя 9 месяцев – 98,41 и 96,88%, по истечении 12 месяцев – 98,53 и 97,17%. В обеих группах через 12 месяцев отмечено стрессовое НМ I степени, частота которого в первой группе составила 1,47%, во второй – 2,83% (p<0,05). Стрессового НМ II и III степени, требующего хирургической коррекции, не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РРПЭ с сохранением Ретциева пространства позволяет сохранить большее количество нервных волокон, что, вероятно, является клиничко-морфологическим обоснованием более быстрого восстановления удержания мочи и эректильной функции в послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования
отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Робот-ассистированные вмешательства, оценка 5-летних исходов

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Б.Г. Гулиев^{1,3}, Д.М. Ильин^{2,3}, П.В. Харченко²

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

²Урологическое отделение № 2, СПб
ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

³Центр роботической хирургии, СПб
ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, робот-
ассистированная радикальная простатэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Робот-ассистированные операции в Городской Мариинской больнице выполняются с 2018 г. В структуре операций, проводимых в центре роботической хирургии нашего стационара, урологические вмешательства составляют 79%. Цель

исследования: оценить результаты пятилетнего опыта выполнения робот-ассистированных урологических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С мая 2018 г. по март 2023 г. нами было выполнено 462 роботических вмешательства: 310 радикальные простатэктомии (РАРП, 67,1%), 21 радикальная цистэктомия и цистопростатэктомия (РАРЦ, 4,6%), 86 резекций почки (РРП, 18,6%), 37 нефрэктомий (РНЭ, 8%), 5 тазовых лимфаденэктомий (1,1%), 1 аденомэктомия (0,2%) и 2 буккальные пластики пиело-уретерального сегмента (0,4%). Ретроспективно оценены основные результаты операций.

РАРП выполнялась у пациентов всех групп риска, преимущественно среднего (56%), стадии cT1b-T3bN0M0. Пациентам группы высокого риска выполнялась расширенная тазовая лимфаденэктомия. Подгруппе больных стадии cT3 РАРП проводилась в рамках мультимодального лечения. РАРЦ выполнялась пациентам стадии cT2-T3N0M0. Размер опухоли при РРП составлял от 1,5 до 13 см, среднее значение R.E.N.A.L. – 8. РНЭ выполнялась, когда резекция почки технически была невозможна, включая случаи опухолей, расположенных в синусе почки (среднее значение R.E.N.A.L. – 11).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациентов при РАРП составил 42–79 лет, объем простаты – 15–179 см³, ПСА общ. – 2,3–96 нг/мл, индекс Глисона – 6–9. Основным операционным доступом был трансперитонеальный, также применялся ретциус-сберегающий. В 23% случаев отмечена миграция стадии T2 – T3, в 13% случаев – положительный хирургический край. Биохимический рецидив в интервале 1–4 года наблюдался у 9,4% наблюдаемых пациентов. Стриктура пузырно-уретрального анастомоза развилась у 5 наблюдаемых пациентов.

РАРЦ выполнялась пациентам в возрасте 63–76 лет. Всего было выполнено 21 вмешательство (М. – 17, Ж. – 4). Во всех случаях предпринята интракорпоральная илеоцистопластика по Штудеру.

РРП была выполнена пациентам в возрасте 35–74 лет (М. – 51, Ж. – 35). Селективное пережатие ветви почечной артерии применялось у 25 пациентов, безышемическая методика – у 12 пациентов, у остальных выполнялось пережатие почечной артерии (среднее время тепловой ишемии – 15,5±4,4 мин.).

Среднее консольное время операций составило 149±47 мин., 117±28 мин., 108±31 мин. и 370 (300–580) мин., а объем кровопотери – 195±112 мл, 305±158 мл, 185±130 мл и 203±170 мл для РАРП, РРП, РНЭ и РАРЦ соответственно. Частота послеоперационных осложнений Clavien I-III составила 17,8%.

Аденомэктомия выполнена пациенту с объемом предстательной железы 220 см³, перенесшему ранее троакарную цистостомию. Пластика пиело-уретерального сегмента буккальным лоскутом предпринята двум больным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами получены удовлетворительные пятилетние результаты выполнения РАРП и других робот-ассистированных операций, сопоставимые с отечественными и зарубежными данными. Роботическая хирургия остается наиболее востребованной в онкоурологии и позволяет добиться высоких результатов. Перспективным является активное использование робот-ассистированного доступа при хирургии неонкологических урологических заболеваний.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема исследования: Рак

предстательной железы, лечение

Рубрика: Робот-ассистированная радикальная простатэктомия после трансуретральной резекции простаты. Оценка и сравнение результатов

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Д.М. Ильин², П.В. Харченко², Р.Р. Болотоков²

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

²Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Мариинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, радикальная простатэктомия, тур простаты, робот Да Винчи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) является основным методом хирургического лечения локализованного рака предстательной железы. Определенные сложности возникают при выполнении РАРП у больных, ранее перенесших трансуретральную резекцию простаты (ТУРП). Цель исследования: изучение влияния предыдущей ТУРП на хирургические, онкологические и функциональные результаты РАРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2018 по 2023 г. в Центре урологии Мариинской больницы РАРП выполнена 310 пациентам. Из них 24 пациентам ранее выполнялась ТУРП по поводу инфравезикальной обструкции (группа 1). Контрольную группу составили 30 пациентов без предыдущих операций на простате (группа 2). Проводился ретроспективный анализ таких показателей, как средний возраст, индекс массы тела, простат-специфический антиген, объем предстательной железы, клиническая стадия, сумма Глисона, шкала IPSS, недержание мочи и эректильная функция. Сравнивались периоперационные, функциональные и онкологические результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Между группами значимой разницы в возрасте больных, индексе массы тела, предоперационном ПСА, объеме простаты, клинической стадии, сумме Глисона не было. В группе 1 наблюдались: длительное время операции (190/155 мин.) и наложения анастомоза (30/24 мин.), высокая частота реконструкции шейки мочевого пузыря (79,2/6,7%) и большая кровопотеря (180/110 мл). В этой же группе был один случай подтекания мочи по дренажу. Полная континенция в группе 1 была достигнута у 13 (54,2%), 19 (79,2%) и 22 (91,7%) больных после операции, через 6 и 12 месяцев. Во группе 2 она наблюдалась у 19 (63,3%), 27 (90,0%) и 29 (96,7%) больных. В группе 1 из 13 пациентов с нормальной предоперационной эректильной функцией, у которых сохраняли оба сосудисто-нервных пучка, сексуальная функция наблюдалась в 46,1 и 92,3% случаев через 6 и 12 мес. В группе 2 у 23 больных с нормальной эректильной функцией эти показатели составили 60,8 и 95,6%. Процент континенции и эректильной функции через 1 год не отличались между группами. Положительный хи-

рургический край в группе 1 диагностирован у 1 (4,2%), в группе 2 – у 2 (6,7%) больных. Частота биохимических рецидивов между группами за 18 мес. наблюдения достоверно не отличалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При РАРП у больных после ТУРП наблюдается более длительное время операции и наложения анастомоза, высокий процент реконструкции шейки мочевого пузыря и объем кровопотери. Наблюдаемая на ранних послеоперационных сроках разница в количестве континенции мочи и эректильной функции через 12 мес. не была достоверной между группами. Это указывает на эффективность и безопасность РАРП у больных после ТУРП.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Хирургическое лечение рака предстательной железы

**РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ
УРЕТРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ: ЗАЧЕМ, КАК,
КОГДА?**

С.Н. Еременко¹, А.Н. Еременко¹,
В.П. Долгополов¹, А.В. Симонович¹,
М.А. Алиев^{1,2}

¹*Отделение урологии, андрологии
и урогинекологии, Клинический медицинский
многопрофильный центр Святителя
Луки ФГАОУ ВО «Крымский федеральный
университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь, Россия*

²*Институт «Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО
«Крымский федеральный университет им.
В.И. Вернадского», Симферополь, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, робот-ассистированная хирургия, рак предстательной железы, простатический отдел уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

После перенесенной радикальной простатэктомии с формированием пузырно-уретрального анастомоза могут возникать такие осложнения,

как недержание мочи, стриктуры анастомоза. Для улучшения клинического прогноза предложен вариант уретросохраняющей операции для определенной категории пациентов. Цель исследования: оценить возможность применения уретросохраняющих операций при выполнении радикальной простатэктомии, разработать критерии отбора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2023 гг. Определены предоперационные критерии включения в исследование: МРТ – характер роста опухоли очаговый в периферической и центральной зонах, расстояние до уретры >4 мм; стадия ≤ T2; Глисон ≤7 (4+3); ПСА ≤10 нг/мл; при биопсии отсутствие аденокарциномы в парауретеральных срезах; отсутствие средней доли (<1х1,5 см). Интраоперационные критерии: при уретроцистоскопии – отсутствие признаков поражения уретры; Сито гистология хирургических краев – без признаков опухолевого роста. В зависимости от расположения опухоли на 3D-модели, по данным МРТ, предложены варианты операции: реконструкция проксимального отдела простатической уретры, дистального отдела, их комбинация, а также полное сохранение простатической уретры. На этапе выделения шейки мочевого пузыря и верхушки простаты сохраняется участок простатической уретры до 1–2 см. После удаления простаты формируется уретро-уретральный анастомоз, который обеспечивает сохранение гладкомышечных волокон пузырного и уретрального сфинктеров. Удаляется центральная часть простатического отдела уретры с семенным бугорком. При наличии одиночного опухолевого очага в периферической зоне простаты возможно выполнение полного сохранения простатического отдела уретры. Использование роботизированного ассистента позволяет выполнять данную операцию двум врачам с большей точностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представлена таблица результатов через 1 месяц после операции в сравнении с предоперационными показателями.

Таблица

Параметр	До операции		Через 1 мес.		p
	Медиана	Межквартильный интервал	Медиана	Межквартильный интервал	
ПСА, нг/мл	7,4	7,1–8,2	0,105	0,09–0,127	<0,01
Qave, мл/с	8,3	6,7–8,7	10,8	10,2–11,1	<0,01
Qmax, мл/с	11,6	9,8–12,8	15,4	14,6–16,8	<0,01
IPSS, баллы	16	12–17	2	1,5–3,0	<0,001
Индекс качества жизни, баллы	5±0,5	-	0,55 ± 0,5	-	-

Учитывая быстрые темпы восстановления уретры, на 4–5-е сутки после операции пациентам выполняется перикатетерная уретрография. При отсутствии затеков контрастного вещества катетер удаляется в среднем на 5-е сутки, после чего у пациентов сразу восстанавливается мочеиспускание, отсутствует недержание мочи. При полном сохранении уретры катетер удаляется на 3-и сутки. Не было получено данных за распространение процесса при обследовании после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Техника сохранения простатической уретры при выполнении лапароскопической радикальной простатэктомии может быть применима в различном исполнении для определенной категории пациентов в зависимости от распространения процесса, обеспечивает меньшие сроки нахождения уретрального катетера и послеоперационного восстановления, положительные результаты качества мочеиспускания, отсутствие послеоперационных осложнений и радикальность лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Хирургическое лечение рака простаты

**РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ
РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ
В УСЛОВИЯХ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА
НИЗКОГО ДАВЛЕНИЯ: НАШ ОПЫТ**

М.Б. Зингеренко, А.Г. Иванов, К.М. Мирзоев

*Урологическое отделение, Московский
клинический научный центр им. А.С. Логанова
ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, хирургия, карбоксиперитонеум, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Внедрение роботизированной хирургии произвело революцию в мини-инвазивной хирургии и урологии. Использование роботических систем обеспечивает адекватный уровень удобства работы, особенно в малом тазу при выполнении робот-ассистированной радикальной простатэктомии, в том числе у тучных и «неудобных» пациентов. Использование карбоксиперитонеума сопряжено с повышенными рисками, учитывая изменение физиологических параметров гемодинамики и дыхания, сопровождающих его применение. В ряде обзоров описано снижение частоты послеоперационной кишечной непроходимости до 7% при использовании пневмоперитонеума 12 мм рт. ст. по сравнению со стандартными 15 мм рт. ст. при роботизированной радикальной простатэктомии (РАРП) [1]. Применение карбоксиперитонеума с более низким давлением (8 мм рт. ст.) во время робот-ассистированной радикальной простатэктомии позволяет безопасно и эффективно выполнить оперативное вмешательство, снизить число случаев послеоперационной кишечной непроходимости. *Цель исследования:* сравнить послеоперационные результаты выполнения РАРП с низким давлением карбоксиперитонеума и РАРП со стандартным давлением карбоксиперитонеума.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с января 2021 г. по март 2023 г. проведен проспективный анализ 70 пациентов с диагнозом рак предстательной железы cT1c-T2cN0M0. В 30 случаях была выполнена ро-

бот-ассистированная радикальная простатэктомия с карбоксиперитонеумом низкого давления (8 мм рт. ст.) (далее – РАРП8) и 40 случаях – робот-ассистированная радикальная простатэктомия со стандартным давлением (14 мм рт. ст.) (далее – РАРП14). Все пациенты на догоспитальном этапе имели морфологическую верификацию и прошли мпМРТ органов малого таза с контрастным усилением. В ходе исследования оценивались показатели: время операции, объем кровопотери, осложнения по шкале Clavien-Dindo, хирургический край, сроки пребывания в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние показатели продолжительности операции, объема кровопотери, сроков пребывания в стационаре в группах РАРП8 и РАРП14 были сопоставимы ($p < 0,05$). Частота осложнений по шкале Clavien-Dindo достоверно отличалась в количестве эпизодов послеоперационной кишечной непроходимости. В группе РАРП14 отмечено три случая развития динамической кишечной непроходимости, потребовавших проведения прокинетической терапии, в группе РАРП8 – 1 случай.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение карбоксиперитонеума низкого давления является безопасной альтернативой стандартному уровню давления, при этом позволяя добиться более низкой частоты случаев нарушения моторики кишечника.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Рак простаты. Оценка осложнений радикального лечения

**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
ЛОКАЛИЗОВАННЫХ И МЕСТНО-
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
ЗА 2020–2022 ГГ.**

А.А. Измайлов^{1,2}, А.Б. Чапрак¹, А.Р. Хазиев¹,
О.В. Гончарова¹, С.М. Измайлова³,
А.А. Измайлов², Ю.Н. Хризман¹,
М.Ф. Урманцев²

¹*Отделение онкоурологии ГАУЗ
«Республиканский клинический онкологический
диспансер», МЗ РБ, Уфа*

²*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный медицинский университет»
Минздрава России, Уфа, Россия*

³*Кафедра биологии ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный медицинский университет»
Минздрава России, Уфа, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, радикальная простатэктомия, дистанционная лучевая терапия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из ведущих злокачественных новообразований у мужчин с тенденцией к росту во всем мире. В 2021 г. доля РПЖ в структуре онкологической заболеваемости как в РФ, так и в Республике Башкортостан заняла второе место и составила 15,1%. Методами выбора при радикальном лечении локализованных и местно-распространенных форм РПЖ являются радикальная простатэктомия (РПЭ) и дистанционная лучевая терапия (ДЛТ). Многие онкоурологи придерживаются выбора РПЭ как наиболее изученного метода. Однако выполнение РПЭ несет в себе риски развития серьезных осложнений, существенно снижающих качество жизни пациентов, таких как нарушение удержания мочи, эректильная дисфункция, формирование ректоуретрального свища, лимфоцеле, несостоятельность анастомоза. Отмечается значимая зависимость развития осложнений от опыта оперирующего хирурга. *Цель исследова-*

вания: оценить количество осложнений при радикальном лечении локализованных и местно-распространенных форм РПЖ в зависимости от выбора метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Двухцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование. В исследование включены пациенты, которым была выполнена РПЭ в 2020 г. – 297, в 2021 г. – 335, в 2022 г. – 384 случая и ДЛТ по радикальной программе в 2020 г. – 58, в 2021 г. – 85, в 2022 г. – 172 случая.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных проведенного лечения пациентов с локализованным и местно-распространенным РПЖ показывает следующее: после РПЭ у 5,9% (60) пациентов возникли различные осложнения (тотальное недержание мочи – 1,3% (13), склероз шейки мочевого пузыря – 1,55% (16), несостоятельность уретро-везикального анастомоза – 1,3% (13), ранение прямой кишки – 0,2% (2), лимфостаз нижних конечностей – 1,55% (16) случаев); после ДЛТ у 44,75% (141) пациентов возникли различные лучевые реакции, в том числе 2–3 степени, и их сочетания (эпидермит – 16% (23), лучевой ректит – 15,4% (22); лучевой цистит – 25,7% (36), острая задержка мочеиспускания – 3,1% (4), дизурические явления – 32,1% (45), сочетание 2 и более реакций – 7,7% (11);

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Радикальные методы лечения РПЖ могут приводить к серьезным последствиям, значительно ухудшающим качество жизни пациентов. Отмечается достаточно низкое число осложнений после РПЭ в руках опытного хирурга. При ДЛТ число нежелательных явлений выше, но стоит отметить более низкие риски развития серьезных осложнений, возможность их консервативного лечения. Требуются строгие критерии отбора пациентов для выбора оптимальной тактики лечения. Онкологическая безопасность и качество жизни на разных чашах весов говорят о необходимости дальнейших исследований в разработке и применении оптимальных и безопасных методов радикального лечения для достижения позитивных результатов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Лечение рака простаты

**СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ ЛУЧЕВАЯ
ТЕРАПИЯ НА СИСТЕМЕ Cyber-
Knife В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Р.Р. Ишемгулов¹, В.Н. Павлов¹, А.А. Измайлов¹,
М.Ф. Урманцев¹, А.О. Папоян¹, Л.М. Кутляров¹

*¹Кафедра урологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО
«Башкирский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Уфа, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, стереотаксическая лучевая
терапия, кибер-нож, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Основными методами радикального лечения больных РПЖ являются радикальная простатэктомия и лучевая терапия. В последнее время все чаще для лечения РПЖ прибегают к стереотаксической лучевой терапии. Это связано с разработкой нового оборудования для проведения высокоточных манипуляций, с одной стороны, высокой эффективностью метода, его безопасностью и удобства – с другой.

Цель исследования:

1. Оценить эффективность применения стереотаксической лучевой терапии на системе Cyber-Knife в лечении пациентов с локализованными формами рака предстательной железы.
2. Выявить ранние и поздние осложнения лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование, проведенное в период с августа 2015 г. по декабрь 2022 г. в отделении кибер-нож Центра ядерной медицины «ПЭТ-Технолоджи» в Уфе было выполнено лечение 397 пациентов с локализованными формами РПЖ, из них с низким риском – 252 пациента, с промежуточным риском – 145. Медиана возраста составила 65 лет (от 47 до 75 лет). Начальный уровень ПСА в среднем составил 9,34 нг/мл (от 1,34 до 20,0 нг/мл). Все пациенты получили курс стереотаксической лучевой терапии на системе Cyber-Knife по протоколу Стэндфордско-

го университета, СОД – 36,25 Гр за 5 фракций, РОД – 7,25 Гр. Медиана наблюдения от момента окончания лечения составила 30 мес. (от 1 до 60 месяцев).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 98,2% пациентов отмечалась положительная динамика. Уровень ПСА через 6 месяцев после окончания лечения не превышал 2,0 нг/мл у 94,0% пациентов, через 9 месяцев уровень общего ПСА снизился менее 1,5 нг/мл у 91%, через 12 месяцев уровень ПСА был менее 1,0 нг/мл у 86,0% пациентов, через 24 месяца уровень ПСА менее 1,0 нг/мл наблюдался у 93% пациентов. У 7 пациентов (1,8%) выявлена прогрессия заболевания.

Лучевые реакции в виде ректита I степени были отмечены у 32 пациентов (8,0%), ректита II степени – у 20 пациентов (5,0%). Цистит I степени выявился у 51 пациента (12,8%), цистит II степени – у 17 пациентов (4,2%). Поздних лучевых осложнений не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стереотаксическая лучевая терапия на системе «кибер-нож» показала себя высокоэффективным методом лечения пациентов с локализованными формами рака предстательной железы. Низкая токсичность радиохирургии на системе «кибер-нож» обеспечивает высокую безопасность метода.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак предстательной железы, лечение

Рубрика: Лечение: хирургическое (инвазивное), оценка исходов, наблюдение

**ОПЫТ 2000 РАДИКАЛЬНЫХ
ПРОСТАТЭКТОМИЙ**

С.В. Котов^{1,2,3}, Г.И. Гуспанов^{1,2}, Д.С. Кобзев^{1,2},
А.Г. Юсуфов^{1,2}, С.А. Пульбере^{1,3}, Р.А. Перов^{1,4},
С.В. Беломытцев^{1,5}, И.Ш. Бядретдинов^{1,2},
А.Г. Павленко^{1,2}

*¹Кафедра урологии и андрологии лечебного
факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им.
Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва,
Россия*

*²Онкологическое отделение № 4 (онкоурология),
урологическое отделение ГБУЗ «ММКЦ
«Коммунарка» ДЗМ», Москва, Россия*

³Урологическое отделение ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, Москва, Россия

⁴Урологическое отделение ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ, Москва, Россия

⁵Урологическое отделение ГБУЗ «ГКБ № 64 им. В.В. Виноградова» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы занимает 2-е место среди злокачественных заболеваний у мужчин. Радикальная простатэктомия (РПЭ) является «золотым стандартом» лечения локализованных форм рака простаты. Доступ, техника выполнения оперативного лечения, послеоперационное ведение пациентов – все это влияет на онкологические и функциональные результаты у пациентов, перенесших РПЭ. *Цель исследования:* оценить онкологические, функциональные результаты у пациентов после РПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровое ретропроспективное исследование, проведенное в 2011–2022 гг. В исследовании включены 2 тыс. пациентов, которым выполнена радикальная простатэктомия в период с 2011 по 2022 гг. 1056 (52,8%) пациентам выполнена позадилоновая РПЭ, промежностный доступ использовался в 196 (9,8%) случаях, лапароскопический и робот-ассистированный в 619 (30,95%) и 129 (6,45%) случаях соответственно. Произведена оценка интраоперационных, послеоперационных осложнений, а также онкологических и функциональных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лапароскопическая и робот-ассистированная простатэктомия связаны с меньшим объемом кровопотери: $m=150$ и $m=70$ мл соответственно против $m=280$ мл в группе позадилоновых простатэктомий. Помимо кровотечения основными интраоперационными осложнениями были: травма мочеочечника – 0,3%, травма прямой кишки – 0,35%, прямокишечно-пузырный свищ – 0,05%. Послеоперационные осложнения представляли недержание мочи (16%), лимфоцеле (5,2%), эректильная дисфункция. При оценке функции удержания мочи полного восстановления функции удалось достичь у 84% пациентов, легкая степень недержания отмечалась у 9,8%, средняя сте-

пень – у 2,3%, тяжелая – у 3,9%. Также у пациентов в группе раннего удаления уретрального катетера (5-е сутки) отмечена ускоренная динамика функции удержания мочи при отсутствии увеличения рисков острой задержки мочи. У пациентов с периодом наблюдения более 6 месяцев, которым выполнялась РПЭ с нервосберегающей техникой и последующее лечение иФДЭ-5 отмечалось сохранение эректильной функции в 76%. Оценка онкологических результатов включала в себя характеристики общей, безрецидивной, раковоспецифической выживаемости, а также оценивалась миграция стадии и Gleason. Безрецидивная выживаемость составила 80,06% (34,8% в группе высокого риска) при общей 5-летней выживаемости в 87,6%. Раковоспецифическая 5-летняя выживаемость составила 97,08%. Миграция стадии из группы локализованной формы рака предстательной железы (сT1-T2) в местно-распространенную форму (pT3) в 7,5% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая РПЭ и робот-ассистированная РПЭ позволяют достичь меньшего объема кровопотери и ранней активизации пациентов по сравнению с позадилоновым и промежностным доступами. Раннее удаление уретрального катетера (5–6 сут.) позволяет достичь ускоренного восстановления функции удержания мочи у пациентов после РПЭ. Нервосберегающие техники в сочетании с или без терапии иФДЭ-5 позволяют сохранить эректильной функции у 3/4 пациентов низкого риска после РПЭ. Наблюдение пациентов в послеоперационном периоде в одном клиническом центре позволяет своевременно выявлять значимую миграцию стадии и сопровождать пациентов в послеоперационном периоде, улучшая общую и раковоспецифическую выживаемость.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология: меньше или больше хирургии в перспективе, меньше или больше терапии в будущем

Рубрика: Рак простаты, лечение

**АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Т.Г. Лебедь¹, К.Б. Лелявин²

¹ФГБУЗ «Больница ИНЦ СО РАН», Иркутск,
Россия

²Кафедра скорой медицинской помощи
и медицины катастроф, ИГМАПО – филиал
ФГБОУ ДПО «РМАНПО», Иркутск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, реабилитация, оценка результатов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В сложившихся условиях многие вопросы, связанные с диагностикой, выбором тактики лечения, проведением диспансеризации, реабилитации (в отсутствие стандарта), коррекции осложнений после радикального лечения, а также смертностью пациентов от рака предстательной железы (РПЖ) приходится решать урологу поликлиники. *Цель исследования:* проанализировать типичную практику ведения пациентов после проведенного лечения РПЖ на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе поликлиники клинической больницы ИНЦ СО РАН, расположенной в Академгородке г. Иркутска проведено ретроспективное описательное кросс-секционное исследование, включающее анализ амбулаторных карт и данных пациентов урологического профиля за 12 лет (2011–2022 гг.). Общая численность прикрепленного контингента составляла 24 554 чел. (в 2021 г.), из них лиц старше 18 лет – 20 687 чел., мужчин в возрасте от 40 до 60 лет – 2947 чел., старше 60 лет – 2258 чел. Большую часть пациентов составляют сотрудники научных институтов и члены их семей. В учреждении работает один врач-уролог. Среднее количество пациентов на приеме – 24 человека. За 12 лет ра-

боты урологического кабинета было зарегистрировано 18 221 обращение, из них по поводу ДГПЖ – 3586 (19,7%), хр. простатита – 1376 (7,5%) и РПЖ – 592 (3,2%) и др. Ежегодно выявляется от 3 до 15 первичных случаев РПЖ (пик приходился на 2021 г.), за изучаемый период – 95 случаев. В настоящее время под наблюдением после проведенного специализированного лечения РПЖ находится 117 человек, из них после радикальной простатэктомии (РПЭ) – 35/30,0%, дистанционной лучевой (ДЛТ) – 48/41,0% и гормональной терапии (ГТ) – 30/25,6%, брахитерапии (БТ) – 4/3,4% чел. РПЭ выполнялись в различных медицинских центрах и регионах РФ, Германии, Литве, у 5 пациентов была выполнена робот-ассистированная лапароскопическая РПЭ. Средний возраст (диапазон), лет: после РПЭ – 60 (52–73); ДЛТ – 69,5 (48–81); ГТ – 73,5 (45–90) и БТ – 65,5 (62–69). Клиническая стадия, абс/% (n=117): сТ2 – 34/29,1%; сТ3 – 63/53,8%; сТ4 – 20/17,1%. Гормональная терапия и динамическое наблюдение осуществляется амбулаторно урологом поликлиники. При стабильно низком уровне ПСА для коррекции лечения направляются один раз в год в диспансер, при росте ПСА на фоне приема аналогов ЛГРГ – дополнительное обследование (МСКТ ОГК, ОБП, МРТ малого таза с контрастированием). При выявлении КРРПЖ, мтс в кости, дополнительно к аналогам ЛГРГ, назначались антиандрогены 2 поколения (Энзалутамид 160 мг в сут.) и/или золедроновая кислота 4 мг в/в 1 раз в 28 дней. Большая часть пациентов (n=110/85,9%) пациентов с РПЖ имеютотягощенный соматический статус: артериальная гипертензия – у 106/82,8%, ИБС – у 72/56,3%, сахарный диабет – у 17/ 13,3%, другие онкологические заболевания – у 21/16,4% пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В структуре зарегистрированных осложнений (абс/%), у больных РПЖ, перенесших РПЭ и ДЛТ, доминировали: недержание мочи – у 27/77,1% и 3/6,25%; облитерация/стриктура уретры – у 2/5,7% и 2/4,2%; склероз шейки – у 2/5,7% и 4/8,3% и камни мочевого пузыря – у 1/2,8% и 2/4,2%; хроническая почечная недостаточность – у 1/2,8% и 2 /4,2% чел. Через три мес. после РПЭ преобладала тяжелая степень недержания мочи (48,1%), через шесть мес. средняя (22,9%), через один год легкая (42,9%), после двух и трех лет – легкая степень (20,0 и 14,3%).

Проведение ДЛТ было осложнено постлучевым циститом и проктитом у 6/12,5% и 1/2,1% чел., наличием надлобкового мочепузырного свища – у 5 человек (после ДЛТ и ГТ). Инфравезикальная обструкция простатической этиологии после брахитерапии развилась у двух пациентов. Рецидив РПЖ после радикального лечения выявлен в 43,8% случаев после ЛТ и в 20% – после РПЭ. После РПЭ рецидив возникал чаще через 2 года, а при ДЛТ – через 4,5 года. Общая трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость после ЛТ составили 81,3; 60,4 и 12,5%, а после РПЭ – 77,1; 62,9 и 17,1%, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За неуклонным повышением возможностей диагностики и результативности лечения РПЖ не последовало сокращение широкого спектра проблем в организации медицинской помощи после проведенного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях: отсутствуют четкие стандарты реабилитации и регламент периодичности обследований и их объем; имеются сложности в оценке функциональных, психологических и других побочных патологических эффектов; нехватка медицинского персонала.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак предстательной железы.

Лечение

Рубрика: Функциональные результаты радикальной простатэктомии, реабилитация пациентов

ПРЕДИКТИВНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

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

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье»

в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, недержание мочи у мужчин, предикторы недержания мочи, реабилитация пациентов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи (НМ) является частым, инвалидизирующим осложнением робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРП), снижающимся к 6–24 месяцам после операции. *Цель исследования:* выявить предикторы и разработать модель прогнозирования НМ после РАРП, оценить эффективность комплексной реабилитации пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первым этапом исследования ретроспективно оценены 20 предоперационных предикторов НМ: демографические, анатомические (магнитно-резонансная пельвиометрия) и функциональные (комплексная уродинамика-КУДИ), у 151 пациента, прооперированного с 2015 по 2016 г. На основании полученных предикторов построена прогностическая модель риска НМ через 12 месяцев после РАРП. Вторым этапом проспективно в период с 2017 по 2018 г. пациенты с НМ (n=121) разделены на две группы. Первую группу (n=65) составили пациенты, которым проводилась комплексная реабилитация, состоящая из аппаратных (БОС-терапия, электро- и магнитная стимуляция мышц таза), фармакологических (антимускариновые препараты и бета-3-агонисты) и поведенческих методов лечения. Вторая группа (n=61) – пациенты, которым назначены стандартные рекомендации по тренировке мышц тазового дна и поведенческой терапии. Назначение лечения и оценку эффективности выполняли каждые 3, 6, 9, 12 месяцев. Критерием НМ считали использование одну и более прокладок в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На ретроспективном этапе исследования оценены 65 пациентов. Первую группу составили 48 (46%) пациентов с НМ, вторую группу составили 35 (54%) пациентов, удерживающих мочу к 12 мес. после РАРП. Пациенты исследуемых групп значимо не различались по возрасту: 64±6 и 62±4 года (p=0,078) – первая и вторая группы соответственно. Выполнен анализ зависимости показателей от НМ. Получены статистически значимые различия емкости мочевого пузыря (p=0,044), амплитуды детрузорной гиперактивности (ДГ) (p<0,001) и толщины мышцы, поднимающей задний проход (леватор) (p<0,001) (U-критерий Манна-Уитни). При построении модели логистической регрессии влияние предиктора на емкость

мочевого пузыря не было статистически значимо, в этой связи показатель удален из уравнения. Вторым этапом исследования предоперационно с помощью созданной ранее модели прогнозирования выделена группа пациентов высокого риска НМ через 12 мес. ($n=24$), которых распределили поровну между группами реабилитации и контроля. При оценке удержания мочи исследуемых групп через 6 мес. ($p=0,012$), 9 мес. ($p=0,012$) и 12 мес. ($p=0,007$) получены значимые различия (хи-квадрат Пирсона). Межгрупповой анализ динамики удержания мочи показал статистически значимые изменения группы реабилитации ($p<0,001$) (Q-критерий Кохрена). Несмотря на эффективность реабилитации, пациенты высокого риска НМ (согласно логит-модели) были рефрактерны к консервативным методам лечения НМ к 12 мес. ($n=23$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение предиктивной модели НМ и реабилитация пациентов позволяют повысить качество жизни и выбрать персонализированную стратегию лечения. Пациентам высокого риска НМ необходимо изменить лечебную тактику, применяя раннее хирургическое лечение.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Спасительная терапия локальных рецидивов рака простаты после простатэктомии. Оценка результатов и качества жизни

САЛЬВАЖНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

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

*ФГБУ «Российский научный центр
рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, локальный рецидив, биохимический рецидив, спасительная лучевая терапия, сальважная брахитерапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на то, что с конца XX в. спасительная

ДЛТ зарекомендовала себя как «золотой стандарт», в настоящее время продолжают исследования, посвященные сальважной контактной и ДЛТ, что подтверждает интерес специалистов к этой теме и их обеспокоенность относительно возможных осложнений и токсичности, которые влияют на качество жизни пациентов. *Цель исследования:*

улучшить результаты лечения пациентов с локальным рецидивом рака предстательной железы после радикальной простатэктомии путем проведения сальважной брахитерапии высокой мощности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное с января 2016 г. по декабрь 2020 г. в ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России. В исследование включены 60 пациентов с локальным рецидивом РПЖ после радикальной простатэктомии (РПЭ). 30 пациентам (1-я группа, основная) проведена сальважная ДЛТ, 30 пациентам (2-я группа, экспериментальная) выполнена сальважная брахитерапия высокой мощности дозы (сБТ-ВМД) РОД 15 Гр до СОД 30 Гр в 2 фракции с интервалом в 2 недели. Дополнительно выделена 3-я группа из 30 пациентов с биохимическим рецидивом после РПЭ, которым проводили интермиттирующую андрогендепривационную терапию. Всем пациентам на этапе диагностики проведена ПЭТ-КТ с лигандами ПСМА, мПМРТ малого таза. В обязательном порядке всем пациентам 2-й группы проводилась промежуточная биопсия ложа удаленной предстательной железы. Для изучения длительности общей и ПСА-специфической безрецидивной выживаемости больных РПЖ после сальважного лечения применен метод Каплана-Мейера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст всей когорты пациентов составил $67,5\pm 7,0$ лет [95% ДИ=66,1–69,0]. Период наблюдения за больными составил от 25 до 71 месяца, медиана – 45 месяцев. Летальных исходов за период наблюдения не отмечено. Отмечен 100%-ный локальный контроль. При сравнительном анализе 3-летней ПСА-специфической безрецидивной выживаемости отмечается тенденция к ее увеличению в группе сБТ-ВМД ($p=0,17$), однако при данном количестве наблюдений достичь статистически значимых разли-

чий не удалось. В 1-й группе прогрессия отмечена у 7 пациентов, во 2-й группе – у 3, а в 3-й группе – у всех 30 пациентов. Сальважная ДЛТ оказалась токсичнее сБТ-ВМД. Сравнительная оценка лучевых токсических реакций выявила более высокую частоту ранней генито-уринарной токсичности ($p=0,04$), интестинальной I и II степени в группе сальважной ДЛТ, чем в группе сБТ-ВМД ($p = 0,003$ и $p = 0,019$ соответственно), а также поздней интестинальной токсичности I и II степени ($p=0,04$). Качество мочеиспускания после сБТ-ВМД превосходит результаты пациентов после ДЛТ как по незначительным, так и по умеренным нарушениям мочеиспускания ($p=0,008$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Рак простаты, оценка эффективности медикаментозной пенильной реабилитации после радикальной нервосберегающей простатэктомии

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

С.В. Попов¹, И.Н. Орлов¹, Е.В. Помешкин^{1,2},
М.В. Шамин³

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный университет», Кемерово, Россия

³Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, радикальная простэктомия, эректильная функция, эректильная дисфункция, пенильная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов, перенесших радикальное лечение рака предстательной железы (РПЖ), эректильная функция (ЭФ) является одним из наиболее важных показателей. Пенильная реабилитация является эффективной мерой для предотвращения эректильной дисфункции (ЭД) и ускорения восстановления эректильной функции после радикальной простатэктомии (РПЭ). *Цель исследования:* оценить эффективность медикаментозной пенильной реабилитации после нервосберегающей простатэктомии в восстановлении ЭФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование, включающее анализ 104 пациентов с локализованным РПЖ, которым была выполнена нервосберегающая РПЭ (односторонняя – у 52 пациентов, а двусторонняя – у 56). Пациенты рандомизированы на две группы. В послеоперационном периоде пациенты 1-й группы ($n=52$) не получали пенильную реабилитацию, пациенты 2-й группы ($n=52$) в послеоперационном периоде в качестве медикаментозной терапии ежедневно получали ингибиторы ФДЭ-5 (тадалафил) в минимальной дозировке 5 мг на протяжении 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходно сравниваемые группы по основным клиничко-анамнестическим и инструментальным показателям не различались. При проведении сравнительного анализа состояния ЭФ пациентов 1-й и 2-й групп в послеоперационном периоде через 12 месяцев отмечено достоверное снижение уровня эрекции по МИЭФ-5 в обеих группах ($p=0,001$). Суммарный балл по шкале МИЭФ-5 у пациентов 2-й группы был статистически значимо более высоким в сравнении с группой контроля ($p=0,001$). На годовом этапе исследования в 1-й группе было больше пациентов с умеренной и легкой степенью ЭД по сравнению со 2-й группой. При анализе ночных пенильных тумесценций на годовом этапе исследования отмечено достоверное снижение твердости эрекции только у пациентов 1-й группы ($p=0,001$). При оценке количества спонтанных эрекций отмечено значимое снижение их количества в обеих группах, при этом во 2-й груп-

пе количество спонтанных эрекций было статистически значимо больше, чем в 1-й ($p=0,001$). Во 2-й группе суммарный средний балл качества жизни достоверно снизился ($p=0,001$), при этом по сравнению с пациентами 1-й группы оказался ниже более чем на 20%, что соответствует более высокому качеству жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежедневный прием ингибиторов ФДЭ-5 в низкой дозе 5 мг показан пациентам после выполнения нервосберегающей РПЭ с целью сохранения ЭФ, так как обеспечивает лучшие результаты по сравнению с отсутствием медикаментозной терапии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Робот-ассистированная хирургия

ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ НОВОЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИЙ

А.М. Пшихачев^{1,2}, О.А. Османов¹,
Т.Б. Тахирзаде¹, А.М. Тахирзаде¹,
А.А. Камалов^{1,2}

¹МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

²ГКБ № 31, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированные операции, рак простаты, простатэктомия, гидронефроз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2018 г. во многих странах используется новая робот-ассистированная хирургическая система Versius. *Цель исследования:* внедрить в клиническую практику робот-ассистированную хирургическую систему Versius и оценить результаты первых операций на территории РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В декабре 2021 г. в РФ зарегистрирована новая робот-ассистированная хирургическая система Versius. С целью внедрения системы в клиническую практику в РФ хирургическая бригада из ГКБ № 31 г. Москвы прошла обучение, состоящее из четырех этапов. 1-й этап – обучение теоретическим знаниям на онлайн-платформе

со сдачей итогового тестового экзамена. 2-й этап – обучение на симуляторе с целью освоения и совершенствования мануальных навыков управления системой. 3-й этап – имитация работы в условиях операционной с использованием манекена: расстановка прикроватных блоков вокруг «пациента», подготовка системы к работе, отработка решения возможных проблем при нестандартных ситуациях. 4-й этап – кадавер-курс в симуляционном центре г. Шарджа с отработкой различных оперативных вмешательств на биоматериалах под руководством зарубежных специалистов. По завершении обучения 25.03.2022 г. выполнена первая операция в РФ с использованием робот-ассистированной хирургической системы Versius. С марта по декабрь 2023 г. в ГКБ № 31 выполнено 46 робот-ассистированных операций, из которых 24 – при заболеваниях органов мочеполовой системы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Вид и количество выполненных робот-ассистированных операций представлены в таблице.

Таблица

Вид операции	Кол-во операций
Иссечение кисты почки	3
Пластика ЛМС по Хайнцу-Андерсону	8
Пластика ЛМС по Кальп-де-Вирда	1
Пластика ретрокавального мочеточника	1
Операция Боари	2
Уретероцистоанастомоз	2
Нефрэктомия	1
Аденомэктомия	1
РПЭ «простая»	2
РПЭ с сохранением СНП	1
РПЭ с расширенной ЛАЭ	2
Примечание: ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент, РПЭ – радикальная простатэктомия, СНП – сосудисто-нервные пучки, ЛАЭ – лимфаденэктомия.	

Все операции выполнены успешно. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде не зарегистрированы ни у одного пациента. У всех больных после операций по поводу обструкции верхних мочевыводящих путей достигнут хороший функциональный результат. У одного пациента после РПЭ с ЛАЭ при гистологическом исследовании выявлен местно-распространенный рак простаты (pT3b), метастазы в трех из 17 лимфоузлах и положительный хирургический край, в связи с чем проведена адъювантная лучевая терапия, проводится гормональная терапия. У остальных 4 пациентов хирургический край негативный, удержание мочи полное, уровень ПСА ниже 0,008 нг/мл. Эрекция у пациента после РПЭ с сохранением СНП восстановилась через один месяц, МИЭФ-5 – 20 б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Робот-ассистированная хирургическая система Versius успешно внедрена в работу на территории РФ. Для дальнейшего изучения эффективности и безопасности работы с системой необходим больший опыт работы и дополнительные исследования.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Результаты робот-ассистированной простатэктомии

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО КРАЯ И ИЗМЕНЕНИЯ СТАДИИ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РОБОТ-АССИТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.М. Пшихачев^{1,2,3}, О.А. Османов¹,
А.М. Степаненков³, А.М. Тахирзаде¹,
К.А. Иванцов³, Т.Б. Тахирзаде¹,
С.А. Нарышкин³, Н.Б. Забродина³,
В.К. Карпов^{1,2}, А.А. Камалов^{1,2}

¹МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

²ГКБ № 31, Москва

³ФБУ «ЦКБ гражданской авиации»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированная простатэктомия, рак простаты, рак предстательной железы, индекс

Глисона, положительный хирургический край.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Увеличение стадии и степени дифференцировки опухоли, а также оценка статуса хирургического края (ХК) после нервосберегающей робот-ассистированной радикальной простатэктомии (НС-РАРП) могут внести коррективы при определении тактики лечения больных раком предстательной железы (РПЖ). *Цель исследования:* изучить статус ХК, а также частоту изменения стадии Т и индекса Глисона после НС-РАРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведена оценка результатов РАРП у 514 больных РПЖ, выполненных одним хирургом. У 217 (42,2%) из них операция выполнена с сохранением сосудисто-нервных пучков (СНП). В послеоперационном периоде оценены стадия Т, степень дифференцировки опухоли по Глисона и состояние ХК. При дооперационном обследовании клиническая стадия сT1c была выявлена у 142 (65,4%), сT2a – у 48 (22,1%), сT2b – у 19 (8,8%) и сT2c – у 8 (3,7%) больных. У большинства больных (171 [78,8%]) сумма баллов по Глисона составляла 3+3=6 б, у остальных 46 (21,2) – 3+4=7 б. Уровень общего ПСА составил от 3,7 до 18,8 нг/мл. Объем простаты колебался от 20 до 106 см³. В исследование не вошли пациенты после предварительных оперативных вмешательств по поводу гиперплазии простаты (аденомэктомия, ТУР или лазерная энуклеация), а также первые 50 операций, выполненных хирургом (кривая обучения).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам патоморфологического исследования эскалация стадии заболевания до местно-распространенного процесса pT3a и pT3b выявлена у 37 (17,1%) и 5 (2,3%) больных соответственно. Изменение степени дифференцировки опухоли с 3+3 до 3+4 и 4+3 выявлена у 58 (34%) и 5 (4,7%), а с 3+4 до 4+3, 4+4 и 4+5 – у четырех (8,7%), двух (4,3%) и одного (2,2%) больного соответственно. Положительный хирургический край (ПХК) обнаружен у 41 (18,9%) больного. Примечательно, что среди больных, у кого обнаружен ПХК, у 29 (70,7%) выявлена послеоперационная миграция стадии и/или увеличение степени злокачественности опухоли. Наиболее частой локализацией ПХК была верхушка простаты – 58,5%. У большинства больных (92,7%) ПХК располагался в одной зоне. Био-

химический рецидив (БХР) среди всех больных после НС-РАРП выявлен у 14 (6,5%) больных, среди которых 10 – у больных с ПХК. Таким образом, доля больных с ПХК, у которых в последующем выявлен БХР, составила 24,4%. У трех больных причиной БХР стали метастазы в регионарные лимфоузлы, у остальных диагностирован местный рецидив. Адьювантная лучевая терапия проведена одному больному, остальным пациентам проведена спасительная лучевая терапия до достижения уровня ПСА до 0,5 нг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Риски возможного повышения стадии заболевания и увеличения степени злокачественности опухоли у больных локализованным РПЖ должны учитываться при определении тактики ведения таких больных и анализе ближайших результатов хирургического лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Осложнения хирургического лечения

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

С.А. Ракул¹, М.О. Скиба¹, Р.А. Елоев¹,
К.А. Лукинов¹

¹СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

интраоперационные осложнения, робот-ассистированная радикальная простатэктомия, рак предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Радикальная простатэктомия с применением роботических систем (РобРПЭ) стала весьма распространенным методом лечения больных раком предстательной железы (РПЖ). *Цель исследования:* проанализировать результаты хирургического лечения больных РПЖ, которым выполнена РобРПЭ, а также выделить факторы риска развития интраоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное наблюдательное неконтролируемое, проведенное в 2015–2022 гг.

В исследование включены 717 пациентов в возрасте 64 [60; 68] лет, которым выполнена РобРПЭ с использованием роботизированных хирургических систем Da Vinci Si и Xi. Предоперационная стратификация больных по группам риска: низкий, промежуточный и высокий – 88 (12,27%), 338 (47,14%) и 291 (40,59%) чел. соответственно. В ходе операции расширенная и суперрасширенная лимфаденэктомия выполнена 315 (43,93%) и 127 (17,71%) больным. Более чем в половине случаев произведено одно- или двухстороннее сохранение сосудисто-нервных пучков (378 чел., 52,72%). Классификация осложнений осуществлялась по Rosenthal (2015). Статистическая оценка проводилась с использованием критериев Вилкоксона, Фишера, факторы риска стратифицировали регрессионным анализом. Статистически значимым для всех показателей считали критерий достоверности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота интраоперационных осложнений РобРПЭ составила 5,02% (табл.). Всего зафиксировано 36 эпизодов осложнений. К категории грейд I мы отнесли случаи с кровотечением более 500 мл, но без гемотрансфузии. Это осложнение составляет 11,11% и диагностировано у 0,56% пациентов, перенесших РобРПЭ.

В категории грейд II, которая наиболее многочисленна (83,33%), определены 30 осложнений. Они выявлены у 4,18% оперированных и включают интраоперационные кровотечения с гемотрансфузиями (3 чел.), повреждения кишечника (7 чел.), сосудов (9 чел.), мочевых органов (7 чел.) и запирательного нерва (4 чел.). Эти осложнения разрешены в процессе операции без каких-либо последствий для пациентов.

Наиболее серьезные осложнения (грейд III) в ходе оперативного вмешательства зафиксированы у двух пациентов (0,28%): злокачественная гипертермия (анестезиологическое осложнение) и сочетанное повреждение тонкой кишки и мочеточника. Интраоперационные осложнения у этих пациентов значительно утяжелили течение послеоперационного периода, требовали специфического лечения и увеличили длительность госпитализации и реабилитации.

Таблица. Интраоперационные осложнения РобРПЭ

Грейд	Операции		
	Все, n=717	Осложнения, n=36 (%)	% из оперированных
0	681 (94,98%)	-	-
I	4	11,11	0,56
II	30	83,33	4,18
III	2	5,56	0,28
IV	-	-	-
Всего	36	100	5,02

Осложнений, приведших к летальным исходам (грейд IV), не было. По результатам регрессионного анализа установили, что значимыми факторами интраоперационных осложнений при моно- и многофакторном анализе являлась группа риска РПЖ, а также факт выполнения лимфаденэктомии и ее объем ($p \leq 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РобРПЭ является относительно безопасным оперативным вмешательством и сопровождается интраоперационными осложнениями лишь у 5,02% оперированных. Подавляющее их число (94,44%) являются «малыми» и не требуют лечения или коррегируются в ходе операции. Только малая часть осложнений (5,56%) требует изменения хода оперативного вмешательства.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Осложнения хирургического лечения

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

В.В. Рогачиков^{1,2}, А.В. Кудряшов^{1,2},
Д.Н. Игнатъев^{1,2}, А.С. Сотников¹,
К.М. Григорьева¹, Д.М. Попов¹

¹Центр урологии, нефрологии и литотрипсии,
Клиническая больница «РЖД-Медицина»
им. Н.А. Семашко, Москва, Россия

²Кафедра урологии им. Е.В. Шахова, ФГБОУ ВО

«Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, простатэктомия, осложнения, реконструкция, имплантация.

ВВЕДЕНИЕ

Радикальное хирургическое лечение при раке предстательной железы характерно различными осложнениями, в раннем послеоперационном периоде – несостоятельность уретровезикального анастомоза и формирование уретроректального свища, в позднем – стриктура уретры, стеноз везикоуретрального анастомоза, недержание мочи и эректильная дисфункция. Причины и механизмы возникновения осложнений не всегда ясны, они могут быть связаны с погрешностями хирургической техники, возрастом, ИМТ, особенностями васкуляризации, иннервации и анатомии таза, объемом простаты, выраженности средней доли, формы апекса, наличием хирургического анамнеза, опыта хирурга и т.д.). Накопление опыта и улучшение хирургической техники, а также прецизионность манипуляций с использованием современных источников энергии позволили уменьшить частоту и тяжесть периоперационных осложнений. Но в ряде случаев методы интраоперационной профилактики осложнений, как и оптимальный алгоритм последующей хирургической коррекции, отсутствует. Поэтому и ранние, и поздние осложнения простатэктомии не всегда требуют однотипных и шаблонных решений, а зачастую многоэтапной сложной тактики и владения широким спектром хирургических возможностей. *Цель исследования:* анализ результативности применения нестандартных персонифицированных методов коррекции периоперационных осложнений радикальной простатэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на изучении пациентов Центра урологии, нефрологии и литотрипсии КБ «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко, ранее оперированных по поводу аденокарциномы предстательной железы и с 2019 по 2023 г. претерпевших различные виды хирургической коррекции послеоперационных осложнений. Локализованный процесс предопределил объем хирургического вмешательства в виде открытой

простатвезикулэктомии (ОРПЭ) у двух пациентов, экстраперитонеоскопической (ЭРПЭ) – у 3. Интраоперационно использована типичная хирургическая техника с тазовой лимфодиссекцией по показаниям. Во всех случаях отмечены ранние и поздние послеоперационные осложнения, потребовавшие определения нестандартной, зачастую многоэтапной хирургической коррекции для достижения полноценной медицинской, социальной реабилитации и достойного качества жизни. У двух пациентов, через 3 месяца после ОРПЭ и 4 месяца после ЭРПЭ диагностирован стеноз везикоуретрального анастомоза после безуспешного поведения оптической уретротомия и ТУР. В обоих случаях произведена реконструкция анастомоза преректальным комбинированным доступом из заднего и переднего треугольника промежности по Austoni E., после чего у одного из них с целью ликвидации инконтиненции произведена имплантация искусственного сфинктера с транскорпоральной установкой манжеты, у второго в связи с формированием уретропромежностного свища использована методика пломбировки биологическим клеевым субстратом на основе криопреципитата и тромбина. У следующего пациента через год после ОРПЭ, по причине инконтиненция средней степени тяжести, имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря осложнилась эрозией уретры на уровне манжеты. После удаления последней и восстановления целостности уретры предпринята реимплантация манжеты транскорпоральным методом. У очередного пациента после ЭРПЭ неосторожное извлечение уретрального катетера с баллоном обеспечило несостоятельность везикоуретрального анастомоза. Учитывая длительность безуспешного уретрального и надлобкового дренирования мочевого пузыря и малого таза произведено трансуретральное эндоскопическое (пневмоцистоскопическое) ушивание дефекта анастомоза. И наконец, у пациента через 7 дней после ЭРПЭ формирование уретро-ректально свища предопределило вмешательство в объеме иссечения свища, реконструкции и закрытия дефекта уретры и прямой кишки с использованием буккального графта промежностным доступом. Длительные сроки заживления и риски формирования уретропромежностного свища послужили основанием для чрескожной баллонной обтурации мочеточников и дву-

сторонней нефростомии. С целью ускорения регенерации промежностной раны использована плазма, обогащенная тромбоцитами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашей работе мы применили многоэтапную тактику, а также комбинированные и сочетанные технологии в сложных случаях течения периоперационного периода РПЭ. Всего проведено 12 оперативных вмешательств у 5 пациентов с использованием реконструктивных, эндоскопических и минимально-инвазивных методик, имплантационных и трансплантационных технологий, биологических методов стимуляции регенеративных процессов. Сроки окончательной реабилитации с момента радикальной простатэктомии составили 26, 6, 25, 3 и 8 месяцев соответственно. Несмотря на значительные физические, психоэмоциональные и материальные затраты, достигнуто выздоровление наших пациентов, включая онкологические результаты и восстановление накопительной, микционной и континентной функций.

ВЫВОДЫ

Современный уровень топографо-анатомических знаний, техническое оснащение, совершенство хирургической техники, а также методы интраоперационной профилактики не исключают развитие осложнений периоперационного периода после РПЭ. И только персонифицированный подход, использование всего спектра инновационных технологий позволяют добиться полноценной реабилитации и социализации наших пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Рак простаты, лечение рецидива после радикальной терапии

**СПАСИТЕЛЬНАЯ
ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ
ФОКУСИРОВАННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ
АБЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА
ПРОСТАТЫ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ
ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

Р.Н. Фомкин¹, В.М. Попков¹, О.В. Основин¹,
А.А. Чураков¹

*¹Кафедра урологии, НИИ фундаментальной
и клинической уронефрологии ФГБОУ ВО
«Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава России, Саратов, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, лучевая терапия, рецидив, высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук (HIFU).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов, получивших дистанционную лучевую терапию (ДЛТ) по поводу рака простаты (РП), риск рецидива по литературным данным колеблется от 27 до 53%. Одним из оптимальных альтернативных вариантов спасительной терапии относят высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU). *Цель исследования:* оценить эффективность спасительной высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой абляции при рецидиве рака простаты после лучевой терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2010–2019 гг. В исследование включены 83 пациента с рецидивом РП после ДЛТ, которым в качестве спасительного лечения выполнена тотальная HIFU абляция простаты. Первичной конечной точкой этого исследования был рецидив заболевания, определяемый как комбинированная конечная точка прогрессирования ПСА по критериям RTOG-ASTRO Phoenix (надир ПСА+2 нг/мл), получение любой дальнейшей терапии спасения. Вторичные оценки были выполнены для определения предикторов рецидива заболевания, которые включали результаты биопсии, пальпаторную картину до спасительного лечения, уро-

вень ПСА до HIFU, неопределяемый надир уровня ПСА после HIFU и получение предшествующей гормональной терапии. Анализ выживаемости оценивали по методу Каплана-Мейера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана срока наблюдения за этими пациентами составила 32,5 месяца (от 5 до 60 месяцев). Серьезных нежелательных явлений не выявлено. Медиана надир PSA после sHIFU была равна 0,04 нг/мл (от 0 до 3,09 нг/мл), медиана срока до достижения надир – 3,5 месяца (от 3 до 12 месяцев). У 11 (13,2%) пациентов терапия оказалась неудачной, исходя из примененного определения биохимического рецидива. В этой подгруппе пациентов медиана уровня PSA до sHIFU составила 3,76 нг/мл (от 0,5 до 8,11 нг/мл), а медиана надир PSA после sHIFU составила 0,8 нг/мл (от 0 до 3,8 нг/мл). Для сравнения: у пациентов, у которых sHIFU была успешной, уровень PSA до sHIFU составлял 1,3 нг/мл (от 0,1 до 6,9 нг/мл), а надир PSA после sHIFU – 0,03 (от 0,02 до 1,39 нг/мл). Гормональная терапия назначена 11 пациентам после неудачи sHIFU через срок, медиана которого составила 5 месяцев. Безрецидивная выживаемость (БРВ) после спасительной HIFU составила 69,5% через 3 года и 58,8% через 5 лет. При сравнительном анализе уровень PSA до sHIFU, принадлежность к группе риска, надир PSA после sHIFU, надир PSA выше 0,2 нг/мл и время до достижения надир были предикторами неудачи sHIFU. Сумма баллов Глисона, клиническая группа ISUP, клиническая стадия, доля позитивных биопсий меньше 33%, 33–50% и более 50%, а также объем простаты не были значимыми факторами неудачи sHIFU. При мультивариабельном анализе надир PSA после sHIFU с порогом 0,2 нг/мл и время достижения этого надир были значимыми предикторами неудачи. Анализ подгрупп предикторов улучшения БРВ продемонстрировал, что неопределяемый надир ПСА предсказывал улучшение БРВ ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из онкологических результатов и допустимой частоты нежелательных явлений, sHIFU можно рассматривать как эффективный и безопасный вариант терапии при рецидивах после ДЛТ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Злокачественное новообразование
предстательной железы

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
КОНТИНЕНТНОЙ ФУНКЦИИ
И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ
ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ СРЕДНЕЙ ДОЛЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

удержание мочи, средняя доля, рак
предстательной железы, робот-ассистированная
простатэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая ситуация, при которой средняя доля предстательной железы достигает внушительных размеров, создает значительные трудности для хирурга при необходимости выполнения радикальной простатэктомии. Альтернативные радикальные методы лечения – дистанционная лучевая терапия и брахитерапия у пациентов с выраженной средней долей связаны с высокой долей осложнений, одним из которых является острая задержка мочеиспускания. Мультидисциплинарный и радикальный подход к решению данной ситуации помогает в дальнейшем максимально избежать онкорецидива и в кратчайшие сроки пройти реабилитационный курс и вернуться к привычному образу жизни. *Цель исследования:* оценка преимуществ робот-ассистированной простатэктомии при выраженной средней доле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2019–2021 гг. было выполнено 472 робот-ассистированные простатэктомии с объемом предстательной железы от 50 до 200 см³, среди которых у 84 пациентов отмечалось пролабирование средней доли предстательной железы в полость мочевого пузыря от 10 до 40 мм. Всем пациентам проводилась предоперационная уретроцистоскопия (для оценки расположения устьев мочеточников). Оперативные вмешательства проводи-

лись пациентам с локализованным раком предстательной железы (Т1-2N0M0) лапароскопическим трансперитонеальным доступом. Возраст больных колебался от 55 до 78 лет. Средняя продолжительность радикальной простатэктомии составляла 230 (180–330) мин., средний объем кровопотери — 150 (50–700) мл. Все операции были выполнены одним хирургом, обладающим значительным клиническим опытом выполнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первую группу входили 63 пациента с объемом средней доли предстательной железы до 20 см³ (по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза). Во вторую группу входил 21 пациент с объемом средней доли предстательной железы до 40 см³ (по данным МРТ органов малого таза). Все пациенты после проведенного оперативного вмешательства были удовлетворены результатами лечения. Уже на следующий день все пациенты активизировались в пределах палаты. У всех пациентов конверсий и послеоперационных осложнений не было. Уретральный катетер удаляли в среднем на 7-е (6–9) сутки. После удаления катетера на вторые сутки в первой группе пациентов частичное удержание мочи наблюдалось у 60%, во второй группе пациентов – у 38%. По результатам патогистологического исследования положительный хирургический край диагностирован у 7 пациентов (из 1-й группы) и у 3 пациентов (из 2-й группы). В дальнейшем результат оценивался с помощью дневника мочеиспускания. Через месяц после оперативного вмешательства в 1-й группе пациентов частичное удержание мочи наблюдалось у 59 пациентов, через 3 месяца частичное удержание – у 60 пациентов, входящих в 1-ю группу. Во 2-й группе частичное удержание мочи по истечению месяца наблюдалось у 16 пациентов, через 3 месяца частичное удержание – у 19 пациентов, входящих во 2-ю группу. Спустя один год, из всех контрольных групп частичное удержание мочи наблюдалось у 90% пациентов (с 4 пациентами связь была утрачена). У 3% (2 человека) через год отсутствовало частичное удержание мочи. Биохимический рецидив заболевания за время наблюдения диагностирован у 2 пациентов (из 2-й группы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение робот-ассистированной простатэктомии у пациентов с выраженной средней долей

может столкнуть хирурга с проблемами, которые не характерны при стандартных операциях. При данных операциях возможно повреждение мочеточников при достаточно обширной резекции шейки мочевого пузыря и большой размер предстательной железы изменяет анатомию малого таза, затрудняя сохранение сосудисто-нервных пучков и проведение резекции, что в свою очередь может привести к наличию положительного хирургического края. В клинической ситуации, при которой крупный объем средней доли предстательной железы является одной из исходных, роботическая технология может иметь определенные преимущества. Планируется дальнейшее углубленное изучение технических преимуществ робот-ассистированной простатэктомии, связанных с большим объемом средней доли предстательной железы с увеличением объема выборки. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Робот-ассистированная простатэктомия

**ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ
ФОРМИРОВАНИЯ
УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА
ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ НА РАННЕЕ
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ
УДЕРЖАНИЯ МОЧИ**

Б.В. Ханалиев¹, Т.Т. Мехтиев¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, онкология, простатэктомия, уретровезикальный анастомоз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инконтиненция после радикальной простатэктомии (РПЭ) все еще является одним из ведущих осложнений, влияющих на качество жизни пациентов. Робот-ассистированная РПЭ демонстрирует доказанные преимущества в сохранении анатомии малого таза и сфинктерного аппарата. Однако одним из ведущих факторов, влияющих на инконтиненцию, является использование раз-

личных техник реконструкции зоны уретровезикального анастомоза (УВА). *Цель исследования:* изучить влияние различных методов формирования УВА на раннее восстановление функции удержания мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное наблюдательное исследование, проведенное в 2019–2020 гг. В исследование включены 50 пациентов с локализованным раком предстательной железы, перенесших робот-ассистированную РПЭ. В 30 (60%) случаях использовалась традиционная техника Росо, в 20 случаях (40%) – новая методика передней реконструкции анастомоза с применением дополнительного укрепляющего шва. Континенция оценивалась через 24 часа после удаления уретрального катетера, 3 и 12 месяцев после операции. Качество жизни пациентов оценивалось опросником EPIC-26 short form. Полное удержание мочи было определено, как отсутствие подтекания мочи при физической нагрузке, смене положения тела и в покое, а также отсутствие необходимости использования более одной в день «страховочной» урологической прокладки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях уретральный катетер был удален на 6-е сутки послеоперационного лечения. По результатам наблюдения в обеих группах после удаления уретрального катетера было восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Немедленное удержание мочи у пациентов, перенесших традиционную методику (1-я группа), наблюдалось в 64% случаев, в то время как у пациентов, которым накладывался дополнительный укрепляющий шов – в 73% случаев. Через 3 месяца после удаления уретрального катетера удержание мочи в 1-й группе отмечалось у 76% пациентов, во 2-й группе – у 83% пациентов. Через один год после РПЭ удержание мочи в обеих группах наблюдалось у 93% пациентов. Также было отмечено, что нервосберегающая техника в обеих группах явилась прогностически благоприятным фактором сокращения сроков раннего восстановления удержания мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время существует множество различных методов формирования УВА при выполнении робот-ассистированной РПЭ. Все они направлены на улучшение функциональных исходов операции. Полученные данные свидетель-

ствуют о том, что робот-ассистированная РПЭ приводит к улучшению качества жизни пациентов, не прибегая к открытой хирургии, тем самым сокращая сроки пребывания пациента в стационаре. Выявлена связь между результатами инструментальных методов исследования (УЗИ, урофлоуметрия) и субъективными ощущениями пациентов (опросник EPIC-26 short form). Для более объективной оценки данных результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа с большей выборкой пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Злокачественное новообразование предстательной железы

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
КОНТИНЕНТНОЙ ФУНКЦИИ
И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ
ПРИ БОЛЬШИХ ОБЪЕМАХ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

удержание мочи, рак предстательной железы, робот-ассистированная простатэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая ситуация, при которой объем предстательной железы достигает внушительных размеров (обычно более 70 см³) и создает значительные трудности для хирурга, встречается не более чем в 8–10% всех случаев простатэктомии. Учитывая ограничения дистанционной лучевой терапии, а также брахитерапии, связанные с объемом простаты и неудовлетворительным качеством мочеиспускания, радикальная простатэктомия у данной группы пациентов остается лечением выбора. Когда крупный объем предстательной железы является одной из исходных перед оперативным вмешательством, роботическая технология может иметь определенные преимущества. *Цель исследования:* оценка преимуществ

робот-ассистированной простатэктомии, связанных с большим объемом предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2019–2021 гг. было выполнено 472 робот-ассистированные простатэктомии с объемом предстательной железы от 50 до 200 см³, среди которых у 15 пациентов средний объем предстательной железы составлял от 100 до 200 см³. Всем пациентам проводилась предоперационная уретроцистоскопия (для оценки расположения устьев мочеточников). Оперативные вмешательства проводились пациентам с локализованным раком предстательной железы (T1-2NoMo) лапароскопическим трансперитонеальным доступом. Возраст больных колебался от 55 до 78 лет. Средняя продолжительность радикальной простатэктомии составляла 210 (180–330) мин., средний объем кровопотери — 150 (50–700) мл. Все операции были выполнены одним хирургом, обладающим значительным клиническим опытом выполнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первую группу входили 8 пациентов с объемом предстательной железы от 100 до 120 см³. Во вторую группу входили 5 пациентов с объемом предстательной железы от 120 до 160 см³. В третью группу входили 2 пациента с объемом предстательной железы от 160 до 200 см³. Все пациенты после проведенного оперативного вмешательства были удовлетворены результатами лечения. Уже на следующий день все пациенты активизировались в пределах палаты. У всех пациентов конверсий и послеоперационных осложнений не было. Уретральный катетер удаляли в среднем на 7-е (6–9) сутки. После удаления катетера на вторые сутки в первой группе пациентов частичное удержание мочи наблюдалось у 50%, во второй группе – у 40 %, в третьей группе частичного удержания добиться не удалось. В дальнейшем результат оценивался с помощью дневника мочеиспускания. Через месяц после оперативного вмешательства в первой группе пациентов частичное удержание мочи наблюдалось у 6 пациентов, через 3 месяца – у 7 пациентов, а через 6 месяцев наблюдалось полное удержание мочи у 8 пациентов. Во второй группе частичное удержание мочи по истечении месяца наблюдалось у 3 пациентов, через 3 месяца – у 4 пациентов, а через 6 месяцев наблюдалось полное удержание мочи у 5 пациентов. В третьей

группе частичное удержание мочи по истечении месяца не наблюдалось. Через 3 месяца полное удержание – у 1 пациента и частичное удержание – у 1 пациента. Через 6 месяцев частичное удержание мочи отметил 1 пациент. Спустя год из всех контрольных групп частичное удержание мочи наблюдалось у 90% пациентов. Лишь у 1% (3 человека) через год не было частичного удержания мочи. Биохимический рецидив заболевания за время наблюдения диагностирован у 1 пациента (из 1-й группы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Функциональные результаты при робот-ассистированных вмешательствах на предстательной железе выше, чем у пациентов, перенесших открытую операцию, но из-за значительных объемов предстательной железы результаты могут отразиться на качестве удержания мочи. Все больше исследователей приходят к выводу, что методики радикальная простатэктомия, лапароскопическая радикальная простатэктомия и робот-ассистированная радикальная простатэктомия являются равноэффективными, а непосредственные результаты операции во многом зависят от квалификации и опыта хирурга, выполняющего вмешательство. В клинической ситуации, при которой крупный объем простаты является одной из исходных, роботическая технология может иметь определенные преимущества. Планируется дальнейшее углубленное изучение технических преимуществ робот-ассистированной простатэктомии, связанных с большим объемом предстательной железы с увеличением объема выборки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Злокачественное новообразование предстательной железы

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹,
А.Г. Барсебян¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированная, нервосберегающая, удержание мочи, рак предстательной железы, хирургический край.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) стала методом выбора в хирургическом лечении пациентов с локализованными формами рака предстательной железы. Происходит это благодаря проведению сравнительного анализа эффективности и безопасности различных доступов для выполнения радикальных операций на предстательной железе. При этом становится ясно, что «роботический» лапароскопический подход способен составить серьезную конкуренцию открытой радикальной операции. В связи с этим нами была поставлена задача – оценить отдаленные результаты после робот-ассистированных простатэктомий в НМХЦ им. Н.И. Пирогова. *Цель исследования:* оценить отдаленные функциональные результаты хирургического лечения после робот-ассистированной простатэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2015–2021 гг. выполнена 941 робот-ассистированная простатэктомия, в том числе 437 нервосберегающих операций. Оперативные вмешательства проводились пациентам с локализованным раком предстательной железы (T1-2NoMo) лапароскопическим трансперитонеальным доступом. Возраст больных колебался от 47 до 78 лет. Объем предстательной железы составлял от 24 до 140 см³. Всем пациентам до оперативного вмешательства с целью верификации диагноза проводилась трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы, по результатам которой подтверждалось наличие аденокарциномы, сумма баллов по Глиссону – 5–8. Средняя продолжительность радикальной простатэктомии составляла 160 (110–330) мин., средний объем кровопотери – 150 (50–700) мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты после проведенного оперативного вмешательства были удовлетворены результатами лечения. Уже на следующий день все пациенты активизировались в пределах палаты. В группе пациентов, которым выполнялась нервосберегающая простатэктомия, восстановление эректильной функции через месяц после опера-

тивного вмешательства наблюдалось у 331 пациента из 437, а через 6 месяцев — у 398 из 437 (с 4 пациентами связь была утрачена). Через год после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 427 больных из 437 пациентов, оставшихся под наблюдением. По результатам гистологического исследования операционного материала положительный хирургический край был выявлен в 134 случаях из 437 нервосберегающих операций, что потребовало дальнейшей местной лучевой терапии, в результате которой происходила полная утрата эректильной функции. Опухольспецифическая выживаемость на момент проведения исследования составила 100%. У всех пациентов конверсий и послеоперационных осложнений не было. Уретральный катетер удаляли в среднем на 7-е (6–9) сутки. После удаления катетера на вторые сутки частичное удержание мочи наблюдалось у 70% пациентов, а спустя 1 год — до 90% пациентов. Лишь 2% (3 человека) через год не способны были удерживать мочу. Биохимический рецидив заболевания за время наблюдения диагностирован у 139 пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Робот-ассистированное вмешательство на предстательной железе является эффективным и безопасным методом в хирургическом лечении пациентов с локализованным и местнораспространенным неметастатическим раком предстательной железы. Робот-ассистированная хирургическая технология Да Винчи зарекомендовала себя в качестве наиболее высокоэффективного хирургического способа лечения рака простаты. В радикальном лечении рака предстательной железы демонстрирует сопоставимые с открытой методикой отдаленные онкологические результаты. Эта методика способствует более раннему восстановлению функции удержания мочи и эректильной функции по сравнению с открытой операцией. Качество жизни пациентов, перенесших робот-ассистированную лапароскопическую простатэктомию, выше, чем у пациентов, перенесших открытую операцию, а в более поздние сроки сопоставимо с качеством жизни пациентов группы традиционного доступа.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Злокачественное новообразование предстательной железы

ОЦЕНКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА (ИФДЭ-5)

Б.В. Ханалиев¹, Е.И. Косарев¹, Р.М. Азизов¹,
А.Г. Барсегян¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированная, нервосберегающая, рак предстательной железы, иФДЭ-5, плацебо.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургические методы лечения, такие как лапароскопическая хирургия и робот-ассистированная лапароскопическая хирургия, были разработаны для снижения хирургической травмы. После создания системы Da Vinci (Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA), эксплуатация которой началась в 2000 г., робот-ассистированная простатэктомия (РАП) быстро стала «золотым стандартом» в лечении локализованного рака предстательной железы (РПЖ). Кроме того, применение системы Da Vinci привело к сглаживанию и уменьшению продолжительности кривой обучения, что привело к увеличению консольных хирургов по всему миру. РАП позволила сократить количество осложнений в периоперационном периоде по сравнению с открытыми вмешательствами и быстрее восстановиться в послеоперационном периоде. Для профилактики и лечения эректильной дисфункции после нервосберегающей робот-ассистированной простатэктомии (НСРАП) в качестве терапии 1-й линии применяются иФДЭ-5, наиболее часто – тадалафил, силденафил и варденафил. Тадалафил в дозировке 5 мг/сут. зарегистрирован для применения в Российской Федерации в самом начале 2011 г. и является единственным иФДЭ-5 с возможностью ежедневного приема. *Цель исследования:* проведена оценка эректильной функции

и влияние иФДЭ-5 (тадалафил) у 437 пациентов с раком предстательной железы, перенесших НСРАП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели когортное ретроспективное исследование, в основу которого положен анализ 437 пациентов с РПЖ, которым впоследствии выполнялась НСРАП с 2015 по 2021 г. (в НМХЦ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ). Все пациенты были распределены по четырем группам, в зависимости от методики нервосбережения и приема иФДЭ-5 (тадалафила). В нашем исследовании показанием к выполнению НСРАП был локализованный РПЖ (T1-2cNoMo). Противопоказанием к выполнению НСРАП мы считали результат гистологического исследования (наличие периневральной инвазии), распространение опухоли в парапростатическую клетчатку, морбидное ожирение (индекс массы тела (ИМТ) больше 40), возраст пациента (старше 80 лет) или экстремально большой объем предстательной железы (больше 140 см³). Все операции были выполнены одним хирургом, обладающим значительным клиническим опытом выполнения НСРАП. В качестве критерия наличия эректильной функции в послеоперационном периоде мы использовали результаты опросника МИЭФ-5, в частности, возникновение эрекции в более чем 50% половых актов рассматривалось нами, как наличие эректильной функции после РАП в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первую группу входили пациенты с моностеральной НСРАП, принимавших плацебо. Во вторую группу входили пациенты с билатеральной НСРАП, принимавших плацебо. В третью группу входили пациенты с моностеральной НСРАП, принимавших иФДЭ-5 (тадалафил) в дозировке 5 мг. В четвертую группу входили пациенты с билатеральной НСРАП, принимавших иФДЭ-5 в дозировке 5 мг. Результат оценивался с помощью результатов опросника МИЭФ-5. В первой группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 29 пациентов из 65, а через 3 месяца – у 47 из 65. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 57 больных из 65. Во второй группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оператив-

ного вмешательства наблюдалось у 49 пациентов из 83, а через 3 месяца — у 62 из 83. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 74 больных из 83 (с 3 пациентами связь была утрачена). В третьей группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 70 пациентов из 110, а через 3 месяца – у 92 из 110. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 104 больных из 110. В четвертой группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 139 пациентов из 179, а через 3 месяца – у 158 из 179. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 170 больных из 179 (с 5 пациентами связь была утрачена).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным нашего исследования, применение иФДЭ-5 (тадалафила) в дозировке 5 мг 1 раз в сутки способствует скорейшему улучшению эректильной функции у пациентов после проведения билатеральной НСРАП по сравнению с группой пациентов с моностеральной НСРАП и группой пациентов, принимавших плацебо. Ежедневное применение иФДЭ-5 (тадалафила) с билатеральной НСРАП приводит к лучшим показателям эректильной функции по прошествии 1, 3 и 6 мес. после операции по сравнению с плацебо, обеспечивая более быстрое восстановление эректильной функции. Тем не менее по прошествии периода наблюдения продолжительностью более одного года выраженных различий между группами пациентов, получавших иФДЭ-5 (тадалафил) ежедневно и получающих плацебо, отмечено не было. У 98% пациентов эректильная функция восстановлена. Проведенный анализ показал значимую роль в оценке качества жизни пациентов после робот-ассистированной радикальной нервосберегающей простатэктомии и значимую роль приема иФДЭ-5 (тадалафила) после данных операций.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение

Рубрика: Лечение рака предстательной железы.

**САЛЬВАЖНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ
ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ
ПРИ ЛОКАЛЬНОМ РЕЦИДИВЕ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

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

*ФГБУ «Российский научный центр
рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

брахитерапия, рак предстательной железы, спасительная терапия, сальважная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования спасительной внутритканевой лучевой терапии при рецидивах рака предстательной железы (РПЖ) начаты в конце XX в. В последнее время все большее внимание уделяется брахитерапии высокой мощности дозы (HDR-ВТ) в качестве метода достижения локального контроля над опухолью. *Цель исследования:* первичный анализ лечения больных раком предстательной железы, которым была проведена HDR-ВТ по поводу подтвержденного локального рецидива после различных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование одноцентровое, проспективное, неконтролируемое. В исследование вошли 48 пациентов в возрасте от 53 до 78 лет (средний возраст – 66 лет) с гистологически подтвержденным локальным рецидивом РПЖ. В период с 2015 по 2017 г. в Центре рентгенорадиологии г. Москвы всем пациентам проведена спасительная HDR-ВТ. Брахитерапия проводилась в виде двух фракций с разовой очаговой дозой 12,5 гр. с двухнедельным перерывом между фракциями, суммарной очаговой дозой 25 гр. Срок наблюдения – от 9 до 36 мес. Исследование одобрено комитетом по этике в ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ. Информированное согласие получено от всех пациентов.

У 11 больных рецидив был выявлен после дистанционной радиотерапии (EBRT), 8 больных после сочетанной радиотерапии с применением источника Ir-192/I-125 (HDR 12 Gy/LDR 110 Gy + HBRT 46 Gy), 13 пациентов – после брахитерапии источниками I-125 в монорежиме (LDR),

15 пациентов – после радикальной простатэктомии (RP), 1 пациент – после Ni-Fu. Время от проведенного основного лечения до появления рецидива составило от 6 до 72 мес. (в среднем 30 мес.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая ПСА специфическая выживаемость (BFSR) составила 68,7%. У 33 больных из 48 достигнут биохимический контроль опухоли. У 15 больных при динамическом наблюдении отмечался рост ПСА. При обследовании по данным ПЭТ-КТ с Ga+PSMA в 9 случаях рецидива отмечены метастазы в лимфоузлах и костях скелета. В 6 случаях подтвержден локальный рецидив опухоли. Значимыми факторами развития прогрессирования после сальважной брахитерапии явились: группа риска, максимальный уровень ПСА до лечения, время до развития биохимического рецидива после основного вида лечения и максимальный уровень ПСА при развитии рецидива РПЖ после основного вида лечения.

Гастроинтерстициальные (ГИ) токсические реакции были незначительными. У 2 пациентов после LDR-ВТ отмечены поздние генитоуринарные (ГУ) токсические реакции 3 степени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

HDR-ВТ показала себя как высокоэффективный метод достижения локального контроля над опухолью у пациентов с локальным рецидивом РПЖ. Низкий профиль ГИ и ГУ токсичности выделяет HDR-ВТ среди прочих методов сальважной терапии РПЖ. Наиболее частое развитие прогрессирования отмечено у пациентов с клинической стадией заболевания T3b и низкодифференцированным раком. Надо отметить, что особое внимание необходимо уделять пациентам с локальным рецидивом РПЖ после LDR-ВТ. У этих пациентов риски развития ГУ токсических реакций значительно выше.

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Эндовидеохирургическое лечение рака предстательной железы. Оценка результатов

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Е.В. Шпоть¹, Я.Н. Чернов¹, Д.В. Чиненов¹,
А.А. Ковалевский², А.Ю. Вотяков¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Простаэктомия, эндовидеохирургия, робот-ассистированная простатэктомия, рак предстательной железы, ICIQ-SF, IIEF-5.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из самых актуальных и сложных проблем онкоурологии на данный момент остается рак предстательной железы (РПЖ). Лидирующие позиции в аспектах этого лечения занимают онкологические результаты и высокое качество жизни пациентов. *Цель исследования:* сравнение онкологических, функциональных результатов у пациентов с локализованным раком простаты, в зависимости от техники проведения и эндовидеохирургического доступа радикальной простатэктомии (РПЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 2,5 тыс. пациентов с локализованным РПЖ. Всем пациентам была выполнена РПЭ одним хирургом при помощи различных хирургических доступов: лапароскопический трансперитонеальный (ТППЭ) – 960 пациентов, робот-ассистированный (РАПЭ) – 863, экстраперитонеальный (ЭППЭ) – 677. Исходя из этого, пациенты были разделены на три группы. Также была выделена подгруппа с нервосбережением (НС), в нее вошли 1030 (ТППЭ – 324, РАПЭ – 548, ЭППЭ – 158) пациентов. Онкологические результаты оценивались на основании по-

слеоперационного уровня ПСА. Функциональное состояние оценивалось, согласно опросникам: IIEF-5, ICIQ-SF, DRIP-тест, а также 24-h pad-test.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе НС (ТППЭ и РАПЭ доступ) время операции составило (175,0 (130,0–220,0) против 165,0 (125,0–205,0) мин.; $p=0,07$), объема кровопотери (200,0 (100,0–300,0) против 200,0 (150,0–400,0) мл; $p=0,09$). Согласно тесту ICIQ-SF, через 24, 36, 48, 60 месяцев (у пациентов после 24 месяцев наблюдалась положительная динамика инконтиненции, далее динамика была несущественной) после НС операции средний балл составил: при ТППЭ – 8 (8,5; 15,5), при ЭППЭ – 5,0 (3,4; 10,0) и после РАПЭ 1,8 (1; 5,0), что соответствует средней и легкой степени инконтиненции. Полное удержание (0 прокладок) через 12 месяцев достигнуто у 75% пациентов в группе НС РАПЭ, 63% – в группе НС ЭППЭ, 82% – в группе НС ТППЭ. Полное удержание мочи (0 прокладок) без НС составило: в группе РАПЭ – 70,1%, ЭППЭ – 59%, ТППЭ – 61%. Степень выраженности эректильной функции (ЭФ) оценена по шкале IIEF-5. У пациентов после НС РПЭ ЭФ была выше, чем в группе без НС РПЭ (7,5 (0,8–19,0) против (5,0 (0–10,0) баллов; $p=0,325$): 92,2% vs 72,2% ($p<0,001$). Процент биохимического рецидива в группе РАПЭ составил 10,5%, в ЭППЭ – 9%, в ТЛПР – 13% ($p=0,986$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование нервосберегающей техники при РАПЭ показали наилучшие функциональные результаты. При этом функциональные результаты при ТППЭ и ЭППЭ статистически не различались. Онкологические результаты во всех группах также статистически не различались. Можно сделать вывод, что при низком онкологическом риске РПЖ для улучшения качества жизни пациентов методом выбора может являться НС РАПЭ. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

КОНТРОЛЬ КONTИНЕНЦИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИК ТАЗОВОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ

М.Б. Чибичян, М.И. Коган, И.И. Белоусов,
А.В. Аветян

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» МЗ РФ, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Радикальная простатэктомия, недержание мочи, реконструкция фасциальных пространств таза.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи (НМ) остается значимой проблемой у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ) при раке предстательной железы (РПЖ). Развитие робототехники привело к увеличению доли робот-ассистированной хирургии в лечении РПЖ. *Цель исследования:* оценить функцию удержания мочи при различных техниках РПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 652 пациента с верифицированным (биопсия) РПЖ $cT_{1a-2c}N_xM_0$ стадий, подвергнутые ненервосберегающей РПЭ и разделенные на группы соответственно методу хирургии. 1 группа – позадилонная (П) РПЭ (n=90, Me: возраст – 62,5 года, ПСА – 9,6 нг/мл); 2 группа – экстраперитонеоскопическая (Э) РПЭ с восстановлением фасции Denonvilliers (n=20, Me: возраст – 64,5 года, ПСА – 8,7 нг/мл); 3 группа – Э-РПЭ с восстановлением фасции Denonvilliers и фиксацией мочевого пузыря к внутритазовой фасции (n=20, Me: возраст – 62 года, ПСА – 9,7 нг/мл). Послеоперационную континентность оценивали общепринятыми параметрами: полное удержание мочи – максимум одна прокладка; частичное удержание мочи – не более двух прокладок, полное недержание мочи – более трех прокладок. В группах оценивали степень НМ на двух временных интервалах: 1 и 12

месяцев после РПЭ. Статистическую обработку осуществляли с использованием программы Statistica 10 (StatSoft Inc., США) с использованием непараметрических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные по функции удержания после РПЭ представлена в таблице.

Таблица

Степень недержания мочи	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Временной интервал оценки НМ, %		Временной интервал оценки НМ, %		Временной интервал оценки НМ, %	
	1 мес.	12 мес.	1 мес.	12 мес.	1 мес.	12 мес.
Полное удержание мочи	20,0	22,2	15,0	40,0	30,0	90,0
Частичное удержание мочи	18,9	46,7	25,0	40,0	40,0	5,0
Полное недержание мочи	61,1	31,1	60,0	20,0	30,0	5,0

Через месяц после РПЭ различий по степени НМ в группах нет (p=0,12). Нет различий в параметре и к 12 месяцу наблюдения в группах 1 и 2 (p=0,24). Лучшее удержание к 12 месяцу после РПЭ показали пациенты 3-й группы (p<0,007), при этом исследуемый параметр к этому сроку улучшается для всех трех групп в сравнении с 1 месяцем (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экстраперитонеоскопическая радикальная простатэктомия с восстановлением фасции Denonvilliers и фиксацией мочевого пузыря к внутритазовой фасции позволяет достичь лучшей континентности к 12 месяцам после операции. При этом позадилонная радикальная простатэктомия остается надежным инструментом в хирургии локального рака простаты, обеспечивая при этом удовлетворительную континентность у 70% пациентов в отдаленном периоде

после вмешательства.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Лечение

Рубрика: Результаты лечения локализованного рака простаты малоинвазивными методами

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Д.В. Чиненов, Е.В. Шпоть, Х.М. Исмаилов,
А.В. Проскура, Я.Н. Чернов, Г.Е. Крупинов,
А.В. Амосов, Л.М. Рапопорт

*Клиника урологии им. Р.М. Фронштейна
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский университет)*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

брахитерапия, криоабляция, ВИФУ-терапия, рак простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы увеличилось количество мужчин, у которых диагностируют рак предстательной железы (РПЖ). Основным хирургическим методом лечения локализованного РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ). Некоторым пациентам РПЭ не подходит в связи с отягощенным соматическим статусом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Лечение РПЖ, совмещающее в себе качества РПЭ (онкологические результаты) и активного наблюдения (функциональные результаты), являются малоинвазивными методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании представлены 233 пациента с локализованным РПЖ, которым было проведено лечение малоинвазивными методами: криоабляция (n=53), брахитерапия (n=52), ВИФУ-терапия (n=55), робот-ассистированная радикальная простатэктомия с нервосбережением (РАРП) (n=73). В качестве оценки онкологического результата использовали показатели общего простатического специфического антигена всех пациентов и результаты повторных трансректальных биопсий предстательной железы после малоинвазивных методов лечения. Оценка функциональных показателей и показателей

качества жизни проводилась с использованием опросников МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции), IPSS (International Prostate Symptom Score), QoL (Quality of Life), а также анализа показателя Q_{max} (максимальная скорость мочеиспускания).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота биохимического рецидива, согласно критериям Phoenix, у пациентов после криоабляции, низкодозной брахитерапии и ВИФУ-терапии составила 20,8; 7,7 и 16,4% соответственно. Биохимический рецидив в группе РАРП, согласно пороговому значению 0,2 нг/мл, составил 4,1%. По данным гистологического заключения контрольной биопсии простаты значимых различий частоты рецидива в группах не выявлено ($p=0,8609$) (криоабляция – 9,1%, брахитерапия – 11,5%, ВИФУ – 12,7%). После криотерапии, брахитерапии и ВИФУ отмечено снижение суммы баллов по шкале симптомов нижних мочевых путей при наблюдении до 36 месяцев. После брахитерапии и ВИФУ отмечено сопоставимое снижение суммы баллов по шкале МИЭФ-5. После криотерапии снижение суммы баллов по шкале МИЭФ-5 было статистически более значимым по сравнению с пациентами после брахитерапии и ВИФУ ($p<0,5$). Значимых различий изменения скорости мочеиспускания после криотерапии, брахитерапии и ВИФУ не выявлено ($p>0,5$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Малоинвазивные методы лечения локализованного рака простаты (криоабляция, брахитерапия, ВИФУ) показаны пациентам со стадией опухолевого процесса cT1-T2a, ПСА \leq 10 нг/мл, Глисон 6 с учетом безрецидивного течения заболевания. Онкологические и функциональные результаты при различных стадиях не имеют значимых различий и сопоставимы с РАРП ($p<0,5$). Биохимический рецидив после криоабляции, низкодозной брахитерапии (I-125) и ВИФУ терапии возник только при стадии заболевания pT2b – T2c, что сопоставимо с результатами РАРП. В группе криоабляции отмечено статистически значимое снижение МИЭФ-5, показатели эректильной функции были сопоставимы между группами пациентов после брахитерапии и ВИФУ-терапии. Значимых различий изменения скорости мочеиспускания после криотерапии, брахитерапии и ВИФУ не выявлено.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты, лечение
Рубрика: Осложнения оперативного лечения рака предстательной железы

КАЛЬКУЛЯТОР РИСКА ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.М. Шведов¹, К.Б. Колонтарев¹,
А.А. Витославский¹, Д.Ю. Пушкарь¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

робот-ассистированная простатэктомия, недержание мочи, калькулятор.

ВВЕДЕНИЕ

Радикальная робот-ассистированная простатэктомия является «золотым стандартом» лечения локализованных форм рака предстательной железы. Частым осложнением после таких операций является недержание мочи, возникновение которого существенно снижает качество жизни пациентов. Для врача и пациента важно оценить риски возникновения инконтиненции еще до проведения операции и при необходимости выбрать иной метод лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели когортное проспективное исследование, включавшее 127 пациентов, перенесших радикальную робот-ассистированную простатэктомию. Выявлены факторы риска возникновения недержания мочи, на основании чего с использованием логистической регрессии получен онлайн-калькулятор вероятности появления недержания мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем постоперационном периоде недержание мочи отмечало 88 (70,3%) пациентов, однако к 12 месяцу наблюдения это число сократилось до 14 (11%). 70 (79,5%) пациентов отмечали существенное снижение качества жизни после операции. Возраст, индекс массы тела, длина

мембранозной уретры, размер мышцы, поднимающей задний проход, наличие в анамнезе операций на предстательной железе и симптомы гиперактивного мочевого пузыря являются predisposing факторами риска развития недержания мочи. Используя метод логистической регрессии проведен анализ данных, полученных в конкретном временном промежутке, после чего строилось уравнение логистической регрессии. Затем на основании данных уравнений создан онлайн-калькулятор расчета вероятности недержания мочи на 7-е сутки, 1, 3, 6, 12 месяцы после удаления уретрального катетера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на развитие хирургических техник, лучшего понимания анатомии недержания мочи после перенесенной робот-ассистированной простатэктомии является частым осложнением. Негативное влияние недержания мочи на качество жизни очевидно. Выявление факторов риска и возможность рассчитать вероятность возникновения недержания мочи поможет выбрать оптимальный выбор метода лечения пациентов. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: МКБ, диагностика и хирургия

ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO

О.О. Абдукаримов, О.И. Косимов,
Ф.А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, Ф.Н. Рахимова,
Я.С. Наджимитдинов

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Ташкент, Узбекистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни мочеточника, дети, трансуретральная литотрипсия, послеоперационные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансуретральная уретеролитотрипсия (ТУУЛТ) является эффективным методом при лечении пациентов детского возраста с камнями мочеточника, однако вмешательство может сопровождаться осложнениями. *Цель исследования:* оценить безопасность применения ТУУЛТ с использованием адаптированной классификации осложнений Clavien-Dindo и определить эффективность вмешательства у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное изучение результатов ТУУЛТ выполненной у 56 детей с камнями мочеточника за период с января 2020 г. по декабрь 202 г. Средний возраст пациентов составил $13,9 \pm 1,6$ года. Камни были расположены в дистальном отделе мочеточника у 26 (46,4%) детей, в среднем – располагались в 20 (35,7%) случаях и у 10 (17,9) пациентов были в проксимальном отделе. Средний размер конкрементов составил $10,3 \pm 0,4$ мм. Уретеролитотрипсию осуществляли с помощью ригидного уретероскопа 8 Ch. Статистическая обработка материала произведена с помощью программы StatSoft Statistica 8.0, с использованием критерия Стьюдента и Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Stone free было у 55 (98,2%) детей после одного сеанса ТУУЛТ, при этом у пациентов с камнями, расположенными в среднем и дистальном отделе мочеточника, показатель этот составил в 100%. Общий показатель осложнений был 35,7%. Гипертермия была у 5 (8,9%) детей без лабораторных признаков обострения инфекции мочевого тракта (категория I). Клинико-лабораторное обострение пиелонефрита, которое сопровождалось повышением температуры тела более 38°C на протяжении 24 часов после ТУУЛТ наблюдали в 7 (12,5%) случаях (категория II). У одного (1,8%) ребенка обострение инфекции мочевого тракта привело к сепсису (категория IVb). Причиной явилось нарушение функции нефростомического дренажа из-за его транспозиции на фоне инфекции мочевого тракта (ИМТ), выполнена его замена. При наличии гематурии продолжающейся в течение более трех дней в трех (5,4%) случаях была проведена инфузионная терапия. Миграция камня из проксимального отдела мочеточника в полости почки была в одном случае (категория IIIb), конкремент был удален с помо-

щью нефроскопии. Длительность пребывания в стационаре в группе пациентов с осложнениями была больше по сравнению с теми, у которых послеоперационный период не выходил за рамки принятого в клинике стандарта (соответственно, $3,4 \pm 0,2$ и $5,6 \pm 0,4$ дня, $p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТУУЛТ – эффективный и безопасный метод при лечении детей с камнями мочеточника, как правило, возникающие осложнения (категория I, II, III) можно легко устранить, и они не оказывают существенного влияния на качество жизни детей. Использование классификации Clavien-Dindo для оценки послеоперационных осложнений у детей позволяет объективно сравнить результаты уретеролитотрипсии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Гипоспадия

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Н.Р. Акрамов^{1,2,3}, Э.И. Хаертдинов^{1,2},
Д.Э. Цыплаков⁴

¹ ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань, Россия

² Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии, КГМА – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Казань, Россия

³ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань, Россия

⁴ Кафедра общей патологии, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипоспадия, уретральная площадка, гистология, иммуногистохимия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время сформировалась стойкая тенденция к сохранению уретральной площадки при коррекции гипоспадии, как ткани макси-

мально схожей с нормальной уретрой. Однако до сих пор мало публикаций о детальном клеточном составе и наличии патоморфологических изменений, а также не оценены риски ее использования. *Цель исследования:* провести гистологическое исследование уретральной площадки для определения морфологических изменений и целесообразности ее применения при коррекции дистальных форм гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 22 пациентов с дистальной гипоспадией при проведении коррекции с использованием методики перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиозной пластикой иссекалась уретральная площадка выше дистопированного метатуса и направлялась на патогистологическое исследование. Полученные препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизону и по Маллори. Для детального изучения морфологических структур проведено иммуногистохимическое исследование с использованием первичных антител: пан-цитокератины (эпителиальные клетки), CD 31 (эндотелий сосудов), коллаген IV (базальные мембраны), виментин (фибробласты) и десмин (мышечная ткань).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 6 (27,3%) случаях уретральная площадка имела сходную гистологическую структуру с губчатой частью нормальной уретры, и в ней не выявлены выраженные патоморфологические изменения. Однако в остальных 16 (72,7%) случаях в уретральной площадке определены 23 морфологических изменения, отличающие ее от нормальной уретры. Данные изменения чаще были локального характера и единичны, а в некоторых случаях отмечались по всей структуре гистологического материала. Так, в 11 (50%) случаях эпителиальная выстилка уретральной площадки имела неравномерную толщину. На отдельных участках обнаружен не только многослойный плоский эпителий, но и однослойный однорядный, состоящий из цилиндрических или кубических клеток. В 6 (27,3%) случаях обнаружены признаки микроциркуляторных расстройств с выявленным венозным полнокровием и периваскулярным отеком. Определяется набухание эндотелия иногда с десквамацией его в просвет сосудов с утолщением и фрагментацией базальной мембраны. В 3 (13,6%) случаях выявлены воспалительные изменения с лимфогистиоци-

тарной инфильтрацией тканей и участками отложения фибрина. В 3 (13,6%) случаях выявлены склеротические изменения в различных гистологических структурах уретральной площадки с обнаружением в них плотной грубоволокнистой соединительной ткани и коллагена IV типа, который в норме определяется только в базальных мембранах эпителия и кровеносных сосудов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Незамкнутая уретральная площадка и губчатая часть нормальной уретры имеют во многом сходное гистологическое строение. В то же время при гипоспадии в 72,7% случаях в уретральной площадке определяются патоморфологические изменения: нарушение строения эпителиальной выстилки, склеротические процессы, микроциркуляторные расстройства и воспалительная клеточная инфильтрация. Наличие подобных изменений необходимо учитывать при выборе методики коррекции дистальных форм гипоспадии, поскольку они могут негативно отразиться на результатах хирургической коррекции гипоспадии с использованием уретральной площадки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Нарушение формирования пола

ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Н.Р. Акрамов^{1,2}, А.К. Закиров^{1,2,3},
А.И. Галлямова^{1,3}

¹Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

²ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Минздрава РТ, Казань, Россия

³ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нарушение формирования пола, дисгенезия гонад, гонадэктомия, лапароскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нарушение формирования пола (НФП) является редким состоянием, встречающимся у новорожденных приблизительно с частотой 1:4500 и характеризуются половым диморфизмом. Несмотря на редкую встречаемость, они часто таят в себе угрозу риска малигнизации. Ввиду высокого риска развития опухолей рекомендуется определить хирургическую тактику до начала полового созревания. В связи с этим вопрос об использовании лапароскопических технологий при заболеваниях репродуктивной системы является актуальным. *Цель исследования:* определить возможности единого лапароскопического доступа (ЕЛД) в лечении пациентов с НФП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ лечения 16 пациентов с различными формами НФП (синдром нечувствительности к андрогенам, синдром овотестикулярной дисгенезии гонад). Было проанализировано 11 случаев хирургического лечения пациентов от 2 до 17 лет с применением методики ЕЛД. В группу сравнения вошли 5 пациентов с НФП, оперированных лапароскопически с применением трехтраокарного способа. Показания к орхэктомии были выставлены на основе данных результатов обследования, диагноза, предстоящей генитопластики и необходимости заместительной гормональной терапии. Коррекция пола обсуждалась мультидисциплинарной командой совместно с родителями. Хирургическому вмешательству предшествовала цистоскопия для уточнения анатомии и выявления аномалий мочеполовой системы, признаков полового диморфизма. Извлечение удаленных гонад при ЕЛД проводился через рану пупочной области без расширения, а при трехтраокарном способе через рану пупочной области после расширения. Все удаленные гонады направлялись на патогистологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе длительность хирургического вмешательства по методике ЕЛД при двусторонней орхэктомии составила 12,8+/-6,2 мин. При трехтраокарном доступе двусторонняя гонадэктомия у 5 пациентов заняла в среднем 19,5+/-8,4 минут. Косметический результат оценивался по критериям послеоперационного рубца на видимой части передней брюшной стенки. При ЕЛД методике послеоперационный рубец был

скрыт в пупочной складке. При трехтраокарной методике средняя суммарная длина видимого рубца передней брюшной стенки составил 14,8+/-1,5 мм. По результатам гистологического исследования у 6 детей (старше 14 лет) с синдромом нечувствительности к андрогенам выявлена опухолевая трансформация клеток. Остальные 5 пациентов имели диспластические изменения в строение гонад (стрик гонада – 2, яичко – 1, мозаицизм – 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при использовании хирургии единого доступа не требуется установка дополнительных троакаров, уменьшается травматичность и продолжительность операции, что обеспечивает отличный косметический результат, а послеоперационный период сопровождается ранней реабилитацией пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Детская урология

Рубрика: Мочекаменная болезнь.

Классификация камней почки

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ФОРМУЛЕ ОЦЕНКИ РАЗМЕРА КАМНЯ (ФОРК) ПОЧКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, Д.А. Галицкая, А.Б. Вардак, Д.В. Марухненко, Г.В. Лагутин, Д.К. Алиев

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, камни почки, перкутанная нефролитолотаксия, классификация камней почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одним из основных показаний к выбору метода лечения МКБ у детей является размер камня. В клинических рекомендациях при определении тактики используют показатели размеров камня почки взрослых пациентов – 2 см. Однако в норме продольный размер почки ребенка 1–3 лет в 2 раза меньше, чем у взрослого человека, а ширина мочеточника на 37% меньше ширины моче-

точника взрослого. Таким образом, размер камня почки у детей разных возрастных групп как критерий выбора эффективного и безопасного метода хирургического лечения требует уточнения. *Цель исследования:* разработать метод классификации камней почек у детей разных возрастных групп.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно и проспективно проанализированы 320 пациентов, которым в 2008–2019 гг. была выполнена перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ): средний возраст – 6,6 года (1–17 лет); средний размер камня – 26 мм (15–58 мм); средняя длина почки – 77 мм (62–112 мм). Распределение пациентов в разных возрастных группах составило: младшей возрастной группы 1–2 года – 73; дети дошкольного возраста 3–5 лет – 71; школьники 6–11 лет – 79; подростки 12–18 лет – 107. Средний вес ребенка – 21 кг (8–94 кг), средний рост – 120 см (73–180 см).

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью математического анализа разработали формулу оценки размера камня почки (ФОРК) у детей разного возраста. ФОРК=размер камня (мм)/продольный размер почки (мм) × 100%. Определение «крупный конкремент» используют в том случае, если размер камня составляет 20% и более от продольного размера почки у детей, «средний» размер камня – 10–20% (серая зона 18,7–20%), «мелкий» – менее 10%.

Таблица. Пример интерпретации расчета ФОРК у детей разных возрастных групп для камня единого максимального размера

Возраст	1 год	5 лет	17 лет
Продольный размер почки, мм	63	82	110
Максимальный размер камня, мм	13		
ФОРК, %	20,63	15,8	11,8
Классификация камня	Крупный	Средний	Средний – мелкий

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Впервые разработан метод классификации камней почек у детей разных возрастных групп. Стандартизирован критерий, характеризующий

«крупный» камень почки у детей. ФОРК может быть использован при разработке рекомендаций и номограмм выбора метода лечения МКБ у детей разных возрастных групп.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

УРЕТРОПЛАСТИКА STAC ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ: НАШИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Р.Т. Батрутдинов¹, З.Б. Абдуллаев²,
С.Т. Агзамходжаев²

¹Отделение детской урологии, Клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург, Россия

²Отделение урологии, Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипоспадия, уретропластика, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить краткосрочные/отдаленные результаты многоэтапной уретропластики STAC (straighten and close) при сложных проксимальных формах гипоспадии.

Выбор оптимального метода хирургического лечения проксимальной гипоспадии до сих пор остается спорным. В случаях выраженного вентрального искривления пениса и дефицита кожи удлинение/выпрямление полового члена и создание уретры остаются крайне сложной задачей для хирургов. Не так давно предложенная идея трехэтапной коррекции проксимальной гипоспадии представляется перспективной и надежной процедурой. Ниже мы представляем наш предварительный опыт применения этапной уретропластики STAC при первичной проксимальной гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мультицентровое ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в период с декабря 2020 г. по август 2022 г. В исследова-

ние включены 20 мальчиков (средний возраст – 8 ± 2 месяца) с проксимальной гипоспадией. Всем пациентам выполнена этапная уретропластика STAC. Критериями включения являлись: выраженное вентральное искривление пениса более $40\text{--}90$ град., дефицит пенильной кожи и члено-мошоночная транспозиция. В среднем вентральное искривление пениса составило 60 ± 34 град. Всем детям выполнена коррекция искривления за счет 3 корпоротомий (вентральное удлинение) с закрытием дефектов белочной оболочки лоскутами мясистой оболочки. Ни в одном случае не потребовалась дорзальная пликация оболочки. На втором этапе при тесте искусственной эрекции вентральное искривление более 5 град. не было выявлено ни у одного пациента. На втором этапе (первый этап уретропластики Bracka) всем пациентам было выполнено замещение дефицита уретры слизистой с нижней губы или графтом препуция. Третий этап был завершен уретропластикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первый этап операции прошел успешно у всех пациентов. В период наблюдения (средний – 8 ± 4 месяца) незначительная контрактура трансплантата наблюдалась только у 4 (20%) пациентов на втором этапе. Интервал между этапами составил не менее 6 месяцев. Третий этап был завершен у 10 (50%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде ни у одного пациента не было таких осложнений, как стеноз уретры/меатостеноз, свищ, стриктура или расхождение головки. У всех пациентов отмечалось расположение меатуса уретры на вершине головки полового члена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многоэтапная заместительная уретропластика STAC позволяет достичь хороших предварительных результатов, как функциональных, так и косметических. Необходимо более длительное наблюдение за этими пациентами, особенно в отношении результатов коррекции искривления пениса методом «вентральных корпоротомий».

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: МКБ, диагностика и хирургия
Рубрика: Эндоскопическое лечение МКБ у детей

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

А.Ш. Бобоев, А.А. Умиров, А.А. Абдуризаев, А.Р. Ачилов

Частный медицинский центр «Dr. BOBOEV HEALTH CENTER», Кутаб, Узбекистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, дети, эндоскопическое лечение, стационар краткосрочного пребывания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота встречаемости мочекаменной болезни (МКБ) у детей растет с каждым годом. Лечение МКБ у детей – одна из сложных задач в урологии. Внедрение новых технологий и передовых методов привели к существенным изменениям в хирургическом лечении мочекаменной болезни у детей. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность эндоурологических операций в условиях стационара краткосрочного пребывания при лечении уролитиаза у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерии отбора детей для лечения в условиях стационара краткосрочного пребывания: наличие необходимых социально-бытовых условий в семье, родители ребенка должны быть в состоянии понять инструкции по распознаванию осложнений, которые могут потребовать возвращения в больницу и по уходу за ребенком и дренажом в послеоперационном периоде; ребенок должен быть без сопутствующей тяжелой патологии, во время и после операции не должно наблюдаться выраженного кровотечения; операция должна заканчиваться установкой не более 2 дренажей; в послеоперационном периоде пациент должен быть гемодинамически стабильным, без атак пиелонефрита, с гематокритом >30 , контролируемой болью.

После выписки продолжался врачебный контроль по телефону до удаления дренажа с ведением записей в истории болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В условиях стационара краткосрочного пребы-

вания в период с 2018 по 2021 г. прооперированы 383 ребенка с уролитиазом. Возраст оперированных детей – от 29 дней до 18 лет. Из них 123 (32,1%) – дети младше 3 лет. У 128 (33,42%) больных детей выявлены камни почек: в лоханке – 62, в чашечках – 27, коралловидные – 39, у 234 (61,1%) – камни мочеточника и у 21 (5,48%) – камни мочевого пузыря. Размеры конкрементов варьировались от 3 до 38 мм.

Были выполнены следующие виды операций: мини-перкутанная нефролитотрипсия (15–18 Fr) – 138 (36,03%); ригидная уретеролитотрипсия (4,5–7,5 Fr) – 176 (45,95%); ригидная ретроградная нефролитотрипсия (4,5–7,5 Fr) – 21 (5,48%); стандартная перкутанная нефролитотрипсия (24–26 Fr) – 17 (4,45%); ретроградная гибкая нефролитотрипсия (RIRS 9 Fr) – 10 (2,61%); трансуретральная цистолитотрипсия (4,5–12 Fr) – 21 (5,48%). Фрагментация камней производилась при помощи гольмиевого лазера.

Продолжительность операций колебалась от 40 до 90 мин. Stone free после однократной мини-ПНЛТ и sПНЛТ достигнуто у 97%, после URS – у 98%, после цистолитотрипсии – у 100% пациентов. Дренирование почек производилось нефростомическим дренажом или при помощи double J стента (3–5 Fr). При выполнении ПНЛТ стент и нефростому удаляли через 5–7 дней.

В послеоперационном периоде у 24 (6,3%) детей наблюдались атаки пиелонефрита, потребовавшие продления пребывания в стационаре. Кровапотери, требующей переливания крови, сепсиса, повреждения соседних органов и потери почек не наблюдалось.

Средняя продолжительность госпитализации составила $1,5 \pm 0,3$ сут.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Удаление камней из мочевых путей у детей эндоскопическими методами в условиях стационара краткосрочного пребывания является эффективным и безопасным. Помимо опыта хирурга в данном случае требуется правильный подбор пациентов и продолжение дистанционного наблюдения со стороны врача после выписки пациента до удаления дренажей. Обязательно использование инструментов соответствующего размера, а для фрагментации камней – гольмиевого лазера.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Гидронефроз. Хирургическое лечение

ВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

В.В. Бурханов, И.Б. Осипов, Н.С. Солонина, Л.А. Алексеева, Д.Е. Красильников, Д.А. Лебедев, А.И. Осипов

Кафедра урологии ФГБОУ ВО «СПбГПМУ», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидронефроз, дети.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

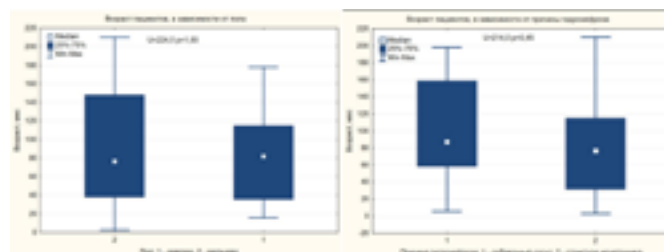
Гидронефроз встречается у 1:1500 новорожденных. *Цель исследования:* оценить возрастные аспекты при гидронефрозе у детей в зависимости от пола и причины гидронефроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологической клинике СПбГПМУ ретроспективно проанализировано 45 историй болезни пациентов, которым проводилась лапароскопическая пиелопластика по Хайнс-Андерсону. 13 пациентов – девочки, 32 – мальчики, в возрасте $Me = 80$ [38; 127]. У всех детей стандартизировано обследование, подтверждающее наличие органической обструкции – УЗИ, внутривенная урография, реносцинтиграфия с МАГ-3/ДТПА и диуретической пробой (введение диуретика на 20-й минуте исследования).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рисунок. Распределение по половой принадлежности и причинам гидронефроза в зависимости от возраста детей.



При оценке полученных результатов статистически значимой разницы в возрасте, в зависимости от пола и причин гидронефроза не получено. Несколько чаще среди пациентов младшего возраста наблюдались врожденные стриктуры, а добавочный сосуд встречался незначительно чаще

у детей старшего возраста.

Результаты оперативного лечения оценивались через год по данным внутривенной урографии и реносцинтиграфии, они были положительными (проходимость мочеточника в области анастомоза, отсутствие признаков обструкции по ренограммам) у всех пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными причинами гидронефротической трансформации у детей, которые подвергались оперативному лечению, были стриктура верхней трети мочеточника и нижнеполярный добавочный сосуд. Статистически значимой разницы в возрасте детей с различными причинами гидронефроза не выявлено, также не отмечено связи возраста детей к моменту лечения и их половой принадлежности.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое

УСПЕШНОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ У ДВУХ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

А.С. Врублевский¹, С.Г. Врублевский^{1,2},
Е.Н. Врублевская^{1,2}, А.А. Оганисян¹,
Р.Ю. Валиев¹

¹ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» ДЗМ, Москва, Россия

²Кафедра детской хирургии, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, замещение мочеточника, кондуит из аппендикса, травма мочеточника, детская урология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частичное или полное замещение мочеточни-

ка в детской популяции требуется крайне редко. Мы представляем наш опыт использования аппендикса для восстановления проходимости мочеточника. *Цель исследования:* оценить результаты устранения протяженной стриктуры правого мочеточника с использованием червеобразного отростка у двух детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ историй болезни двух детей, которым в нашей клинике в 2020 и 2023 г. была выполнена реконструкция мочеточника с использованием аппендикса в качестве кондукта. В обоих случаях операция была выполнена с применением лапароскопического доступа.

Клинический случай № 1: Девочка, 12 лет. Стриктура средней и нижней трети мочеточника возникла после контактной литотрипсии конкрементов правого мочеточника. Предполагаемая протяженность стриктуры, по данным обследования, составила 7 см. Первоначально выполнено наложение уретероцистоанастомоза с резекцией стенозированного участка мочеточника по методике psoas-hitch. После операции уродинамика верхних мочевых путей не восстановилась. По результатам контрольного обследования выявлена вторая непротяженная зона нарушения проходимости мочеточника на уровне подвздошных сосудов. Выполнялось бужирование и стентирование мочеточника, положительного эффекта не отмечено.

Клинический случай № 2: Девочка, 8 лет. В результате аварии и ременной травмы произошел отрыв правого мочеточника в области пиелоуретерального сегмента. Мочевой затек был диагностирован на 3-и сутки после травмы. Попытка стентирования с последующей ревизией забрюшинного пространства не позволили восстановить проходимость мочеточника. Предполагаемый диастаз между лоханкой и проксимальным отделом мочеточника составлял 3 см.

Оценка протяженности дефекта проводилась на основании одномоментного анте- и ретроградного контрастирования верхних мочевых путей. Основным методом исследования во время наблюдения являлось УЗИ с доплерографией. До и после операции проводилась оценка функции почек по данным статической нефросцинтиграфии. Для оценки анатомического пространственного состояния и проходимости мочевых путей после операции выполнялась КТ

с внутривенным контрастированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операций составила 320 и 520 мин. Протяженность дефекта интраоперационно в обоих случаях оказалась больше предполагаемой. Кровопотеря не превышала 30 мл. Дренирование осуществлялось по средствам нефростомы и стента. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Период катамнестического наблюдения в первом случае составил 38 месяцев, во втором – 6 месяцев. По данным контрольного обследования, полностью восстановлена уродинамика верхних мочевых путей. Инфекций мочевых путей не наблюдалось. По результатам статической нефросцинтиграфии прогрессирования нефросклероза и снижения функции почки не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Замещение мочеточника как способ лечения протяженных стриктур мочеточника при невозможности наложения анастомоза конец в конец является сложной задачей в практике детского уролога. Лапароскопический доступ является наиболее обоснованным и дает возможность выбора варианта реконструкции верхних мочевых путей во время операции. Данная группа пациентов требует длительного наблюдения с оценкой результатов лечения в отдаленном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Реконструктивная урология мочевых путей у детей

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИБРИДНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ СЕГМЕНТЕ

Е.Н. Врублевская^{1,2}, С.Г. Врублевский^{1,2},
Ф.О. Туров¹, А.С. Врублевский¹, А.А. Оганисян¹,
Р.Ю. Валиев¹, В.С. Кочкин^{1,3}, Я.А. Галкина¹,
М.М. Ханов¹, И.С. Ахметжанов¹

¹ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» ДЗ г. Москвы

²ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, кафедра детской хирургии
³ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, кафедра детской
анестезиологии и интенсивной терапии

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

врожденный мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструкция, лапароскопия, реимплантация мочеточника, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Успешный результат хирургического лечения детей с врожденным мегауретером может быть достигнут с помощью открытого, лапароскопического или везикоскопического доступа. Выбор доступа, тактики и способ лечения крайней плоти важен у детей при повторных оперативных вмешательствах. И зачастую каждый хирург выбирает свой метод и алгоритм при рецидиве врожденного мегауретера. *Цель исследования:* оценить эффективность применения гибридного доступа при лечении детей после первичных операций на пузырно-мочеточниковом сегменте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли пациенты мужского пола в возрасте от 1 года до 3 лет 10 мес., средний возраст составил 2 года 1 мес. У всех детей был рецидив обструкции на уровне уретерovesикального сегмента после ранее проведенных открытых и эндохирургических вмешательств (стеноз был в одном случае, пузырно-мочеточниковый рефлюкс высокой 5 ст. – два случая), а также пациент с единственной правой почкой, которому в период новорожденности была выполнена проксимальная обратная уретерокутанеостомия при стенозе дистального отдела мочеточника после бужирования. Всем детям была выполнена реконструктивно-пластическая операция с гибридным доступом (лапароскопическая мобилизация мочеточника, формирование уретероуретероанастомоза, открытая реимплантация по Коэну) при рецидиве врожденного мегауретера после первичной реконструктивной операции. У всех детей оценивалась длительность оперативного вмешательства. Объем кровопотери. Длительность дренирования мочевых путей. Из инструментальных методов диагностики всем детям через 6 и 12 месяцев была выполнена микционная цистография, экскреторная урография, УЗИ почек и мочевыводящих путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность оперативного вмешательства с использованием гибридного доступа на уретеро-везикальном соустье в среднем составила 3 ч 22,5 (±15) мин. Объем кровопотери во всех случаях был минимальный и не превышал 10 мл. Купирование болевого синдрома выполнялось с использованием продленной эпидуральной анестезии до 3 суток включительно. Длительность дренирования нижних мочевых путей уретральным катетером определялась окончанием гематурии и в среднем не превышала 5 дней. Сроки стационарного наблюдения составили у всех пациентов не более 7 дней.

При катамнестическом наблюдении у детей не отмечалось изменений в анализах мочи воспалительного характера.

Цистография проведена всем пациентам в сроки 8–12 мес. после радикальной реконструктивной операции в условиях стационара. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс не визуализировался ни в одном случае. По результатам УЗИ почек и м.п. через 12 месяцев после операции отмечено сокращение размеров лоханки в среднем на 47%. Стоит отметить, что у всех пациентов верхняя группа чашечек имеет максимальный размер до операции до 28 мм, после операции данная группа сократилась на 50%, до 14 мм. Во всех случаях отмечалось сокращение чашечек в среднем на 25%. Увеличение толщины паренхимы (расправление) также было отмечено у всех детей в среднем на 2,5–5 мм. Следует отметить, что мочеточник показал наиболее выраженный эффект в виде сокращения диаметра по всем цистоидам с 14/11/15 до 7/5/9 мм после операции через 12 мес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Избирательный подход к хирургическому лечению детей с рецидивом и осложнениями после реконструктивно-пластических операций является главной задачей в детской урологии. А использование гибридного доступа показало свою эффективность в раннем послеоперационном и отдаленном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЛАСТИКИ ЛМС ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ, ВЫЗВАННОМ АБЕРРАНТНЫМ СОСУДОМ, У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

И.С. Галочкин, А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова

*Урологическая клиника ФГБУ РНЦРР
Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пластика ЛМС, дети, гидронефроз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время основным способом оперативного лечения гидронефроза у детей является лапароскопическая пластика ЛМС. Обсуждаются различные варианты пиелопластики при добавочном нижнеполярном сосуде: лоскутная пиелопластика, пластика ЛМС по Хайнс-Андерсону, антевазальная пиелопластика, вазопексия. Очевидно, что у детей различного возраста в зависимости от перспектив их роста и топографических изменений забрюшинного пространства подходы к пластическим операциям должны отличаться от таковых у взрослых пациентов. *Цель исследования:* описать характеристики и оценить возможности различных вариантов оперативного лечения гидронефроза у детей, вызванного аберрантным нижнеполярным сосудом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование проведено за период 2018–2023 гг. В исследование включены 23 пациента с установленным диагнозом гидронефроз при аберрантном сосуде. Диагноз устанавливался на основании полного спец. урологического обследования, основу которого составляло: ОФЭКТ-КТ, совмещенная с ДНСГ, дополнительным контрастированием сосудов, УЗИ почек с дуплексным сканированием сосудов, что позволяло предварительно планировать варианты оперативного вмешательства, но окончательное решение принималось интраоперационно. Анализ проводился отдельно в группах в соответствии с выбранной методикой пиелопластики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Особенностями выполнения любого варианта пластики у детей при aberrантном нижнеполярном сосуде, позволяющего полноценно оценить топографо-анатомическое состояние пиелоуретрального сегмента, лоханки и сосуда, было широкое выделение лоханки по всей передней и задней поверхности с сепарированием aberrантного сосуда от ЛМС. Лоскутная пиелопластика выполнена 13 пациентам в среднем возрасте 5,9 года (1–13 лет). Средний рост – 123 см (77–168 см). Вторично оперировался 1 пациент. Конверсия потребовалась у двух пациентов. В 1/3 случаев причиной сосудистого конфликта в данной группе являлся добавочный артериальный сосуд, во второй трети – венозный, у остальных пациентов имелся конфликт с артериальным и венозным сосудом. В качестве дренирования верхних мочевых путей нефроуретеростомия выполнена 7 пациентам, 3 пациентам выполнена нефростомия с интубацией мочеточника, стентирование мочеточника выполнено 3 пациентам. Пиелопластика по Хайнс-Андерсону выполнена 5 пациентам, средний возраст – 6,4 года (3–9 лет), средний рост – 127 см (99–142 см). Все пациенты оперированы первично в данной группе. Необходимости в конверсии в данной группе не было. У 3 пациентов причиной сосудистого конфликта являлся добавочный венозный сосуд, у остальных – артериальный. Нефроуретеростомия выполнена 2 пациентам, стентирование мочеточника – 2 пациентам, нефростомия в сочетании со стентированием мочеточника – 1 пациенту. Отличительной особенностью пиелопластики по Хайнс-Андерсону при aberrантном сосуде являлось отсутствие широкой резекции лоханки и перемещение уретеропиелоанастомоза дистальнее зоны конфликта с сосудом. Антевазальная пиелопластика выполнена 5 пациентам, средний возраст составил 10,4 года (5–16 лет), средний рост – 139 см (107–166 см). В данной группе все пациенты оперированы первично. Необходимость в конверсии возникла у 1 пациента. Артериальный сосуд являлся причиной сосудистого конфликта у 3 пациентов, у остальных наблюдался венозный конфликт. Сам анастомоз в этом случае выполнялся по принципу Хайнс-Андерсена. В качестве дренирования верхних мочевых путей стентирование мочеточника выполнялось 3 пациентам, нефроуретеростомия – 2. Ре-

зультаты лечения, оценивавшиеся в первые дни после удаления послеоперационных дренажей по данным УЗИ и через полгода после операции по данным УЗИ и ДНСГ, были удовлетворительными у всех описанных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ретроспективный анализ практически рандомизированного подхода к выбору пластики ЛМС при aberrантном сосуде у детей установил, что у пациентов более младшего возраста предпочтительным вариантом оперативного лечения являлась пиелопластика по Хайнс-Андерсону или лоскутная пластика, позволяющая переместить уретеропиелоанастомоз дистальнее зоны конфликта с сосудом, антевазальная пиелопластика выполнялась детям в препубертатном возрасте.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Практические подходы в детской урологии

АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Д.А. Гасанов^{1,2}, М.А. Барская¹, С.С. Терёхин²,
Е.Г. Мелкумова², А.Н. Бастраков², С.М. Бутуев²,
Д.В. Ким², Е.В. Мережко²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Самара, Россия

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая
больница им. В.Д. Середавина», Самара, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эндопластика, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уроимплант, обструкция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Около 40 лет назад впервые применили новый метод лечения ПМР – эндоскопическую коррекцию с помощью синтетических уроимплантов. После применения «стойких» объемобразующих веществ (Vantris) появились первые упоминания о развитии обструктивного мегауретера в послеоперационном периоде. *Цель исследо-*

вания: провести анализ эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием различных уроимплантов на базе урологического отделения СОКБ им. В.Д. Середавина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное в 2012–2022 гг. В исследование включены 377 пациентов. Использовались три вида уроимплантов: Коллаген (100 пациентов), Refluxin (46 пациентов), Vantris (231 пациент). Средний возраст пациентов составил 3,2 года. Односторонний рефлюкс выявлен у 79% (298 пациентов), двусторонний рефлюкс – у 21% (79 пациентов). По степени рефлюкса пациенты распределены: со 2 степенью – 20% (75 пациентов), с 3 степенью – 50% (187 пациентов), с 4 степенью – 30% (115 пациентов). При 1 и 5 степени ПМР эндоскопическое лечение не применялось. Группа коллагена: мальчиков – 46% (46 пациентов), девочек – 54% (54 пациента). Методика Sting использована у 52% (52 пациента), НИТ – у 18% (18 пациентов), 2НИТ – у 30% (30 пациентов). Средний объем препарата составил 1,4 мл. Группа Refluxin: мальчиков 49% (22 пациента), 51% девочек (24 пациента). Методика Sting использована у 70% (32 пациента), НИТ – 13% (6 пациентов), 2НИТ – у 17% (8 пациентов). Средний объем препарата составил 0,8 мл. Группа Vantris – 55% мальчиков (127 пациентов), 45% девочек (104 пациента). Методика Sting использована у 64% (148 пациентов), НИТ – у 22% (51 пациент), 2НИТ – у 14% (32 пациента). Средний объем препарата составил 0,4 мл. Для предупреждения развития обструктивных осложнений с 2018 г. применяется математическая модель (патент на изобретение № 2737493 «Способ прогнозирования обструктивных осложнений после эндопластики устья мочеточника с использованием объемообразующих веществ»). Полученные данные можно использовать для расчета коэффициента линейной регрессии по формуле: $y_i = 0,2273 - 0,1057 \cdot x_{1i} + 3,3867 \cdot x_{3i}$, где y_i – возникновение обструкции; x_{1i} – степень ПМР, x_{3i} – процент расширения мочеточника и почечной лоханки при проведении УЗИ с диуретической нагрузкой. При $y > 0,5$ вероятность развития обструктивных осложнений высокая. Если $y < 0,5$, вероятность получить обструктивные осложнения низкая.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе выздоровление отмечалось у 60% (60 пациентов), рецидив рефлюкса отмечался у 40% (40 пациентов). Во 2-й группе выздоровление отмечалось у 63% (29 пациентов), рецидив ПМР – у 36% (16 пациентов), у 1% (1 пациент) отмечалось нарастание обструкции мочевых путей на стороне введения препарата, которое самостоятельно разрешилось через 2 месяца после операции. В 3-й группе выздоровление отмечалось у 85% (196 пациентов), рецидив ПМР – у 6% (14 пациентов), обструктивные осложнения – у 9% (21 пациент).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низкая эффективность коллагена и Refluxin обусловлена возможностью миграции препаратов из места инъекции в позднем послеоперационном периоде. Учитывая фактор «нестойкого» эффекта этих препаратов, их использование показано у младшей возрастной группы. Высокая эффективность препарата Vantris обусловлена его стойкостью и отсутствием миграции. Основным фактором, влияющим на развитие обструктивных осложнений после эндопластики, является недиагностированный рефлюкс – стеноз.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Аномалии половых органов

АНОМАЛИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МАЛЬЧИКА – МАРКЕРЫ ГИПОГОНАДИЗМА МУЖЧИНЫ

Т.И. Деревянко¹, В.А. Путилин¹, О.А. Симонов^{1,2},
Р.Р. Абдульменов³, С.В. Придчин¹

¹ Кафедра урологии, детской урологии-андрологии, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

МЗ РФ, Ставрополь, Россия

² Отделение урологическое, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», Ставрополь, Россия

³ Поликлиническое отделение, АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», Ставрополь, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипогонадизм, аномалии развития, наружные половые органы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аномалии развития наружных половых органов мальчиков составляют значительную часть аномалий развития мочеполовых. Несмотря на раннюю хирургическую коррекцию этих аномалий, проблема имеет далеко идущие последствия. Как правило, данные пациенты имеют гендерные и репродуктивные проблемы во взрослом состоянии. Своевременное выявление предикторов данной проблемы явилось поводом для исследования гормонального профиля и оптимизации терапии этих пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы наблюдали 348 пациентов от одного месяца до 15 лет с различными аномалиями строения, локализации, формы и размеров наружных половых органов и гонад в течение трех лет (2019–2022 гг.). Эти пациенты страдали следующими заболеваниями: гипоспадия с искривлением полового члена (скротальная, промежностная, анальная формы гипоспадии) в сочетании с крипторхизмом и без крипторхизма, скрытый и ложноскрытый половой член с микропенией и микроскротией. Все перечисленные группы заболеваний являются следствием дефицита ХГЧ внутриутробно и по сути гипогонадизмом детского возраста. Нами выявлена связь аномалий развития гонад и наружных половых органов с первичным врожденным гипогонадизмом. Всем пациентам трижды за период наблюдения (1 раз в 6 мес.) выполнялись анализы гормонов крови: тестостерон, ЛГ, ФСГ. У 332 пациентов отмечилось снижение показателей тестостерона и ЛГ, что было расценено нами, как наличие у пациента гипогонадизма. Всем пациентам мы проводили ХГЧ-терапию в детском возрасте (до полового созревания). Раннее начало ХГЧ терапии более эффективно, чем начало в подростковом возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проводимой ХГЧ-терапии в возрастной дозировке в/м № 20 (1 курс терапии) мы отметили увеличение размеров наружных гениталий и перемещение неопущенных яичек в мошоночную камеру, а также перемещение меатуса и удлинение уретры в дистальном направлении.

ВЫВОДЫ

Все вышеописанные изучаемые нами заболевания по сути являются гипогонадизмом детского возраста и являются предпосылкой для развития тестостерон-дефицита во взрослом возрасте, со всеми вытекающими клиническими симптомами, снижением гендерной и репродуктивной функции данных пациентов. Аномалии половых органов мальчика могут рассматриваться как маркеры гипогонадизма будущего мужчины.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Лабораторная диагностика при мочекаменной болезни

ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

С.Н. Зоркин, О.Д. Никулин, Е.Л. Семикина, Д.С. Шахновский

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»
МЗ РФ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, уролитиаз, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, острое повреждение почек, биомаркеры повреждения, биомаркеры воспаления.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) в настоящее время считается «золотым стандартом» в лечении конкрементов верхних мочевыводящих путей, в том числе среди пациентов детского возраста. Данный метод лечения обладает рядом преимуществ, главным из которых является неинвазивность в совокупности с отсутствием видимого повреждения самой почки и верхних мочевыводящих путей. Несмотря на это, ударно-волновой импульс (УВИ) непосредственно вызывает острое повреждение почечной ткани, объективно оценить которое, используя стандартные показатели, не представляется возможным. *Цель исследования:* оценка динамики изменения уровня ряда маркеров острого повреждения почек (ОПП) до и после дистанци-

онной литотрипсии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2022 г. по февраль 2023 г. 54 первичным пациентам с диагнозом мочекаменная болезнь и локализацией конкремента в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) с одной стороны был проведен сеанс дистанционной литотрипсии. Средний возраст пациентов составил 12 лет. Среднее количество ударно-волновых импульсов составило 1232 и варьировалось в диапазоне от 500 до 2050 единиц. Средняя плотность конкрементов – 988,8 единиц Хаунсфилда. Всем детям перед выполнением дистанционной литотрипсии (1 точка), через час (2 точка) и 24 часа (3 точка) после сеанса ДУВЛ выполнялся забор биологического материала (биохимического анализа крови и мочи). Далее, путем иммуноферментного анализа (ИФА), определена концентрация следующих биомаркеров острого повреждения почек, в крови (Цистатин-С, ФНО- α , IGFBP-1, ИЛ-18) и моче (NGAL, KIM-1, TIMP-2, Кальбиндин, LFABP), отобранных в соответствии с литературными данными.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В сыворотке крови была проведена оценка следующих маркеров ОПП: Цистатин-С, ФНО- α , IGFBP-1, ИЛ-18. Максимальную диагностическую ценность продемонстрировал маркер IGFBP-1. В 56% (n=30) случаев во 2 точке исследования уровень данного маркера значительно повышался. В 47% (n=26) случаев в 3 точке происходил дальнейший рост этого же маркера. Уровни остальных биомаркеров крови не показали статистически значимого повышения.

В свою очередь в биохимическом анализе мочи была исследована концентрация следующих маркеров: NGAL, KIM-1, TIMP-2, Кальбиндин, LFABP.

Каждый из этих биомаркеров показал статистически значимый рост во 2 точке в диапазоне от 59 до 93%. К наиболее значимым маркерам можно отнести TIMP-2, повышение которого на 2 точке составило 93% (n=50). Также стоит отметить LFABP, показавший значительный рост во всех случаях (100%, n=40), где превышал пороговый минимум, однако при постановке проб анализа результат 14 пациентов был вне пределов калибровки аппарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что дистанционная литотрипсия

рассматривается урологами как малоинвазивный метод лечения, тем не менее ударно-волновые импульсы оказывают на почечную паренхиму повреждающее воздействие, которое можно выявить только с помощью очень чувствительных биомаркеров. В дальнейшем контроль за динамикой этих показателей может быть использован для оценки тяжести повреждения почки и оценки эффективности преемственной нефропротекторной терапии, которую следует разрабатывать в детском возрасте.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Операции на верхних мочевых путях

ПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА АППЕНДИКСОМ ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

И.М. Каганцов^{1,2}, Е.А. Кондратьева^{1,2}

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, пластика мочеточника, аппендикоуретеропластика, лапароскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай применения лапароскопической пластики дистального отдела мочеточника аппендиксом у пациента с протяженной стриктурой тазового отдела правого мочеточника после перенесенных ранее хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Девочка Ч., 5 лет, поступила в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» для обследования с жалобами на выраженную пиелоэктазию справа по данным УЗИ. Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности ребенок перенес пункционную нефростомию в связи с правосторонним ги-

дронефрозом. В возрасте 5 месяцев была выполнена пиелопластика справа, в 10 месяцев – повторная пиелопластика с одновременной реимплантацией правого мочеточника по Политано-Лидбеттеру в связи с его интраоперационным повреждением. В дальнейшем нефростома была удалена, ребенок неоднократно был обследован в различных стационарах в связи с сохранением выраженной пиелозктазии (средний переднезадний размер (ПЗР) лоханки составлял 4–5 см). Пациенту неоднократно проводилась КТ-урография, цистография, внутривенная урография, повторная нефростомия с антеградной пиелографией, тест Уайтеккера. В возрасте 3 лет ребенку была выполнена баллонная дилатация дистального отдела правого мочеточника со стентированием в связи с подозрением на его стриктуру.

При поступлении по данным УЗИ ПЗР лоханки составлял 50 мм, лабораторных признаков нарушения почечной функции не было. По данным КТ-урографии выявлен стеноз дистальной части правого мочеточника, однако его точная протяженность была определена лишь интраоперационно. Во время цистоскопии была обнаружена непроходимость устья правого мочеточника. Выполнена лапароскопия, выявлена протяженная стриктура тазового отдела правого мочеточника длиной 8 см, выраженное натяжение мочеточника в его нижней трети. В связи с этим выполнена лапароскопическая аппендикоуретеростомия с последующей реимплантацией аппендикса в мочевого пузырь с одновременной нефростомией и стентированием мочеточника. Послеоперационный период протекал гладко, через 1 месяц был удален мочеточниковый стент, через 1,5 месяца – нефростома.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений, значимой кровопотери у ребенка не было. Также не было отмечено развитие инфекции мочевых путей в послеоперационном периоде, дисфункции мочеточникового стента. По данным послеоперационной антеградной пиелографии, была выявлена проходимость соустья между аппендиксом и мочевым пузырем, затеков контрастного вещества не было. Через 2 месяца после операции переднезадний размер лоханки составлял 28 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение протяженных стриктур мочеточника, являясь сложной задачей для хирурга, может осу-

ществляться различными способами, включающими операцию Боари, кишечную пластику мочеточника, трансуретероуретеростомию, аутотрансплантацию почки, аппендикоуретеропластику. При наличии аппендикса достаточной длины его применение для пластики мочеточника оправдано и осуществимо. Данный клинический пример показал эффективность этой методики в случае протяженной стриктуры тазового отдела мочеточника после перенесенных ранее хирургических вмешательств.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

С.А. Карпачев, С.Н. Зоркин, А.С. Гурская, Р.Р. Баязитов

*ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»
Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пневмовезикоскопическая реимплантация мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, мегауретер, результаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пневмовезикоскопическая реимплантация мочеточников зарекомендовала себя высокоэффективной методикой, не уступающей по результатам открытой реимплантации. Однако большинство исследователей ограничивают показания к операции возрастом старше 2 лет или объемом мочевого пузыря не менее 100 мл. *Цель исследования:* оценить результаты пневмовезикоскопической реимплантации мочеточников у детей грудного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пролечены 22 пациента в возрасте от 3 мес. до 1 года. Распределение по возрасту: от 3 до 6 мес. – 9, от 6 мес. до 1 года – 13. Все дети оперированы по методике Коэн. Показаниями к реимплантации являлись: пузырно-мочеточниковый реф-

люкс (ПМР) – 5, мегауретер – 17. Двусторонняя реимплантация выполнена в 4 случаях. Удаление парауретерального дивертикула в сочетании с реимплантацией мочеоточника выполнено у 11 детей: у 5 – в группе от 3 до 6 мес., у 6 – в возрасте до 1 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила 75–200 мин. при одностороннем поражении, при двустороннем – 160–260 мин. Наличие дивертикула не отразилось на продолжительности и травматичности операции. Пневмоперитонеум осложнил течение операции у 6 детей до 6 мес, и у 3 – до 1 года, что потребовало установки иглы Вереша. Конверсий не было. Дренирование мочеоточника в течение 5–8 суток было выполнено у 11 пациентов, 11 операций завершены без дренирования собирательной системы. Уретральный катетер удалялся на 7–10-е сутки у детей с мочеоточниковым интубатором и на 2–5-е сутки у детей без дренирования собирательной системы. Умеренная гематурия отмечалась до 2 суток. Потребность в обезболивании сохранялась в течение 1–2 суток послеоперационного периода. Отсутствие обструктивных осложнений и сокращение собирательной системы отмечено у всех больных. При катамнестическом наблюдении цистогрфия выполнена 14 пациентам. У двух детей, не имевших инфекции мочевых путей в послеоперационном периоде, выявлен ПМР 2 степени, не потребовавший дополнительных оперативных вмешательств. ПМР 4 степени выявлен у одного пациента, выполнена эндоскопическая коррекция рефлюкса с положительным результатом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, возраст и объем мочевого пузыря не являются ограничивающим фактором для выполнения пневмозикоскопических вмешательств. Наличие парауретерального дивертикула у детей грудного возраста также не является противопоказанием к пневмозикоскопии. Данный метод имеет высокую косметическую и функциональную эффективность.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Практические подходы в детской урологии

ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ, ГИПОГОНАДИЗМА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКОВ

Е.В. Кузнецова¹, Н.С. Обухов², Е.В. Пищев²

¹*Сургутский государственный университет, медицинский институт, Сургут, Россия*

²*Нижевартовская окружная клиническая детская больница, Нижневартовск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детская урология-андрология, ожирение, гипогонадизм, предстательная железа.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всем мире увеличилось число заболеваний предстательной железы у подростков, в то же время наблюдается и распространение ожирения, которое снижает уровень тестостерона и повышает маркеры воспаления. Андрогенный дефицит на фоне ожирения способствует развитию гипогонадизма. Нейроэндокринно-иммунный дисбаланс, возникающий у детей на фоне ожирения, приводит к метаболическим изменениям, что негативно сказывается на физическом развитии у подростков и их репродуктивном здоровье в будущем. *Цель исследования:* на основании данных научных статей выявить взаимосвязь между ожирением, гипогонадизмом и заболеваниями предстательной железы у подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 13 научных публикаций зарубежных и отечественных авторов из различных источников, включенных в базы eLibrary, PubMed с глубиной поиска 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За последние годы количество подростков с патологическими изменениями в предстательной железе увеличилось. В то же время увеличилась и распространенность подросткового ожирения. Гипогонадизм, дефицит тестостерона и метаболический синдром патогенетически взаимосвязаны. Описан «порочный круг»: дефицит андрогенов способствует развитию ожирения, а ожирение, в свою очередь, увеличивает

ет дефицит тестостерона. Изменения нейроэндокринно-иммунного статуса у детей пубертатного возраста, имеющих ожирение, выражаются в повышении уровня ароматазы, кисспептина, лептина, эстрадиола, ИЛ-1, ИЛ-10 и выраженном снижении уровня общего тестостерона. Семенная плазма пациентов с простатитом и СХТБ содержит высокие уровни провоспалительных цитокинов, включая ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО α . Избыточный вес, приводящий к лептинорезистентности, способствует снижению выработки андрогенов, что приводит к развитию гипогонадизма. Также за счет повышенной продукции воспалительных цитокинов происходит нарушение пролиферации клеток Лейдига, тем самым препятствуя их нормальному обновлению, повреждение которых приводит к ингибированию передачи сигналов ЛГ и таким образом снижению выработки тестостерона. Адипоцитокينات при ожирении могут возвращать клетки Сертоли в недифференцированное состояние. Кроме того, воспалительные цитокины снижают секрецию ГнРГ гипоталамусом, что еще больше способствует снижению уровня тестостерона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследований показывают, что у детей и подростков с ожирением существует связь между нарушениями репродуктивной системы и гипогонадизмом, которые в свою очередь могут приводить к патологическим процессам в тканях предстательной железы у подростков за счет андрогенного дефицита и циркуляции воспалительных цитокинов, синтезируемых жировой тканью.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Повреждение наружных половых органов, приапизм

ВЕНОЗНЫЙ ПРИАПИЗМ У ДЕТЕЙ: СЕРИЯ ИЗ ТРЕХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

И.Б. Осипов¹, Д.А. Лебедев¹,
Д.Е. Красильников¹, А.И. Осипов¹

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «СПбГПМУ»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

венозный приапизм, дети, травма половых органов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Встречаемость веноокклюзивной формы приапизма в детской популяции представляет значительную редкость. В механизме развития патологии играют роль травма наружных половых органов, таза или промежности, прием некоторых лекарственных средств, идиопатические причины, серповидно-клеточная анемия. *Цель исследования:* оценить клинические проявления и исходы венозного ишемического приапизма в серии клинических случаев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование серии госпитальных случаев, проведенное в 2007–2021 гг. В исследование включены 3 пациента с веноокклюзивной формой приапизма. Во всех случаях причиной венозного приапизма была травма. Ее характер, возраст пациентов, методы лечения и длительность патологической эрекции представлены в таблице.

Таблица. Клинические данные пациентов

Пациент №	Возраст	Механизм травмы	Лечение	Длительность эрекции	Жалобы в анамнезе
1	16 лет 1 мес.	Удар клошкой в основание пениса	Местно мазь гепариновая	5 суток	Нет
2	12 л 2 мес.	Повреждение кавернозного тела при мастурбации	Этамзилат	7 суток	Нет
3	17 л 11 мес.	Случайное повреждение полового члена при эрекции матерью	Цефтриаксон, Траумель С, компрессионная повязка	7 суток	Нет

Клинически пациенты предъявляли жалобы на длительно сохраняющуюся эрекцию, в одном случае (пациент № 3) – на гематому полового члена значительных размеров. Пальпация кавернозных тел была резко болезненна в случаях 2 и 3, в случае 1 болезненность локализовалась в области промежности. Признаков ишемии наружных половых органов не было. Главным диагностическим методом явилось ультразвуковое исследование. Артериальный кровоток прослеживался на протяжении глубокой артерии кавернозного тела с двух сторон во всех случаях. Были выявлены гематомы в случаях 1 и 3: у пациента 1 – в области ножки левого кавернозного тела, у пациента 3 – в средней части кавернозного тела с разрывом его оболочки. Повреждение у пациента 2 носило характер внутреннего разрыва венозного сосуда с продолжающимся кровотечением в синусоидальную кавернозную ткань и ее переполнением. Лечение в виде местной терапии применено пациентам 1 и 3 (гепариновая мазь, компрессионная повязка) и системно – антибактериальная терапия (1 и 3), этамзилат (2) парентерально.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прекращение патологической эрекции отмечено к 5–7 суткам во всех случаях. Пациенты переведены на домашний режим, наблюдение за ними продолжено. При опросе, проведенном через 1 и 6 месяцев жалоб на патологическую эрекцию нет ни в одном случае, мочеиспускание не нарушено, утренняя эрекция и эрекция при сексуальной стимуляции (у пациентов 1 и 3) сохранены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной серии во всех случаях причиной приапизма явилось повреждение кавернозных тел. Хирургическое вмешательство не потребовалось ни в одном случае, местное лечение демонстрировало высокую эффективность. Системная терапия проводилась с целью профилактики нагноения гематомы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Практические подходы в детской урологии. Диагностика и хирургическое лечение

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ «КЛАПАННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ» НА ПОЧЕЧНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ

Д.Т. Манашерова¹, Г.В. Козырев¹, В.Д. Кулаев¹,
Д.Д. Абретенева¹, П.М. Гаджиева¹,
Д.А. Сайдулаев¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр трансплантологии
и искусственных органов им. акад.
В.И. Шумакова», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

клапаны задней уретры, нейрогенный мочевого пузыря, трансплантация почки, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Врожденные клапаны задней уретры (КЗУ) являются наиболее частой причиной обструкции нижних мочевых путей, которая приводит к внутрипузырной гипертензии в результате формирования «клапанного мочевого пузыря». У 15% пациентов с КЗУ развивается хроническая болезнь почек (ХБП). Лечение пациентов с КЗУ этапное и включает в себя не только устранение клапана, но и по показаниям длительную деривацию мочи и коррекцию нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Зачастую недиагностированные КЗУ у пациентов после трансплантации почки приводят к грубым нарушениям функции мочевого пузыря и ухудшению функции трансплантата. *Цель исследования:* разработать меры профилактики гибели почечного трансплантата в зависимости от варианта дисфункции «клапанного мочевого пузыря».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное исследование 12 пациентов после трансплантации почки в возрасте от 9 до 28 лет (средний возраст – 14,6 года). У всех пациентов в раннем возрасте был диагностирован КЗУ и уретерогидронефроз, выполнялось этапное оперативное лечение, которое включало устранение КЗУ, уретерокутанеостомию и уретероцистонеоимплантацию, а в дальнейшем, при ухудшении почечной функции, – за-

местительную почечную терапию и трансплантацию почки. В связи с рецидивирующим пиелонефритом у 7 пациентов, жалобами на недержание мочи у 3 пациентов, затрудненным мочеиспусканием и нарастанием азотемии у 2 пациентов выполнено обследование (УЗИ почек и мочевого пузыря, цистография и уродинамическое исследование). У всех пациентов при цистографии отмечено расширение задней уретры, а у 2 – рефлюкс в трансплантат. Максимальная скорость мочеиспускания у всех была снижена до 4–7 мл/сек., при наличии остаточной мочи от 30 до 80%. Гипоактивный детрузор с гиперактивным сфинктером (арефлекторный мочевой пузырь) диагностирован у 8 пациентов и у 4 – гиперактивный мочевой пузырь. При проведении уретроцистоскопии выявлен резидуальный КЗУ у всех пациентов, который был устранен. У 2 больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом одновременно была выполнена эндопластика устьев мочеточников, проведена холинолитическая терапия у 4 пациентов с гиперактивным мочевым пузырем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения оценены через 1, 3 и 12 месяцев после устранения КЗУ. Отмечено увеличение емкости мочевого пузыря у всех пациентов. Остаточной мочи зафиксировано не было. У 3 больных с недержанием мочи от переполнения после устранения КЗУ недержание мочи исчезло. Функция почечного трансплантата улучшилась, что подтверждено нормализацией уровней мочевины и креатинина. У всех пациентов максимальная скорость мочеиспускания увеличилась, была достигнута стойкая ремиссия пиелонефрита. На фоне холинолитической терапии у 4 пациентов с гиперактивным мочевым пузырем нормализовался функциональный объем мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохраняющаяся инфравезикальная обструкция и сформировавшийся «клапанный мочевой пузырь» оказывают негативное влияние на почечный трансплантат. Необходимо не только устранить КЗУ, но и проводить длительную реабилитацию. Меры профилактики включают в себя холинолитическую терапию при гиперактивном мочевом пузыре и длительную деривацию мочи при нарушении эвакуаторной функции мочевого пузыря.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Практические подходы в детской урологии. Реконструктивно-пластические операции у детей

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЗДАНИЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО КОНТИНЕНТНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА У ДЕТЕЙ С РАБДОМИОСАРКОМой МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.Т. Манашерова¹, Г.В. Козырев^{1,2},
А.А. Власова³, И.Н. Скапенков⁴

¹ Кафедра урологии с курсами онкологии, радиологии и андрологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

² Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

³ Педиатрический факультет, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

⁴ Онкологическое отделение хирургических методов лечения, Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рабдомиосаркома мочевого пузыря, гетеротопический континентный мочевой резервуар, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для улучшения качества жизни пациентов, перенесших экстирпацию мочевого пузыря вследствие развития инвазивной рабдомиосаркомы, операцией выбора является кишечное отведение мочи – создание гетеротопического континентного мочевого резервуара. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты создания гетеротопического континентного мочевого резервуара у детей с рабдомиосаркомой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении уроандрологии Российской детской клинической больницы в период с 2006 по 2020 г. находились на лечении 6 пациентов с диагнозом рабдомиосаркома (РМС) мочевого пузыря (МП). Дебют заболевания состоялся в возрасте от 1 года до 4 лет, средний возраст установления диагноза составил 1,9 года. В возрасте от 2 до 5 лет (средний возраст составил 2,5 года) была проведена операция по экстирпации МП. В ходе органосохраняющей операции у всех пациентов были сформированы уретерокутанеостомы. В дальнейшем в возрасте от 6,4 до 8 лет (средний возраст составил 7 лет) была проведена операция по формированию гетеротопического континентного мочевого резервуара.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Емкость континентного мочевого резервуара у всех пациентов составила от 300 до 500 мл (в среднем – 420 мл). Отведение мочи проводится через аппендикорезервуаростому с кратностью 1 раз в 3–4 часа. В отдаленном послеоперационном периоде была выявлена мочекаменная болезнь (конкременты мочевого резервуара) у одного пациента, подтекание мочи через аппендикорезервуаростому – у одного пациента. Это потребовало дополнительных операций – удаления конкрементов и реконструкции стомы. При анализе кислотно-щелочного состояния крови в отдаленном периоде нарушения не выявлены. При оценке качества жизни, по данным опросников QLQ-C30 и QLQ-BLM, отмечена удовлетворенность и полная социальная адаптация у всех пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание гетеротопического континентного мочевого резервуара позволяет улучшить качество жизни у детей после экстирпации мочевого пузыря по поводу инвазивной рабдомиосаркомы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Практические подходы в детской урологии. Хирургическое лечение

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ УДВОЕНИЯ УРЕТРЫ У МАЛЬЧИКОВ

Д.Т. Манашерова¹, Г.В. Козырев^{1,2},
В.С. Прокофьева³

¹*Кафедра урологии с курсами онкологии, радиологии и андрологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия*

²*Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия*

³*Отделение уроандрологическое, РДКБ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

удвоение уретры, уретропластика, детская урология, слизистая щęki.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание удвоения уретры у мальчиков встречается редко и включает лишь единичные случаи, отсутствует методологический анализ хирургического лечения этой группы пациентов. Большое количество таких осложнений, как стеноз уретры, наличие волос и конкрементов в просвете, заставляет хирургов искать новые методы лечения. *Цель исследования:* оптимизировать подходы к лечению пациентов с полным удвоением уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы ретроспективно проанализировали результаты хирургического лечения 7 мальчиков с полным удвоением уретры в возрасте от 1 до 9 лет, которым в период с 2015 по 2022 г. была проведена хирургическая коррекция. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа удвоения согласно классификации Effmann. Группу I составили 3 мальчика с удвоением уретры тип ПА2, в группу II включены 4 пациента с удвоением тип ПА2-У. У пациентов группы I выполняли одноэтапную операцию – иссечение добавочной уретры. В группе II – трехэтапное лечение, при котором первым этапом проводили иссечение добавочной ствóловой уретры и одновременно забор слизистой щęki с вшиванием на вентральную поверхность от головки до промежностной части, далее через 6 месяцев

формировали уретру от головки до мошоночного отдела и по прошествии следующих 6 месяцев производили третий этап – уретро-уретроанастомоз между собственной и искусственной уретрой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения оценивали через 1, 3 и 12 месяцев после операции. У всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание из наружного отверстия на головке полового члена. Пациенты из группы I отличаются наличием негрубого послеоперационного рубца на дорзальной поверхности полового члена. Других изменений внешнего вида не выявлено. У 2 пациентов из группы II отмечено формирование стеноза в зоне перехода между нативной и искусственной уретрой через 1 и 2 месяца после уретропластики. Было выполнено иссечение стеноза и формирование прямого уретро-уретероанастомоза. Свищ уретры зафиксирован у 1 пациента после уретропластики, что потребовало ушивания свища. Максимальная скорость мочеиспускания у всех пациентов после операции составила от 7 до 12 мл/сек., (среднее значение – 9,5 мл/сек.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор метода оперативного лечения зависит от типа удвоения уретры. Так, при типе ПА2 целесообразно одномоментное иссечение добавочной уретры, а при ПА2-У – этапная уретропластика со слизистой щеки и иссечением добавочной уретры. Количество осложнений, таких как стеноз уретры, формирование свища, при этапной уретропластике сопоставимо с количеством осложнений при промежностной форме гипоспадии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Реконструктивная хирургия верхних мочевыводящих путей

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО
УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА
ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА УТРОЕННЫХ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СПРАВА**
Н.С. Обухов¹, Е.В. Пищаев¹ Е.В. Кузнецова²

¹Нижневарттовская окружная клиническая детская больница, Нижневарттовск, Россия
²Сургутский государственный университет, медицинский институт, Сургут, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аномалии развития, устроение мочеточника, уретерогидронефроз, уретроцеле.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Устроение верхних мочевыводящих путей – очень редкий порок развития верхних мочевыводящих путей. По результатам открытого поиска в отечественной литературе найдена одна статья Нижегородской государственной медицинской академии, освещающая три клинических случая за 25 лет наблюдения пациентов. В настоящее время описано около 100 случаев данной патологии по всему миру. По Smith (1946) различают 4 типа устроения мочеточников: I тип – полное устроение мочеточников, открывающихся тремя устьями в области мочевого пузыря, уретры или промежности; II тип – неполное устроение – один удвоенный мочеточник и один изолированный, открывающийся двумя устьями; III тип – все три мочеточника сливаются вместе и открываются одним устьем; IV тип – от почки отходят два мочеточника, один из которых имеет обратную Y-образную бифуркацию.

Устроение мочеточника выявляется при прицельном рентгенконтрастном обследовании пациента в связи с изменениями верхних мочевыводящих путей, которые проводятся по результатам выявленных изменений при рутинном ультразвуковом исследовании почек и ПК. Как правило, изменения по результатам УЗИ почек и мочевого пузыря имеют картину уретерогидронефроза, пиелоектазии в сочетании с уретроцеле разных размеров. *Цель нашего сообщения:* описать клинический случай устроения верхних мочевыводящих путей в сочетании с нарушениями уродинамики и тактики выбранного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинический случай: мальчик, 1 год 11 месяцев. Госпитализирован в плановом порядке в детское уроandroлогическое отделение нижневарттовской окружной детской клинической больницы в плановом порядке с целью обследования. Внутриутробно на втором скрининге выявлено расширение чашечно-лоханочной системы справа. По-

сле рождения по данным контрольных УЗИ почек выявлена уретропиелокаликоектазия справа (чашки – 3,6 мм, лоханка – 4 мм, в/3 правого мочеточника – 9 мм, нижняя треть правого мочеточника – 12 мм.). Уретероцеле справа. За время госпитализации выполнен ряд инструментальных исследований: УЗИ почек и мочевого пузыря, по результатам которого признаки уретеропиелоектазии справа. Признаки уретероцеле справа. Данных за устроение верхних мочевыводящих путей по результатам УЗИ не выявлено. Компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием с отсроченными обзорными урограммами: КТ-признаки устроения правой почки, мегауретер справа (одного из мочеточников), уретероцеле, деформации и истончение паренхимы верхнего сегмента правой почки. Внутривенная урография: мочевой пузырь тугого наполнения, контуры четкие.

Признаков перегиба и затека контрастного вещества не определяется. Снижение выделительной функции правой почки. Экскреторная и уродинамическая функция левой почки не нарушена. Диагностическая цистоскопия: признаки уретроцеле справа.

На основании полученных инструментальных методов диагностики установлен клинический диагноз: вырожденный порок развития верхних мочевыводящих путей; устроение верхних мочевыводящих путей справа; обструктивный уретерогидронефроз III степени верхнего сегмента устроенной правой почки; уретероцеле справа. Принято решение о проведении планового хирургического лечения. Первым этапом планировалось лапароскопическое создание пиелопиелoaнaстaмoзa или уретероуретерoанaстaмoзa верхнего сегмента почки с мочеточником от среднего сегмента почки с последующей одномоментной уретерэктомией и эндоскопическим иссечением уретроцеле. От данного плана пришлось отказаться в связи с выраженной аномально развитой сосудистой сутью в области ворот почки, которая технически затрудняла проведение первого этапа хирургического лечения. Принято решение о формировании уретроцистоанастомоза справа по методике Политно с одномоментным инфравезикальным иссечением уретроцеле и одномоментным стентированием верхних мочевыводящих путей справа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационный период протекал без особенностей. Стенты удалены при цистоскопии через 1,5 месяца. При контрольном обследовании подтверждена функция всех трех сегментов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей, диагностика, профилактика, наблюдение

ДЕРИВАЦИЯ МОЧИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ПЛАСТИКАХ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

А.Ю. Павлов¹, А.А. Соболевский¹,
Г.В. Симонян^{1,2}, З.Р. Сабирзянова¹,
О.В. Мифтяхетдинова¹

¹ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, Москва, Россия

²Клинический госпиталь MD GROUP, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипоспадия, уретропластика, осложнение, свищ уретры, супрастенотическое расширение уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хороший косметический и функциональный результат повторных вмешательств при гипоспадии зависит не только от выбора метода уретропластики, но и от способа и сроков деривации мочи. *Цель исследования:* оценить результат повторной пластики уретры в зависимости от сроков и способа дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в 2022 г. 31 ребенок, оперированный повторно по поводу гипоспадии в возрасте от 3 до 18 лет. Средний возраст – 13 лет. Изначально дистальные формы гипоспадии (головчатая, венечная и дистально стволовая) отмечались у 24 пациентов, проксимальные формы гипоспадии (проксимально стволовая, пеноскротальная, промежностная) –

у 7 пациентов. С целью деривации мочи у детей до 12 лет использовался катетер Нелатон, у детей старше 12 лет использовалось также дополнительное дренирование мочевого пузыря цистостомической трубкой. Оценивали функциональный результат по данным осмотра, микционной цистографии, ретроградной уретрографии, ультразвукового исследования, урофлоуметрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Повторные оперативные вмешательства выполнялись при следующих заболеваниях: свищ – 21 (67%), супрастенотическое расширение – 4 (13%), стеноз неоуретры – 3 (10%), искривление полового члена в связи с короткой уретральной площадкой – 3 (10%).

Хирургическое вмешательство выполнялось в объеме иссечения, ушивания свища, уретропластики.

У всех пациентов для уретрального дренирования использовался катетер Нелатона. У пациентов в возрасте до 12 лет (при отсутствии вторичных половых признаков) уретральный катетер Нелатон 8–12 ch сроком 14 сут., старше 12 лет дополнительное дренирование эпицистостомой cystofix 10–15ch от 14 до 21 сут. Срок наблюдения – от 6 мес. до 3 лет. Осложнения, потребовавшие удаления катетера: уретрит на 3 сутки – 4 случая (13%), выпадение катетера – 2 случая (6%), непереносимость – 2 случая (6%).

У 2 детей (6%) с осложненным течением послеоперационного периода сформировался свищ уретры, у 3 детей (10%) – стеноз неоуретры, потребовавший бужирования. У пациентов, которым выполнялась цистостомия осложнения после раннего выпадения катетера были представлены невыраженным стенозом неоуретры, который был разрешен путем бужирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У детей в возрасте до 12 лет возможно дренирование катетером Нелатон сроком 14 дней. У пациентов старшего возраста целесообразно дополнительно использовать эпицистостомию.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии.

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей.

ТЕХНОЛОГИЯ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ГИДРОНЕФРОЗА

А.Ю. Павлов¹, Г.В. Симонян^{1,2},
З.Р. Сабирзянова¹, О.В. Мифтяхетдинова¹,
А.А. Соболевский

¹ ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, Москва
² Клинический госпиталь MD GROUP, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидронефроз; лапароскопия; пластика ЛМС; пиелопластика; стент; нефростома.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время основным способом оперативного лечения гидронефроза является лапароскопическая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента с применением различных модификаций. Данное вмешательство подразумевает шинирование вновь созданного анастомоза и отведение мочи из почки на определенный период. *Цель исследования:* мы сравнили наши результаты внутреннего и наружного дренирования верхних мочевыводящих путей после лапароскопической пиелопластики. Так как интраоперационное стентирование может вызывать сложности мы пользовались методикой лапароскопического чреспочечного дренирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018-2022 гг. В исследование включено 75 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая пиелопластика. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методики дренирования. В 23 (30,7%) случае использовано внутренне дренирование, в 52 (69,3%) — наружное. Предоперационное обследование включало ультразвуковое исследование (УЗИ), динамическую нефросцинтиграфию, компьютерная томография с в/в контрастированием. Послеоперационный контроль осуществлялся с помощью УЗИ. В данном исследовании мы анализировали технические проблемы и осложнения,

связанные с методом дренирования, а также необходимость повторной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лапароскопическая трансабдоминальная пиелопластика была выполнена 52 мальчикам и 23 девочкам со средним возрастом 5,6 года (диапазон от 9 мес до 17 лет). Внутреннее стентирование выполнялось антеградно интраоперационно, сроки дренирования 4-6 недель. Наружное дренирование выполнялось чрескожно у 4 пациентов с помощью чрескожной пункционной методики и у 48 пациентов изнутри-наружу (чреспочечно-чрескожно), устанавливалась трубка до верхней трети мочеточника. Сроки наружного дренирования 2-3 недели. Наиболее распространенной технической проблемой в группе с внутренним стентированием была невозможность установить стент у 4 из 23 пациентов. В сочетании с другими осложнениями, такими как миграция стента (3 пациента), инфекции мочевыводящих путей (1 пациент) или обструкция стента (2 пациента), это привело к общей частоте осложнений 40% в группе, перенесшей установку внутреннего стента, по сравнению с 15% в группе с наружным дренированием ($P < 0,05$). В общей сложности 4 пациентам потребовалась повторная операция, 3 из группы внутреннего стентирования, одному из группы наружного дренирования. Преимуществами наружного дренирования являлись отсутствие необходимости уретральной катетеризации и возможность удаления дренажной трубки без необходимости общего обезболивания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая наш опыт, мы рекомендуем использование наружного дренирования при лапароскопических пластиках гидронефроза для облегчения удаления дренажной трубки без общей анестезии и минимизации осложнений, таких как миграция стента.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Обструктивные уропатии

УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМ МЕГАУРЕТЕРОМ

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова,
О.В. Мифтяхетдинова, А.А. Соболевский,
Г.В. Симонян

*Урологическая клиника ФГБУ РНЦРР
Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мегауретер, уретерокутанеостомия, дети, деривация мочи, уродинамика верхних мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уретерокутанеостомия – один из методов деривации мочи, выполняемых у пациентов с тяжелым мегауретером/уретерогидронефрозом, осложненным уретеритом и снижением функции почки. Двусторонняя деривация мочи на уровне верхних мочевых путей опасна тем, что приводит к нарушению накопительной функции мочевого пузыря и затрудняет дальнейшую реабилитацию пациентов. Первичная уретерокутанеостомия – это, как правило, лишь первый шаг в длительном пути восстановительного лечения пациента с двусторонним мегауретером. *Цель исследования:* анализ возможностей использования уретерокутанеостомии в реабилитации функции нижних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективный анализ 22 мальчиков с двусторонним уретерогидронефрозом, первичным этапом лечения которых было выведение уретерокутанеостомии с целью деривации мочи на уровне верхних мочевых путей. Срок наблюдения/лечения описываемых пациентов – от 7 до 15 лет. На этапах лечения, помимо уретерокутанеостомии, всем пациентам выполнялась коррекция инфравезикальной обструкции (ТУР клапанов уретры), бужирование и стентирование мочеточника – 12 пациентов, одно/двусторонняя уретероцисто-неостомия – 22 пациента, нефрэктомия – три пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Двусторонняя уретерокутанеостомия выполнена 14 больным, односторонняя – 8 с одномоментным стентированием с контрлатеральной стороны у 6, и выполнением уретероцистоанастомоза у одного.

Всем пациентам выполнена подвесная пристеночная уретерокутанеостомия на уровне средней трети мочеточника, позволяющая осуществлять дренирование мочевого пузыря через дистальный ее отдел.

У пациентов с односторонней уретерокутанеостомией и стентированием контрлатерального мочеточника дренирование мочевого пузыря через кутанеостому осуществляли одномоментно, продлен весь период нахождения внутреннего стента. После удаления внутреннего стента или выполнения уретероцистоанастомоза для коррекции уродинамики верхних мочевых путей с контрлатеральной стороны трем пациентам понадобилась интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря, выполнение которой свободно осуществлялось через дистальный отдел уретерокутанеостомы с последующим выведением ее в качестве сухой уретеровезикостомы у 2 из них после выполнения нефрэктомии.

При двусторонней уретерокутанеостомии реабилитация накопительной функции мочевого пузыря начиналась после годовалого возраста. С целью осуществления искусственных наполнений мочевого пузыря (тренировок его накопительной функции) первично в мочевой пузырь антеградно через дистальный отдел одной из стом устанавливался катетер с фиксацией *rig tail*, что позволяло осуществлять наполнения мочевого пузыря родителями в интермиттирующем режиме, таким образом моделируя его наполнение, а в дальнейшем с ростом ребенка постоянный дренаж удалялся и наполнение пузыря проводилось непосредственно по мочеточнику. Последующая поэтапная реконструкция мочевых путей, с одной стороны, с формированием потока мочи в мочевой пузырь и сохранением дистального отдела уретерокутанеостомы, с другой стороны, для интермиттирующей катетеризации позволяла проводить этапную реабилитацию мочевого пузыря при необходимости его опорожнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При планировании временной деривации мочи

у пациентов с тяжелым осложненным уретерогидронефрозом следует учитывать необходимость последующей реабилитации функции верхних и нижних мочевых путей. Простая пристеночная уретерокутанеостомия позволяет, с одной стороны, осуществить хирургическую нефропротекцию за счет деривации на уровне верхних мочевых путей, а с другой – обеспечивает простой доступ в мочевой пузырь, в том числе при необходимости искусственного моделирования его накопительной функции или дополнительной интермиттирующей катетеризации при его опорожнении.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Удвоение верхних мочевых путей

СЕЛЕКТИВНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННЫХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

А.В. Пирогов¹, В.В. Сизонов^{2,3}, М.И. Коган³

¹ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой»,
Астрахань

²ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону

³ГБУ РО ОДКБ, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Традиционно хирургическое лечение обструкции уретеровезикального сегмента верхней половины (ОУВС) удвоенных мочевых путей выполняется с использованием верхней геминефроуретерэктомии, реимплантации удвоенного мочеточника единым блоком и ипсилатерального уретероуретероанастомоза. При любом из перечисленных вариантов хирургии затрагивается условно здоровая часть удвоенного комплекса, что определяет наличие риска ее повреждения. Мы демонстрируем предварительные результаты лечения описанной патологии с селективным воздействием на мочеточник с ОУВС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Селективная реимплантация мочеточника верхней половины удвоенной почки везикоскопическим доступом (ВД) выполнена трем детям.

Двум мальчикам в возрасте 4 и 23 мес. и девочке – 18 мес. ВД осуществляли в положении пациента на спине с разведенными в стороны ногами. Во время цистоскопии вводились троакары в мочевой пузырь. Жидкость заменялась на углекислый газ. На расстоянии 1,0–1,5 см проксимальнее устья мочеточника нижней половины удвоенной почки рассекалась задняя стенка мочевого пузыря. Ретропузырно идентифицировался расширенный, толстостенный мочеточник верхней половины удвоенной почки, который пересекался и выделялся в просвет мочевого пузыря. После создания поперечного транстригонального тоннеля выделенный мочеточник реимплантировался по методике Коэна. Эффективность оценивалась с помощью УЗИ, анализов мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все операции закончены по плану без конверсии. Продолжительность операций – 110–150 мин. Послеоперационное осложнение наблюдалось у одного пациента в виде динамической кишечной непроходимости с последующей анемией. Причина – неадекватная функция уретрального катетера в раннем послеоперационном периоде, что не связано с ключевыми особенностями методики. Послеоперационное пребывание – от 8 до 14 суток. Отсутствие пиелонефрита, значимое уменьшение степени расширения верхних мочевых путей, по данным УЗИ, наблюдалось у всех пациентов в сроки от 3 до 6 мес. после вмешательства. Ни у одного пациента после операции мы не выявили патологических изменений со стороны нижней половины почки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Селективная реимплантация мочеточника верхней половины удвоенных мочевых путей ВД является выполнимой и безопасной процедурой, которая позволяет достаточно эффективно устранить ОУВС мочеточника верхней половины удвоенной почки без вовлечения в процесс хирургии «здоровой».

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Удвоение верхних мочевых путей

СЕЛЕКТИВНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННЫХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

А.В. Пирогов¹, В.В. Сизонов^{2,3}, М.И. Коган³

¹ ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», г. Астрахань

² ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

³ ГБУ РО ОДКБ, г. Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Традиционно хирургическое лечение обструкции уретероветрикулярного сегмента верхней половины (ОУВС) удвоенных мочевых путей выполняется с использованием верхней геминефроуретерэктомии, реимплантации удвоенного мочеточника единым блоком и ипсилатерального уретероуретероанастомоза. При любом из перечисленных варианте хирургии затрагивается условно здоровая часть удвоенного комплекса, что определяет наличие риска ее повреждения. Мы демонстрируем предварительные результаты лечения описанной патологии с селективным воздействием на мочеточник с ОУВС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Селективная реимплантация мочеточника верхней половины удвоенной почки везикоскопическим доступом (ВД) выполнена 3 детям. Двум мальчикам в возрасте 4 и 23 месяцев, и девочке – 18 месяцев. ВД осуществляли в положении пациента на спине с разведенными в стороны ногами. Во время цистоскопии вводились троакары в мочевой пузырь. Жидкость заменялась на углекислый газ. На расстоянии 1,0–1,5 см. проксимальнее устья мочеточника нижней половины удвоенной почки рассекалась задняя стенка мочевого пузыря. Ретропузырно идентифицировался расширенный, толстостенный мочеточник верхней половины удвоенной почки, который пересекался и выделялся в просвет мочевого пузыря. После создания поперечного транстригонального тоннеля выделенный мочеточник реимплантировался по методике Коэна. Эффективность оценивалась с помощью УЗИ, анализов мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все операции закончены по плану без конверсии. Продолжительность операций – 110–150 мин. Послеоперационное осложнение наблюда-

лось у одного пациента в виде динамической кишечной непроходимости с последующей анемией. Причина – неадекватная функция уретрального катетера в раннем послеоперационном периоде, что не связано с ключевыми особенностями методики. Послеоперационное пребывание - 8 до 14 суток. Отсутствие пиелонефрита, значимое уменьшение степени расширения верхних мочевых путей по данным УЗИ наблюдалось у всех пациентов в сроки от 3 до 6 месяцев после вмешательства. Ни у одного пациента после операции мы не выявили патологических изменений со стороны нижней половины почки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Селективная реимплантация мочеточника верхней половины удвоенных мочевых путей ВД является выполнимой и безопасной процедурой, которая позволяет достаточно эффективно устранить ОУВС мочеточника верхней половины удвоенной почки без вовлечения в процесс хирургии «здоровой».

Тема сессии: Детская урология

Рубрика: Мочекаменная болезнь у детей

«БЕЗНЕФРОСТОМНАЯ» ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ

Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, А.Б. Вардак,
Д.А. Галицкая, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев,
Г.В. Лагутин, Н.В. Поляков.

*НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь; камни почки;
перкутанная нефролитолопаксия;
безнефростомная; дети.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наличие нефростомы, позволяет осуществить контроль за почкой в раннем послеоперационном периоде, а также, обеспечивает хорошую дренажную и гемостатическую функцию. Вместе с тем наличие нефростомического дренажа у ребенка влекло за собой и ряд негативных последствий, таких как дискомфорт и болевой симптом, увеличение сроков пребывания в стационаре, возможное подтекание мочи. В связи с этим возник вопрос о целесообразности неф-

ростомии в ряде случаев. *Цель исследования:* изучение эффективности «безнефростомной» перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), при лечении мочекаменной болезни (МКБ) у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2013 по 2019 г. в детском уроандрологическом отделении НИИ урологии ПНЛ по «безнефростомной» методике выполнена 66 детям в возрасте от 1 до 17 лет. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от размера использованного инструментария и способа окончания оперативного вмешательства. В первую группу вошли дети (n=28), операцию которым выполнили по методике мини-ПНЛ, с последующим глухим ушиванием нефростомического доступа. Вторую группу составили дети (n=21), оперированные по аналогичной методике мини-ПНЛ, у которых в финальной части оперативного вмешательства была умеренная геморрагия по перкутанному тракту, которая потребовала введения гемостатического матрикса с тромбином. Пациенты, сформировавшие третью группу (n=17) были прооперированы по стандартной методике ПНЛ, которые также, как и во второй группе, в конце операции имели умеренное кровотечение. С целью ее «безнефростомного» завершения выполнили аппликацию гемостатического матрикса с тромбином. Дренирование верхних мочевых путей в послеоперационном периоде осуществляли путем установки «JJ»-внутренних и «J» -наружных мочеточниковых стентов на 14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели полного удаления конкремента за один оперативный сеанс во всех трех группах сходные: в первой группе - 92,8% (n=26); во второй - 90,4% (n=10) и в третьей - 94,1% (n=16)). Потребность в дополнительных вмешательствах после проведенного оперативного лечения составила: 21,4% в первой группе; 23,7% - во второй и 17,5% - в третьей. Лихорадку (стойкое повышение температуры до 38С), чаще всего наблюдали в первой группе – в 10,7%, тогда как, во второй и третьей группах данное осложнение выявлено в 4,7 и 5,8% наблюдений, соответственно. Продолжительность макрогематурии уменьшилась в сравнении с обычной «безнефростомной» ПНЛ на 51,4% при мини-ПНЛ и на 25,8% при стандартном доступе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Безнефростомная» ПНЛ по предложенной методике с применением гемостатического матрикса показана детям без бактериурии, с полным удалением конкремента, при отсутствии травмы ЧЛС и интенсивного кровотечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Детская урология

Рубрика: Мочекаменная болезнь у детей

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, А.Б. Вардак,
Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин,
Д.К. Алиев, Н.В. Поляков

*НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, камни почки, перкутанная нефролитолитотомия, осложнения, дети.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

К наиболее часто встречающимся осложнениям при выполнении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) у детей относят: кровотечение, обострение инфекции мочевых путей, оставление резидуальных камней, повреждение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), повреждение близлежащих органов. Нередко осложнения возникают из-за неправильно выбранного доступа. При создании доступа необходимо учитывать такие факторы, как размер и расположение камней, тип строения ЧЛС, аномальное строение почки, размеры и углы чашечек, необходимость в визуализации лоханочно-мочеточникового сегмента, от чего зависит число доступов. Кроме того, учитывая миниатюрный размер ЧЛС, для адекватного дренирования почки необходимо учитывать способ дренирования и размер дренажа. Сложность при выполнении пункции создают крупные камни в чашечке, выраженные воспалительные и структурные изменения ЧЛС, увеличенная толщина почечной паренхимы. Увеличение внутрилоханочного давления нагнетаемой жидкостью при отсутствии адекватного дренирования

ведет к формированию пиелоинтерстициального и пиеловенозного рефлюксов. У детей с бактериурией данная ситуация может привести к воспалительным изменениям. Следствием большой длительности оперативного вмешательства также могут стать: резорбция содержимого лоханки в почечную паренхиму и травма слизистой ЧЛС. Наиболее сложным и опасным осложнением является образование артериовенозной фистулы в области перкутанного доступа. Консервативные мероприятия в такой ситуации, как правило, оказываются малоэффективными: макрогематурия повторяется и усиливается по своей интенсивности. С целью купирования данного грозного осложнения используют феморальную селективную эмболизацию ветвей почечной артерии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов 402 ПНЛ у детей, проведенных в 2008–2021 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность проведенных перкутанных вмешательств при МКБ составила 86,4%. Отметили возникновение следующих осложнений: макрогематурия – у 33 пациентов (8,2%); гипертермия – у 53 (13,2%); необходимость в переливании препаратов крови – у трех (0,8%); селективная эмболизация ветвей почечной артерии – у одного (0,3%). Предупредить развитие осложнений помогают данные предоперационного обследования, анамнез, а во время вмешательства – результат ретроградной уретеропиелографии. Доступ выполняли под комбинированным наведением (ультразвуковым и рентгеноскопическим). Учитывая поверхностное расположение почки, преимущественно использовали линейный ультразвуковой датчик. Доступ осуществляли предпочтительно через нижнюю группу чашечек. С целью снижения риска повреждения чашечно-лоханочной системы использовали инструментарий меньшего размера: мини-нефроскоп (16Ch), ультрамини-нефроскоп (9 Ch). Профилактикой повышения внутрилоханочного давления является контроль времени операции и адекватное дренирование ЧЛС во время операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Четкое следование методике ПНЛ и рекомендациям, разработанным на основе собственного опыта, позволит избежать серьезных осложнений при выполнении этого вида оперативных вмешательств у детей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Неотложные состояния

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ TWIST (TESTICULAR WORKUP FOR ISCHEMIA AND SUSPECTED TORSION) В РЕГИОНАХ РОССИИ, МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Д.Е. Саблин¹, В.В. Сизонов^{2,3}, И.М. Каганцов^{4,5}, Ю.М. Габанов⁶, Н.В. Марков¹, Д.Н. Щедров⁷, Д.Ю. Гаров⁷, Е.В. Морозов⁷, А.А. Логваль⁸

¹ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова»

²ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России

³ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»

⁵ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

⁶ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

⁷ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница»

⁸БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница № 2»

ВВЕДЕНИЕ

Перекрут яичек (ПЯ) – наиболее распространенное ургентное состояние в урологической практике у детей. Деторсия в течение первых 4–8 часов гарантированно позволяет сохранить яичко. Большая продолжительность тестикулярной ишемии снижает вероятность спасения яичка. Использование ультразвукового исследования органов мошонки (УЗИОМ) удлиняет диагностический период. Существующая диагностическая и лечебная тактика приводит к необходимости орхидэктомии в 32–41%.

МЕТОДЫ

Нами проспективно изучены результаты использования шкалы TWIST в диагностике ПЯ при подозрении на ПЯ в четырех клиниках России. В

соответствии с шкалой TWIST учитывали и градировали следующие симптомы: отек мошонки – 2 балла, уплотнение яичка – 2 балла, отсутствие кремастерного рефлекса – 1 балл, тошнота/рвота – 1 балл, высокое положение яичка – 1 балл. Если сумма баллов 2 и менее – группа низкого риска, вероятность ПЯ минимальная, а выполнение УЗИОМ не целесообразно. Группа среднего риска – сумма баллов 3–4, УЗИОМ показано. Группа высокого риска – сумма баллов 5 и более. Пациенты не нуждались в УЗИОМ ввиду высокой вероятности наличия у них ПЯ, что определяло показания к скрототомии. Статистическая обработка с использованием SPSS Statistics 26.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включены 109 мальчиков. Средний возраст – 10,3 года. Подозрение ПЯ справа – 55, слева – 54 случая. У оперированных 68 (62,3%) пациентов 0 баллов по шкале TWIST отмечено у 16, 1 балл – у 0, 2 балла – у 14, 3 балла – у 1, 4 балла – у 16, 5 баллов – у 8, 6 баллов – у 6, 7 баллов – у 7 человек. ПЯ выявлен у 18. У больных с ПЯ, которым проводили УЗИОМ, диагноз был подтвержден в 100% (10/10). Среди больных с ПЯ у 5 отмечено 4 балла TWIST, у 4 отмечено 5 баллов, у 4 – 6 баллов, у 5 – 7 баллов. В группе низкого риска (0–2 баллов) по шкале TWIST ПЯ не выявляли. Отрицательное прогностическое значение – 100% (95% CI 98% до 100%) и чувствительность 100% (95% CI 98% до 100%). Не было отмечено ПЯ при 3 баллах. В группу высокого риска по шкале TWIST (5–7 баллов) были отнесены 23 пациента, однако только у 13 из них был выявлен ПЯ. Положительное прогностическое значение в этой группе составило 64,3% (95% CI 62,2% до 100%). Если из анализа исключить данные одной из клиник, дающие наибольшее отклонение, то ППЗ становится 87,5% (95% CI 85% до 94%).

ВЫВОДЫ

Шкала TWIST имеет высокую специфичность, относительно невысокую чувствительность. Полученные данные демонстрируют целесообразность использования шкалы на этапе формирования лечебно-диагностической тактики для сокращения времени тестикулярной ишемии за счет отказа от неоправданных УЗИОМ у больных с низким и высоким риском по шкале TWIST.

Тема сессии: Мочекаменная болезнь (МКБ).

Базовые исследования и терапия

Рубрика: Инфекция мочевых путей

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

А.С. Саидахмедов, Я.С. Наджимитдинов,

О.О. Абдукаримов, О.И. Косимов,

А.Н. Рахимова

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Узбекистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

камни почек, дети, нефролитотрипсия, внутрибольничная инфекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эндоурологические операции на сегодняшний день являются самыми распространенными вмешательствами при мочекаменной болезни. Однако после вмешательства могут быть различные осложнения, в том числе обострение инфекции мочевого тракта. *Цель исследования:* изучить частоту нозокомиальной инфекции после перкутанной нефролитотрипсии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения пациентов в возрасте от 5 до 18 лет, которым в период с января 2021 г. по декабрь 2022 г. (13 мальчиков и 10 девочек) выполнена перкутанная нефролитотомия (ПНЛТ) в связи с мочекаменной болезнью. Повышение количества лейкоцитов и бактерий в осадке выделенной самостоятельно пациентом мочи наблюдали у всех детей. При бактериологическом исследовании мочи во всех случаях обнаружили рост микрофлоры, у 21 (91,3%) пациента выявили *Escherichia Coli*. Рост *Escherichia Coli* и *Klebsiella pneumoniae* наблюдали у одного (4,3%) ребенка. Перед оперативным вмешательством всем больным, в соответствии с результатами бактериологического исследования мочи, проведена антибактериальная терапия. Статистическая обработка материала произведена с помощью программы StatSoft Statistica 8.0 с использованием критерия Стьюдента и Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Увеличение количества лейкоцитов в образце мочи, полученной из дренажа, наблюдали во всех

случаях. Из 14 (60,9%) больных, которым нефростомический дренаж удален на 2–3 день, только у 5 (35,7%) не был отмечен рост микрофлоры. Однако у 9 (39,1%) пациентов, когда по каким-либо причинам (повышение температуры тела, наличие резидуальных камней в чашечках почки или отсутствие проходимости мочеточника по данным антеградной пиелографии) нефростомический дренаж был удален спустя 6–7 суток, в 7 (30,4%) случаях наблюдали рост микрофлоры. При этом у 4 (57,1%) из них выявлена *Klebsiella pneumoniae*, в трех (42,8%) случаях обнаружена *Pseudomonas aeruginosa*. Высокая чувствительность микроорганизмов была, как правило, к цефалоспорином третьей генерации или антипсевдомонадным антибиотикам. Повторное культуральное исследование мочи, при обнаружении бактерий в осадке и проведении антибактериального лечения в соответствии с результатами посева (использовали максимальную терапевтическую дозу), после избавления пациента от нефростомического дренажа, показало отсутствие роста микроорганизмов у 5 (21,7%) детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение антибактериальных препаратов не всегда оказывается эффективным для предупреждения возникновения нозокомиальной инфекции при длительном нахождении дренажа в полостях почки. Применение антибиотиков строго по результатам бактериологического исследования мочи, непосредственно перед оперативным вмешательством, которое должно быть продолжено в послеоперационном периоде, и сокращение времени дренирования, позволяет предотвратить или приостановить возникновение госпитальной инфекции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

РЕЗУЛЬТАТЫ «КЛАССИЧЕСКОЙ» АППЕНДИКОЦИСТОКУТАНЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

И.Б. Осипов, С.А. Сарычев, Е.В. Соснин, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов, Д.А. Лебедев, Л.А. Алексеева, А.Ю. Щедрина

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейрогенный мочевой пузырь, операция Митрофанова, периодическая катетеризация, дети, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В тех случаях, когда реализация трансуретральной периодической катетеризации (ПК) у детей с нейрогенным мочевым пузырем (НМП) затруднена вследствие низкой мобильности пациента, паретических деформаций или болевого синдрома, возможно формирование аппендиковезикостомы (АВС) по принципу Митрофанова. *Цель исследования:* изучить факторы, влияющие на результаты операции Митрофанова.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное неконтролируемое исследование серии госпитальных случаев проведено в 2012–2022 гг. В исследование включены 50 пациентов с НМП, которым в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст – 11 лет), 30 мальчиков и 20 девочек, была сформирована аппендиковезикостома «открытым» доступом по классической методике, подразумевающей имплантацию мобилизованного с сохранением брыжейки аппендикса на переднюю стенку мочевого пузыря в подслизистый туннель, и на переднюю брюшную стенку с формированием «кожной воронки». Кожный анастомоз создавался в пупочной ямке (37 детей, 64%) или области гипогастрия (13, 26%). Осложнениями данной операции считались затруднения при катетеризации АВС, трансстомическое недержани-

е моче и нарушение эстетики брюшной стенки. В качестве факторов, влияющих на развитие этих осложнений, рассмотрены количественные факторы (возраст, длина аппендикса и его туннеля, объем мочевого пузыря) и качественные (пол, внутрипузырное давление, локализация стомы, опыт оператора).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Спустя один год после операции у 24 (48%) детей трансстомическая катетеризация осуществлялась свободно, не было подтекания мочи на брюшную стенку, а кожная часть стомы была «скрытой». Эпизодические затруднения катетеризации (из-за препятствия в области кожной воронки) и/или утечки мочи через АВС зафиксированы у 16 (32%) детей. У 10 (20%) детей из-за существенной утечки или стеноза кожного отдела АВС функциональный результат операции был оценен как неудовлетворительный. Нарушение эстетики живота отмечено у 12 (24%) детей. В этих случаях потребовались дополнительные вмешательства. При статистической обработке данных выявлена (Хи-квадрат Пирсона с поправкой на правдоподобие для оценки влияния качественных факторов и критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни – для количественных). В исследовании трансстомического недержания выявлена статистически значимая разница от фактора возраста ($p=0,034$) и объема мочевого пузыря ($p=0,045$), при исследовании проходимости – от фактора длины отростка ($p=0,003$), при исследовании эстетики, выявлено существенное влияние фактора локализации ($p=0,0006$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операция Митрофанова у детей имеет высокий риск осложнений и часто (44% случаев) требует дополнительных манипуляций для улучшения результатов. Развитию осложнений способствуют такие факторы, как малый объем мочевого пузыря и короткий (менее 6 см) червеобразный отросток. Формирование умбиликостомы оказалось статистически более предпочтительным в отношении эстетики и стенозов АВС. Также отмечено парадоксальное влияние младшего возраста на плохое удержание мочи и не доказана, как казалось, очевидная связь между недержанием и внутрипузырным давлением, что требует более углубленного изучения данного вопроса. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Аномалии структуры и положения почки

**ВНЕПУЗЫРНАЯ ЭКТОПИЯ
УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА
ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ПОДВЗДОШНО-
ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ
У ДЕВОЧКИ**

В.В. Сизонов^{1,2}, А.Х-А. Шидаев^{1,2},
А.Г. Макаров², В.Р. Жуля¹, С.Н. Власов¹,
А.В. Филоненко³

¹ФГБОУ РО «Ростовский государственный
медицинский университет»

²ГБУ РО «Областная детская клиническая
больница»

³ГБУ РО «Ростовская областная клиническая
больница»

АННОТАЦИЯ

Внепузырная эктопия мочеточника является редкой причиной недержания мочи у девочек. В 80% случаев эктопия ассоциирована с удвоением мочевыводящих путей. Мы сообщаем о 17-летней девочке с недержанием мочи, причиной которой явилась внепузырная эктопия устья мочеточника гипоплазированной подвздошно-дистопированной левой почки. Девочка находилась на лечении у специалистов амбулаторного звена по поводу недержания мочи и агенезии левой почки с 5-летнего возраста, когда родители ребенка впервые обратили внимание на проблему недержания мочи у ребенка на фоне нормальных мочеиспусканий. Ребенку был выполнен полный спектр диагностических исследований: компьютерная томография, цистоскопия, радиоизотопное исследование почек, аппаратная урофлоуметрия, цистометрия, профилометрия уретры. Несмотря на отсутствие по результатам обследования подтверждения наличия почечной ткани слева, для исключения внепузырной эктопии устья мочеточника, был выполнен красочный тест с прокладкой. Тест дал положительный результат, что определило дальнейший диагностический поиск. Выполнена компьютерная томография в сосудистом режиме, позволившая визуализировать резко гипоплазированную дистопированную в область подвздошных сосудов

левую почку. Ребенку выполнена лапароскопическая нефрэктомия, явления недержания мочи были купированы. Наличие в арсенале уролога широкого спектра методов визуализации не всегда позволяет верифицировать гипоплазированную дистопированную почку, дренируемую мочеточником с внепузырной эктопией устья. При обоснованном подозрении на наличие у пациента внепузырной эктопии устья мочеточника и отсутствии данных об ее локализации и размерах после выполнения визуализирующих исследований, перед выполнением диагностической лапароскопии, с нашей точки зрения целесообразно выполнение красочной пробы. После обретения уверенности в наличии внепузырной эктопии устья мочеточника по результатам выполнения красочной пробы оправдано продолжение диагностического поиска с использованием лапароскопического доступа, который может трансформироваться в лечебную процедуру при обнаружении почки.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Детская андрология

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП
В ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ ФОРМ
РЕТЕНЦИИ ПАЛЬПИРУЕМЫХ ФОРМ
КРИПТОРХИЗМА**

В.В. Сизонов^{1,2}, А.Г. Макаров¹, Г.В. Новошинов¹

¹Ростовский государственный медицинский
университет

²Ростовская областная детская клиническая
больница

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лапароскопический доступ общепризнан и широко используется в лечении непальпируемых форм крипторхизма. Пальпируемые формы крипторхизма традиционно лечатся с использованием пахового и скротального доступов. Однако в течение трех последних десятилетий лапароскопический доступ все активнее используется при лечении пальпируемых форм, особенно при так называемых высоких вариантах паховых форм ретенции, среди которых существует группа пациентов, у которых яичко то пальпируется, то не пальпируется при осмотре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 2014–2021 гг. оперированы 32 мальчика с односторонней пальпируемой формой крипторхизма, у которых гонада то пальпировалась, то не определялась при осмотре. Пациенты разделены на I группу – 16 мальчиков (средний возраст – 15,6±8 мес.), которым для низведения использовали паховый доступ и II группу – 16 больных, оперированных с использованием лапароскопического доступа (средний возраст – 13,9±7 мес). Пациенты рандомизированы путем поочередного включения в группы. Учет результатов осуществляли на осмотре через 6 и 12 месяцев. Под мальпозицией после операции понимали ситуацию, когда хотя бы часть яичка располагалась экстраскротально. Под атрофией понимали уменьшение объема оперированного яичка на 50% и более по сравнению с объемом во время операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не отмечено в обеих группах. Медиана времени орхиопексии у больных I группы – 39 [25; 100] мин. по сравнению с мальчиками II группы – 42 [24; 108] мин. ($p>0,05$). В раннем послеоперационном периоде у 1 (6,2%) пациента II группы отмечено формирование гематомы мошонки. На контрольные осмотры не явились 2 пациента I группы и 3 мальчика II группы. Мальпозиция выявлена у 2 (14,2%) пациентов I группы и не было у пациентов II группы. Атрофия выявлена у 1 (7%) больного I группы и у 1 (7,6%) больного II группы.

ВЫВОДЫ

Использование лапароскопического доступа при лечении пациентов с гонадами, которые то пальпируются, то не определяются при осмотре обеспечивает уменьшение частоты мальпозиции в послеоперационном периоде.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Гидронефроз

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ЛОХАНКИ ПРИ ВНЕШНЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

В.В. Сизонов^{1,2}, А. Х.-А. Шидасев^{1,2},
Е.А. Синельник³, Е.Г. Журавлева¹, Е.В. Орлова²

¹Ростовский государственный медицинский университет

²Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

³Областная клиническая больница № 2, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Морфологические исследования при обструкции пиелoureтерального сегмента ПУС в подавляющем числе случаев посвящены изучению структурных изменений в ЛМС. При этом морфологические исследования стенки лоханки выполнялись в объеме изучения прилегающих к ПУС и вовлеченных в резекцию тканей лоханки. Мы изучили в сравнении морфологию стенки лоханки при обструкции ПУС на фоне внутренних и внешних (конфликтный сосуд) причин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен морфологический анализ резецированных при пиелопластике участков лоханки у 14 пациентов. В зависимости от выявленных причин обструкции ПУС, пациенты разделены на две группы. 1-я группа – 4 пациента с вазоуретеральным конфликтом, 2-я группа – 10 пациентов с внутренними причинами обструкции ПУС. В 1-й группе было 3 (75%) мальчика, 1 (25%) девочка. Средний возраст пациентов – 98±34 мес. Во всех случаях имелся левосторонний гидронефроз. Во 2-й группе было 6 (60%) мальчиков, 4 (40%) девочки. Средний возраст – 21±9 мес. Левосторонний гидронефроз зарегистрировали у 8 (80%) детей, правосторонний – у 2 (20%) пациентов. Лоскут лоханки шириной 5 мм отсекали выше зоны резекции ПУС. Резецированную часть лоханки фиксировали по общепринятой методике и окрашивали гематоксилин-эозином, Массон-трихромом и пикрофуксином по методу Ван Гизона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе у пациентов в стенке лоханки выявлены гипертрофия гладких мышц и умеренной степени выраженности, фиброз во всех слоях стенки лоханки – слизистой оболочке, межмышечно и в адвентиции с развитием обычной плотности фиброзной ткани. Воспаление при этом отсутствовало. Во 2-й группе имелась картина выраженного фиброза стенки лоханки с атрофией гладких мышц различной степени выраженности, местами вплоть до полного их отсутствия, с дезорганизацией и хаотичностью

гладких мышц без значимого воспаления, развитием плотной «грубой» фиброзной ткани.

ВЫВОДЫ

Проведенный нами морфологический анализ демонстрирует, что структурные изменения лоханки при внутренних причинах обструкции носят врожденный характер, а при внешних причинах – приобретенный, и связаны они с реализацией компенсаторных реакций на развившуюся обструкцию ПУС.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ

Р.Н. Урасин, В.Г. Егоров, Р.Р. Марданов, В.А. Мокрушина, Э.М. Шокуев

БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница Минздрава Удмуртской республики»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ИМВП, мочевая инконтиненция, обструктивные уропатии, нейромышечная дисплазия мочевых путей, внутридетрузорные инъекции препарата ботулинического токсина типа А, миелодиспазия.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения детей с различными вариантами миелодисплазии на сегодняшний день является мультидисциплинарной, урологическая составляющая этой проблемы является одной из главных.

Это обусловлено множественным поражением мочевых путей, снижением качества жизни, развитием ХБП. Основные синдромы у этих пациентов: ИМВП, мочевая инконтиненция, обструктивные уропатии, нейромышечная дисплазия мочевых путей.

Выработка комплексного подхода лечения этой группы больных с учетом превалирующего поражения – наша цель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2015 по 2021 г. в уроandroлогическом отделении РДКБ пролечено 27 больных с миелодисплазией в возрасте от 1,5 до 17 лет.

На этапе обследования всем проведено: УЗИ почек и мочевого пузыря, МЦУГ, СКТ почек, ЭУГ, КУДИ, диагностическая цистоскопия.

По результатам исследований у 27 (100%) выявлена дисфункция мочевого пузыря по гиперактивному ригидному типу с наличием мочевой инконтиненции в виде ишурии парадокса, у 12 выявлен односторонний ПМР, у 9 – двухсторонний ПМР.

У 4 больных был односторонний мегауретер, у 2 – двухсторонний. Обструкцию на уровне ПМС выявили в 4 случаях, в ЛМС обструкции не выявлялось. Признаки ИМВС присутствовали у всех больных в разной степени тяжести. У 6 имелись признаки ХБП разных стадий, у 3 – ХПН.

Выбор метода лечения определялся возрастом больного и его ответом на проведение лечения. 27 больным назначалась терапия ГАМП М-холинолитическими препаратами, 20 проводилось внутридетрузорные инъекции препарата ботулинического токсина типа А. У 24 (89%) больных использовалась методика периодической катетеризации мочевого пузыря. Также проводилась коррекция нарушений уродинамики верхних мочевых путей. 20 больным выполнено ЭКР различными имплантатами, трем проведена эндоскопическая баллонная дилатация ПМС со стентированием мочеточника низким стентом, одному – пластика ПМС. Все больные направлялись на динамическое наблюдение и лечение у специалиста нефролога.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 10 больных после проведения ЭКР было снижение степени ПМР, у 9 ПМР не наблюдался. Коррекция рецидива ПМР проводилась через 6 месяцев повторным введением имплантата стабильной группы. После баллонной дилатации ПМС восстановление уродинамики наблюдали у двух больных, в случаях отсутствия положительной динамики проводили повторное бужирование и стентирование ПМС. Коррекция симптомов ГАМП изолированным с применением М-холинолитической терапии произошло у 7 больных. В группе пациентов, которым проведены инъекции препаратов ботулинического токсина А, у 18 больных наблюдалось улучшение

емкостных характеристик мочевого пузыря, снижение максимального внутридетрузорного давления и давления позыва. У 7 пациентов при рецидиве ПМР после ЭКР на фоне внутридетрузорного введения препаратов ботулинического токсина А произошло излечение от ПМР.

Также отмечали уменьшение эпизодов недержания мочи после терапии ботулотоксином, исчезновения императивных позывов на мочеиспускание, восстановление воспаленной слизистой мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Пациенты НДМП с синдромом миелодисплазии требуют комплексного рентгенурологического обследования и индивидуального подхода к лечению.
2. Комплексное лечение пациентов с миелодисплазией позволяет снизить проявления мочевого инконтиненции, снизить проявления ПМР, купировать проявления ИМВП.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Диагностика гидронефроза

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ МАТЕМАТИЧЕСКИХ РАСЧЕТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ, ПОЛУЧЕННОЙ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ УРОГРАФИИ

А. Х.-А. Шидаев^{1,2}, В.В. Сизонов^{1,2}, М.И. Коган¹,
Е.В. Орлова²

¹Ростовский государственный медицинский университет

²Ростовская областная детская клиническая больница

АКТУАЛЬНОСТЬ

Показания к пиелопластике у детей строятся на анализе визуализирующих методов (ультразвуковое исследование, компьютерная томография) и исследовании, которое позволяет получить информацию о состоянии дифференциальной почечной функции. Разработка альтернативного метода, совмещающего в одном исследовании анатомическую и функциональную оценку почек, при формировании показаний к пиелопластике является целью нашего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проведен анализ историй болезни 36 пациентов, которым выполнялась функциональная магниторезонансная урография (ФМРУ) и диуретическая динамическая нефроцинтиграфия (ДНСГ) по поводу одностороннего гидронефроза. Средний возраст пациентов – 89±63 мес. Мальчиков – 26 (72,2%), девочек – 10 (27,8%). Левосторонний гидронефроз выявлен у 24 (66,7%) детей, правосторонний – у 12 (33,3%) больных (ПЕ). Антенатально гидронефроз выявлен у 9 (25%) пациентов, постнатально – у 27 (75%) больных. По данным ультразвукового исследования, гидронефроз II степени – у 11 (29,8%) детей, III степени – у 21 (56,7%) ПЕ, IV степени – у 5 (13,5%) ПЕ по классификации SFU.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана и квартили дифференциальной почечной функции (ДПФ) по данным ФМРУ на пораженной стороне составили 37% [29; 43], а по данным ДНСГ – 46% [40; 49]. Модуль разности ДПФ между ФМРУ и ДНСГ составил 11,3% (0,7–33). Коэффициент линейной корреляции Пирсона $r=0,6428$, коэффициент ранговой корреляции Спирмена – 0,6824. Эти значения силы корреляционной связи оцениваются как умеренные.

Путем проведения статистического анализа с целью нивелировать различия между ФМРУ к наблюдаемым значениям ДНСГ была выведена расчетная формула $\text{ФМРУ} = \text{ДНСГ} + (\text{ДНСГ} - 50) \times 0,68$. При использовании приведенной формулы число пациентов с разницей расчетных значений менее 5% по результатам ФМРУ и ДНСГ составило 26 (83,9%) пациентов, менее 10% – 28 (90,3%) пациентов ($r=0,9546$).

ВЫВОДЫ

Использование поправочного коэффициента позволяет адаптировать данные ФМРУ в части отражения ДПФ к значениям ДНСГ, что делает возможным использовать результаты ФМРУ при формировании показаний к пиелопластике у детей.

Тема сессии: Практические подходы в детской урологии

Рубрика: Урологические проблемы у детей с ДЦП. Раннее выявление, наблюдение и профилактика

УРОАНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

А.Ю. Щедрина^{1,2}, С.В. Иванов¹

¹*Отделение травматологии и ортопедии
№ 3, КВМТ им. Н.И. Пирогова «СПбГУ»,
Санкт-Петербург, Россия*

²*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СПбГПМУ»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детский церебральный паралич, ребенок, детская урология-андрология, неврология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2021 г. в Санкт-Петербурге в КВМТ им. Н.И. Пирогова «СПбГУ» у детей с неврологическими нарушениями применяется мультидисциплинарный принцип лечения. Осмотр детей с церебральным параличом проводится на Консилиуме ДЦП командой специалистов (ортопед, педиатр, невролог, уролог, офтальмолог, психолог), а также специалистами по реабилитации. Детский церебральный паралич (ДЦП) – актуальная проблема детской неврологии во всем мире. Любое повреждение развивающегося мозга может навсегда привести не только к нарушению контроля движений и осанки, но и к другим неврологическим симптомам, которые варьируются от малозаметных до тяжелых. Аналогично урологические особенности этих пациентов, связанные с задержкой созревания нервной системы и поздним становлением навыков регуляции мочеиспускания, могут сильно различаться. Помимо дисфункции тазовых органов, у этой категории детей встречаются различные уроандрологические и метаболические отклонения. *Цель исследования:* первичное диагностирование урологической патологии у детей с ДЦП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках Консилиума ДЦП за период с декабря 2021 г. по март 2023 г. осмотрены 65 детей. Предварительно всем пациентам рекомендовано выполнить лабораторные обследования, вклю-

чающие данные анализов мочи и крови. В рамках первичного амбулаторного приема было выполнено: сбор анамнеза, оценка предоставленного дневника мочеиспускания и дефекации, данных лабораторных обследований, осмотр ребенка, в том числе андрологический, УЗИ почек, мочевого пузыря и органов мошонки. На каждого ребенка составлена регистрационная карта, проводился учет первично выявленных проблем и оценка информирования родителей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечено более позднее формирование гигиенических навыков у 27 (41,5%) детей; полное отсутствие гигиенических навыков – у 18 (27,7%) детей; врожденные пороки развития органов мочевыделительной системы – у 6 (9,2%) детей; андрологическая патология (у мальчиков): крипторхизм – у 6 (9,2%) мальчиков, ложный крипторхизм, связанный с повышенным кремастерным рефлексом – у 12 (18,4%) детей; варикоцеле – у 3 (4,6%) мальчиков; пиелозктазия – у 8 (12,3%) детей; гипорефлекторный мочевой пузырь – у 27 (41,5%) детей; недержание мочи – у 24 (36,9%) детей, инфекции мочевыделительной системы – у 12 (18,4%) детей. У 32 (49,2%) детей встречались две и более проблем.

При осмотре на Консилиуме ДЦП отмечена низкая информированность родителей об урологических проблемах ребенка. Только 7 из 65 родителей детей с церебральным параличом акцентировали свои жалобы на том, что имеются проблемы в работе мочевыделительной системы ребенка, только 12 из 65 пациентов были на приеме у уролога до обращения на Консилиум ДЦП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследуемой группе детей с церебральным параличом урологические проблемы при первичном осмотре диагностированы у 67% детей, то есть у 44 детей имелись вышеописанные патологии, что требует наблюдения уролога в дальнейшем.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ИНФЕРТИЛЬНОСТЬ, БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Хирургическое лечение мужской инфертильности

УЛУЧШАЕТ ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Е ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН ИЗ БЕСПЛОДНЫХ ПАР

Ф.А. Акилов¹, Ш.Т. Мухтаров¹,
А.Б. Шомаруфов¹, В.А. Божедомов²,
Ш.И. Гиясов¹, Ж.Х. Мирхамидов¹,
Ш.А. Аббосов¹, А.А. Камалов²

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

²Кафедра урологии и андрологии, ФГБОУ ВО
«Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

варикоцеле, варикоцелэктомия, мужская субфертильность, спонтанная беременность, спермограмма.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

До сих пор отсутствует единое мнение о целесообразности и эффективности применения дополнительной антиоксидантной терапии в плане восстановления репродуктивной функции у субфертильных мужчин после коррекции варикоцеле. В данном исследовании мы изучили эффективность применения витамина Е у мужчин из бесплодных пар после микрохирургической варикоцелэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное многоцентровое исследование проведено с привлечением 108 мужчин из бесплодных пар, у которых выявлено клиническое варикоцеле и патозооспермия. Все пациенты перенесли микрохирургическую паховую или подпаховую

варикоцелэктомия. Пациенты с азооспермией, выраженной олигозооспермией (концентрация – менее 1 млн/мл) и другими причинами бесплодия (в том числе при наличии женского фактора бесплодия) были исключены из исследования. Параметры спермограммы оценивались до и после операции (через 3 месяца) в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2021 г. Также была оценена частота спонтанных (естественных) беременностей (СБ) после операции. В соответствии с тактикой послеоперационного ведения пациенты были разделены на две группы: контрольная (группа I, n=62) и основная группа (группа II, n=46), где пациенты дополнительно принимали витамин Е в дозировке 400 мг 1 раз в сутки в течение 3 месяцев. Информация по СБ после варикоцелэктомии были получены от 89 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние параметры эякулята значительно улучшились после коррекции варикоцеле (через 3 месяца): медиана числа прогрессивно подвижных сперматозоидов в эякуляте (ЧППСЭ) увеличилась с 19,5 млн до 43,5 млн ($p=0,00000012$). У 72 пациентов (67%) наблюдалось улучшение показателей эякулята. У 11 (10%) пациентов ЧППСЭ не изменился, у 25 (23%) пациентов он уменьшился. 26 из 89 пациентов (29%) сообщили о наступлении СБ в течение года после операции.

Сравнительный анализ исходных клинических (возраст мужчины, продолжительность бесплодного брака, степень варикоцеле, объем яичка, ИМТ и др.) и лабораторных данных (показатели спермы) не выявил достоверных различий между группами. О наступлении СБ сообщили 17 пациентов группы I (из 55, 30,1%), в то время как у пациентов группы II СБ наступила у 9 из 34 пар (26,5%). Разница между группами была статистически не значимой ($p=0,78$). Сравнение послеоперационных показателей спермограммы также не выявило статистически значимых различий между группами:

1) медиана концентрации сперматозоидов в группе I увеличилась с 55 млн до 72 млн ($p=0,000297$), тогда как в группе II этот показатель увеличился с 70 млн до 86 млн ($p=0,012$);

2) медиана ЧППСЭ в группе I увеличилась с 23 млн до 41,5 млн ($p=0,000084$), а в группе II этот показатель увеличился с 11 млн до 49,5 млн ($p=0,000285$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о том, что варикоцелэктомия приводит к улучшению качества эякулята. В то же время дополнительное применение витамина Е не влияет на результаты коррекции варикоцеле.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Эпидемиология

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПРОЕКТНЫЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

О.И. Аполихин¹, С.С. Красняк²

¹Дирекция, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

²Отдел андрологии и репродукции человека, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

репродуктивное здоровье, заболеваемость, общественное здоровье, диспансеризация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние годы система здравоохранения добилась значимых результатов в области снижения младенческой и материнской смертности. Однако коэффициент рождаемости в Российской Федерации за последние три года остается практически неизменным на уровне 1,5, что ниже уровня воспроизводства населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью обеспечения устойчивого прироста численности населения, в т.ч. посредством сохранения репродуктивного здоровья мужчин и женщин и повышения репродуктивного потенциала нации в ряде субъектов РФ (Архангельская, Новгородская, Калужская, Тульская, Магаданская области, Приморский край), был начат пилотный проект «Репродуктивное здоровье». В рамках данного проекта был разработан и реализован целый ряд мероприятий медицинского и социально-экономического характера. Разработана

модель трехуровневой системы оказания медицинской помощи мужчинам с различным риском нарушения репродуктивного здоровья. А также схема маршрутизации граждан с различным риском нарушения репродуктивного здоровья и имеющих нарушение репродуктивной функции. Проведено обследование репродуктивного здоровья подростков в возрасте 15–17 лет и мужчин 18–35 лет на основании результатов профилактических осмотров.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании анализа имеющихся в наличии отчетов субъектов-участников выяснилось, что существует выраженное различие в вовлеченности мужского населения в процесс заботы о своем репродуктивном здоровье. Во всех субъектах-участниках число осмотренных мужчин/мальчиков существенно ниже числа осмотренных женщин/девочек, что указывает на недостаточную информационную работу с мужским населением. Охват осмотренных мужчин составил 5,2–21,6%, охват осмотренных женщин составил 6,6–25,3% от проживающих в регионе на отчетный период. Число лиц с выявленной патологией репродуктивной системы среди обследованных лиц существенно отличается от субъекта к субъекту. Так, во всех субъектах-участниках выявленная заболеваемость у мужчин была ниже на 11,3–40,0%. В отношении подростков 15–17 лет: доля мальчиков с выявленной патологией составляла 2,4–13,7%, доля девочек – 3,6–8,6%. Структура выявленной заболеваемости среди мальчиков 15–17 лет значительно отличается от субъекта к субъекту. Распространенность варикоцеле варьируется от 0,14 до 1,54%. Структура заболеваемости среди мужчин 18–35 лет также отличается от субъекта к субъекту. Например, выявленная распространенность заболеваний предстательной железы колеблется от 0,21 до 4,0%, т.е. практически в 20 раз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация проекта «Репродуктивное здоровье» позволит получить достоверные данные о встречаемости заболеваний репродуктивной системы у подростков и мужчин, а также отобрать наиболее эффективные мероприятия повышения рождаемости.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема секции: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Инфертильность, базовые исследования, диагностика

**РЕФЕРЕНТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
БАЗОВОГО АНАЛИЗА ЭЯКУЛЯТА
ФЕРТИЛЬНЫХ МУЖЧИН: РОССИЙСКИЕ
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
(МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ
РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

В.А. Божедомов^{1,2}, И.А. Корнеев³,
Н.А. Липатова⁴, Г.Е. Божедомова¹,
Р.А. Камарина^{1,4}, А.А. Камалов¹

¹Клиника мужского здоровья медицинского научно-образовательного центра (МНОЦ) и кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.

В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва, Россия

³Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад.

И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

⁴ООО «Мужская клиника МЕД-КОД», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужское бесплодие, сперматозоиды, спермограмма, олигозооспермия, астенозооспермия, тератозооспермия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальное Руководство ВОЗ по исследованию спермы (6 ред., 2021) констатирует вариабельность и низкую предсказательную способность традиционно оцениваемых параметров эякулята (объем, концентрация, подвижность и морфология сперматозоидов), отказывается от понятия «нормы», заменяя его 5 и 95 перцентилиями, и рекомендует формировать региональные критерии референтных диапазонов. *Цель исследования:* установить референтные диапазоны показателей базового анализа эякулята фертильных мужчин-россиян для повышения клинико-экономической эффективности оказания помощи бес-

плодным парам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование многоцентровое поперечное ретроспективное. По результатам клинико-лабораторного обследования сформирована группа фертильных мужчин, соответствующих следующим критериям:

- диагностированная беременность у жены (постоянной партнерши) по данным ХГЧ и/или УЗИ;
- исследование эякулята выполнено в специализированных андрологических лабораториях по протоколам ВОЗ;
- между датой выполненного исследования и расчетной датой наступления беременности не более 3 мес. (анализ мог быть выполнен до даты беременности или после установления факта беременности);
- беременность в естественном цикле;
- отсутствие какого-либо специфического лечения не менее чем за 3 мес. до даты беременности;
- исход беременности (роды, медицинские аборт, выкидыши, замершие беременности) не учитывался.

Всего в выборку включены 445 мужчин, обратившихся в ЛПУ, где работали авторы, в рамках диспансеризации по поводу сексуальных дисгармоний, хронического простатита или замершей беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица

Показатели эякулята	n	Процентили									Диапазон	
		2,5	5	10	25	50	75	90	95	97,5	min	max
Объем, мл	445	1,5	1,7	2,0	2,5	3,4	4,4	5,8	6,4	7,0	0,8	13,0
Концентрация, млн/мл	445	16	20	27	44	72	103	147	188	245	5	500
Прогрессивная подвижность, %	445	21	24	27	34	43	52	60	66	70	13	79

Быстро подвижных сперматозоидов (категория А), %	423	2	6	11	20	31	41	49	54	59	0	74
Жизнеспособность, %	428	52	61	65	76	84	90	93	95	97	22	100
Патологических форм, %*	257	78	79	83	89	95	97	98	99	99	51	100
<p>Примечание: n – количество пациентов; min-max – минимум и максимум; * – данные за период с 2011 по 2022 г: оценка морфологии по строгим критериям в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2010 г. (5 редакция); эмпирические данные округлены до целых значений.</p>												

Из полученных данных следует, что референтные значения базовых исследований эякулята фертильных мужчин-россиян отличаются от международных данных, представленных в Руководстве ВОЗ 6-й редакции (2021): нижний 5%-ный перцентиль у россиян больше для концентрации сперматозоидов (20 и 16 млн/мл соответственно) и объема (1,7 и 1,4 мл), меньше – для доли прогрессивно-подвижных (24 и 30%). При этом наши данные весьма близки к данным Руководства ВОЗ 4-й редакции (1999): 20 млн/мл, 2 мл и 25% соответственно. Верхний 95%-ный перцентиль для морфологии оказался равен 99%, что свидетельствует о невысокой предсказательной способности данного показателя в оценке возможности зачатия. Но при этом следует иметь виду, что «фертильный мужчина», т.е. мужчина, от которого наступила беременность, не тождественен понятию «здоровый» в репродуктивном смысле, поскольку до 30–40% случаев замершая беременность вызвана низким качеством сперматозоидов (ESHRE, 2023).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из наших данных следует, что для российских мужчин при оформлении заключения по спермограмме термин «олигоспермия» следует использовать при объеме эякулята меньше 1,7 мл, «олигозооспермия» – при концентрации сперматозоидов

идов меньше 20 млн/мл, «астенозооспермия» – при менее 24% прогрессивно-подвижных форм и «тератозооспермия» только при 100% морфологически аномальных форм.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Консервативное лечение мужской инфертильности

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОБЩУЮ АНТИРАДИКАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЭЯКУЛЯТА И УРОВЕНЬ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ

С.Ю. Боровец¹, М.К. Потапова¹, М.А. Рыбалов², А.Г. Горбачев¹, С.Х. Аль-Шукри¹

¹Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
²НИЦ урологии, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

мужское бесплодие, пептиды предстательной железы, общая антирадикальная активность эякулята, фрагментация ДНК сперматозоидов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Большую роль в патогенезе мужского бесплодия играет оксидативный стресс, приводящий к патоспермии и повреждениям целостности ДНК сперматозоидов. *Цель исследования:* оценка влияния комплексных пептидов предстательной железы на общую антирадикальную активность спермоплазмы, уровень фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС) и основные параметры эякулята у мужчин с бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 36 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет (средний – 31,2±5,4 года) с установленным фактом бесплодия в браке и с содержанием в эякуляте сперматозоидов с патологической фрагментацией ДНК – от 16

до 50%. Пациентам проводили курс лечения препаратом Простатилен® АЦ, содержащим простаты экстракт 0,03 г+цинка аргинил-глицинат 0,18 г, ректально, один раз в сутки, в течение 10 дней. Обследование пациентов до и после лечения включало: спермограмму; MAR-тест; определение степени ФДНКС; определение общей антирадикальной активности эякулята. ФДНКС оценивали методом проточной цитофлуориметрии, нормативным значением считали $\leq 15\%$. Проводили статистический анализ полученных результатов (SPSS Statistics for Windows, v.20.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате лечения пациентов комплексными пептидами предстательной железы наблюдали достоверное повышение общей антирадикальной активности эякулята с 547,5 (471,5; 693,5) до 619,0 (578,5; 952,0) ммоль/л ($p < 0,05$), снижение степени ФДНКС в среднем с $20,0 \pm 4,0$ до $8,3 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$). После лечения статистически значимо повысились: концентрация сперматозоидов – с $26,1 \pm 15,1$ до $35,2 \pm 12,0$ млн/мл ($p < 0,05$), их прогрессивная подвижность – с $28,3 \pm 13,2$ до $36,3 \pm 12,6\%$ ($p < 0,01$), количество морфологически нормальных форм – с $2,9 \pm 1,8$ до $3,5 \pm 1,6\%$ ($p < 0,01$). Во время лечения и последующего наблюдения побочных эффектов и осложнений не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексные пептиды предстательной железы способствуют повышению общей антирадикальной активности спермоплазмы, снижению степени патологической ФДНКС и улучшению основных параметров эякулята.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Диагностика мужского бесплодия

ЛИПИДОМНЫЕ МАРКЕРЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАРИКОЦЕЛЕ

С.И. Гамидов^{1,2}, Т.В. Шатылко¹, Т.Б. Бицоев², А.Х. Тамбиев², А.О. Токарева³, В.В. Чаговец³, Н.Л. Стародубцева³, В.Е. Франкевич³

¹Отделение андрологии и урологии, ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова», Москва, Россия

²Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии, ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

³Лаборатория протеомики и метаболомики в репродукции человека, ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

липидомный анализ, липидомика, липидный профиль, варикоцеле, спермограмма, мужское бесплодие.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из самых частых причин мужского фактора бесплодия является варикоцеле. Однако после микрохирургической варикоцелэктомии самостоятельная беременность в паре наступает лишь в 10–45% случаев. *Цель исследования:* изучить особенности липидного профиля семенной плазмы пациентов с варикоцеле и оценить возможность использования липидомного анализа семенной плазмы в отборе мужчин с варикоцеле для хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

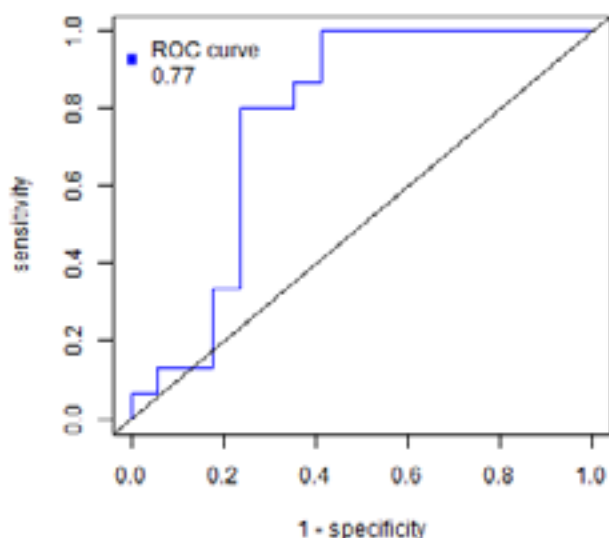
Одноцентровое проспективное когортное исследование в параллельных группах, проведенное с января 2019 г. по февраль 2021 г. 31 пациенту с варикоцеле и нарушениями параметров спермограммы в возрасте от 26 до 44 лет, состоящему в бесплодном браке, была выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару. В контрольную группу вошли 24 здоровых мужчины без варикоцеле, с нормозооспермией и установленной фертильностью. В качестве материала для исследования использовалась семенная плазма мужчин, в которой определялся липидный состав методом масс-спектрометрии. При сравнении липидных профилей семенной плазмы и клинических параметров пациентов из успешной и безуспешной группы использовался непарный тест Манна-Уитни. При сравнении липидных профилей семенной плазмы до и после операции использовался тест Уилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 3–6 месяцев после операции повторно оценивался анализ спермограммы. Критериями эффективности операции стали наступление беременности в паре через 2–7 месяцев после операции либо повышение общего количества подвижных сперматозоидов как минимум на 50%

от исходного. При сравнении липидных профилей семенной плазмы мужчин из группы контроля и группы с варикоцеле, а также липидных профилей семенной плазмы, полученной до и после операции, статистически значимых различий обнаружено не было. При сравнении липидных профилей семенной плазмы, сданной пациентами до микрохирургической варикоцелэктомии, у которых достигнут ($n=15$) и не достигнут ($n=16$) эффект после операции, было обнаружено статистически значимое различие уровня HexCer-NDS d20:0/18:0 в режиме положительных ионов и 8 липидов в режиме отрицательных ионов. Данные липиды относятся преимущественно к окисленным фосфолипидам, кардиолипинам и фосфатидилэтаноламинам. На основе соединений со статистически значимой разницей в уровнях была построена модель логистической регрессии и выполнен ROC-анализ разработанной модели.

Рисунок



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Липидом семенной плазмы пациентов, у которых был достигнут эффект после перенесенной операции по поводу варикоцеле, имеет статистически значимое различие с липидным профилем семенной плазмы тех пациентов, у которых эффекта достигнуто не было. Соответственно, можно предположить, что семенная плазма служит источником биологических маркеров для прогнозирования успешного хирургического лечения варикоцеле в плане восстановления репродуктивной функции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Мужская инфертильность

ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ЭЯКУЛЯТА В ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Х.С. Ибишев¹, Е.А. Синельник²,
Г.А. Магомедов¹, М.И. Коган¹

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.
²ГБУ РО «ОКБ № 2», Ростов-на-Дону, Россия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

инфертильность, папилломавирусная инфекция, электронная микроскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мужское бесплодие (МБ) остается мультифакторной проблемой с различными этиологическими факторами. Определенная и значимая роль в развитии МБ отводится инфекционным агентам, в том числе вирусной инфекции, в частности вирусов папилломы человека (ВПЧ). *Цель исследования:* изучить роль электронной микроскопии эякулята в диагностике инфертильности, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов электронно-микроскопического исследования эякулята у 51 пациента в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст – $32,3 \pm 6,4$) с диагнозом бесплодие и патоспермией, сочетающейся с ПВИ, но с отсутствием других факторов риска. Исследование выполнялось на *трансмиссионном электронном микроскопе Jet 1011 (Jeol, Япония) с помощью цифровой камеры Erlangshen ES500W (Gatan, США, Канада)*. Для идентификации типа вируса использовали амплификационный метод ДНК-диагностики ПЦР.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обследуемых в эякуляте верифицированы различные типы ВПЧ. Причем из 20 идентифицированных вирусов 17 (85,0%) относились к вирусам высокого онкогенного риска. В струк-

туре ВПЧ доминировали вирусы 18 (33,3%) и 16 (31,3%) типов. Реже обнаруживали вирусы 31 и 33 типов (27,4 и 21,5% соответственно) ($p < 0,05$). Удельный вес остальных вирусов был достоверно ниже. Связь между ВПЧ и их негативным влиянием на морфологические характеристики сперматозоидов остается малоизученной, но, тем не менее, вирус может присутствовать в различных фракциях спермы. При анализе результатов электронной микроскопии отмечена фиксация вируса на сперматозоидах у 80,3% пациентов. При этом у большинства пациентов (76,4%) вирус локализовался на акросоме, а в спермоплазме (эпителиальные клетки и др.) был выявлен у 52,9% пациентов. Кроме того, при выполнении электронно-микроскопического исследования эякулята были выявлены различные патологические изменения сперматозоида с доминированием (76,4%) патологии акросомы.

В исследуемой когорте пациентов были выявлены различные варианты патологии акросомы: расширение субакросомального пространства (52,9%), уменьшенный размер акросомы (43,1%), патология постакросомной пластины (33,3%) (рис. 6). Кроме того, у большинства (60,8%) обследованных пациентов была выявлена патология ядра: наличие неконденсированного (29,4%) и разрушенного хроматина (31,4%), а регистрация вакуолей выше нормативных значений отмечена у 27,4% пациентов ($p < 0,05$). Наиболее тяжелые изменения акросомы были выявлены при наличии в эякуляте 31 и 33 типов вируса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Бесплодие

СНИЖАЕТСЯ ЛИ ФЕРТИЛЬНОСТЬ РОССИЙСКИХ МУЖЧИН: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЯКУЛЯТА В ЦЕНТРЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ С 2016 ПО 2022 Г.

И.А. Корнеев^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

²АО «Международный центр репродуктивной медицины», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужское бесплодие, мужское репродуктивное здоровье, качество спермы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опубликованы работы, из которых следует, что концентрация и число сперматозоидов в эякуляте мужчин во многих странах мира постепенно снижаются. Однако выводы авторов противоречивы, а исследований, основанных на результатах изучения параметров спермы российских мужчин, недостаточно.

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей эякулята мужчин, обратившихся в центр репродуктивной медицины в период с 2016 по 2022 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно изучены показатели спермограмм 14234 мужчин, последовательно обратившихся в Международный центр репродуктивной медицины, Санкт-Петербург, с 2016 по 2022 г. Всем мужчинам было выполнено стандартное исследование эякулята в соответствии с методическими указаниями ВОЗ 2010 г. Проанализированы параметры распределения этих показателей за весь период и по годам наблюдения, произведена их сравнительная оценка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Параметры распределения объема эякулята и морфологии сперматозоидов не имели заметной динамики за весь период наблюдения. У 597 (4,2%) мужчин была выявлена азооспер-

мия, у 435 (3,1%) – криптозооспермия, наблюдалась тенденция к снижению средней концентрации сперматозоидов на 1,6 млн/мл или 1,9% в год и числа сперматозоидов на 4,7 млн или 1,8% в год, а также увеличению доли прогрессивно-подвижных сперматозоидов на 1,3% в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для получения окончательных выводов о постепенном снижении репродуктивной функции мужчин целесообразно продолжение исследований, в том числе и в других медицинских центрах РФ

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Инфертильность (гормональное лечение)

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОРОТКОГО КУРСА МНОГОДОЗОВЫХ МЕНОТРОПИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.С. Красняк⁴, О.И. Аполихин¹, Г.Ж. Мсахалая², С.В. Боголюбов³

¹Дирекция, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

²Клиника превентивной медицины, АО «Европейский медицинский центр», Москва, Россия

³Лечебно-диагностическое отделение вспомогательных репродуктивных технологий, ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия

⁴Отдел андрологии и репродукции человека, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужское бесплодие, гипогонадизм, менотропины, олигозооспермия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время менотропины широко используют для лечения мужского бесплодия как

для стимуляции сперматогенеза, так и для компенсации гормонального дисбаланса. Но реальная практика использования менотропинов может отличаться от рекомендаций, данных производителем. Поэтому особенно важны наблюдательные программы, позволяющие оценить эффективность лекарственного средства в рутинной практике. В реальной практике гормональное лечение бесплодия чаще всего проводят в период подготовки пары к ЭКО, и оно длится не более 4–6 недель. В то же время в литературе практически отсутствуют научные данные об эффективности таких коротких схем лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было разработано как многоцентровое проспективное обсервационное когортное. В него были включены 1120 мужчин с бесплодием, зарегистрированных в период с января 2020 г. по апрель 2021 г. Критерием было включение мужчин, в семейной паре которых беременность отсутствовала в течение 12 мес. при регулярной незащищенной половой жизни. В качестве лечения мужчины получали многократный прием менотропина в дозировке 75 МЕ, 112,5 МЕ или 150 МЕ через день с ХГЧ по 2000 МЕ 2–3 раза в неделю. Показатели спермы и гормоны (общий тестостерон, ГСПГ, ЛГ, ФСГ, ингибин В, эстрадиол) оценивали до лечения и через 4 недели после него.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность бесплодия составила 20,6 мес. Возраст больных – от 18 до 65 (33,6±7,0) лет. Только 6,6% мужчин до включения в исследование получали какое-либо лечение по поводу мужского бесплодия. Концентрация сперматозоидов через 1 месяц лечения увеличилась на 23,8% – с 17,6±18,1 до 23,1±8,4 млн/мл, общее количество сперматозоидов выросло на 32,1% – с 40,2±41,7 до 53,1±49,1 млн, прогрессивная подвижность (категории А+В) увеличилась в среднем с 26,5±16,2 до 32,0±16,5%, как и доля морфологически нормальных сперматозоидов – с 2,3±2,5 до 3,0±2,7%. Уровень общего тестостерона увеличился на 33,3% – с 11,1±4,6 до 14,8±6,3 нмоль/л. Все данные изменения были статистически достоверными (p<0,05). Уровни ингибина В и эстрадиола достоверно не изменились. В отношении общего числа сперматозоидов наиболее эффективными оказались дозировки 112,5 МЕ и 225 МЕ три раза в неделю (увеличение концентрации на 46,4 и 48,4% соответ-

ственно). Прогрессивная подвижность показала самую высокую динамику при использовании дозировки 112,5 МЕ. Данный показатель увеличился на 152,5% через 4 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, многодозовый менотропин уже при применении в течение 4 недель позволяет значительно улучшить качество эякулята (концентрацию, общее количество, прогрессивную подвижность, морфологию). В случае недостаточной эффективности короткого курса (1 мес.) целесообразно продолжить лечение не менее 3 месяцев или увеличить дозировку.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение ДГПЖ

ДИНАМИКА ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ ПОСЛЕ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

В.А. Ланков^{1,2}, С.Ю. Боровец^{1,2},
Е.С. Невирович^{1,2}, С.Х. Аль-Шукри¹,
О.М. Мосийчук², Н.Ю. Костенков^{1,2}

¹*Кафедра урологии с курсом урологии
с клиникой, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

²*12-е урологическое отделение, СПб ГБУЗ
«Городская больница № 15», Санкт-Петербург,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

бесплодие, варикоцеле, варикозное расширение вен семенного канатика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Бесплодие выявляют у 15% сексуально активных пар, вступающих в незащищенный половой акт. При этом на долю мужского фактора infertility приходится от 30 до 50%. Одним из главных патофизиологических механизмов возникновения патозооспермии и ФДНКС при секреторном мужском бесплодии является оксидативный стресс, который возникает у больных варикоцеле. Доказано, что варикоцелэктомия повышает частоту возникновения спонтанной беременности

и улучшает результаты ВРТ. *Цель исследования:* провести сравнительную оценку динамики ФДНКС после субингвинальной и лапароскопической варикоцелэктомии при мужском бесплодии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 67 мужчин в возрасте от 24 до 42 лет с диагнозом бесплодие в браке, мужской фактор infertility, установленным от года до 9 лет назад. У всех пациентов было диагностировано левостороннее варикоцеле II степени. Всем пациентам выполняли анализ эякулята – спермограмму, определяли степень ФДНКС методом TUNEL и уровень антиспермальных антител класса IgG в эякуляте. Пациенты методом рандомизации были разделены на две группы. В 1-ю группу включены 33 пациента, которым выполняли субингвинальную варикоцелэктомию (операция Мармара), во 2-ю – 34 пациента, которым была выполнена лапароскопическая варикоцелэктомия. Комплексное исследование эякулята проводили до, через 3 и через 6 мес. после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных 1-й и 2-й групп через 3 месяца после хирургической коррекции варикоцеле было отмечено статистически недостоверное улучшение основных показателей спермограммы в сравнении с их дооперационным уровнем; оно оказалось статистически значимым через 6 месяцев после операции. У больных 1-й группы до и через 6 мес. после операции Мармара концентрация сперматозоидов увеличилась с $27,3 \pm 7,8$ до $44,7 \pm 8,8$ млн/мл. У больных второй группы через 6 месяцев после лапароскопической варикоцелэктомии также было отмечено достоверное повышение концентрации сперматозоидов с $31,8 \pm 2,1$ до $47,1 \pm 5,3$ млн/мл. Уровень MAR-теста у пациентов обеих групп до операции не превышал 10%; статистически значимого изменения этого показателя в послеоперационном периоде у пациентов обеих групп не наблюдали. Повышенное значение ФДНКС отмечали у 27 из 33 (81,8%) больных 1-й группы и у 29 из 34 (85,3%) – второй. У больных 1-й группы до и через 3 месяца после оперативного лечения статистически значимого снижения ФДНКС не наблюдали – $33,7 \pm 8,5$ и $25,6 \pm 6,8\%$ соответственно. У больных 2-й группы до и уже через 3 месяца после оперативного лечения было отмечено статистически значимое снижение величины ФДНКС – с

36,9±3,2 до 14,6±6,8% соответственно. До и через 6 месяцев после операции в обеих группах больных отмечали достоверное снижение величины ФДНКС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение субингвинальной и лапароскопической варикоцелэктомии способствует достоверному улучшению основных показателей спермограммы через 6 мес. после выполнения хирургической операции. Статистически значимое снижение ФДНКС наблюдается уже через 3 месяца после лапароскопической варикоцелэктомии, и только через 6 мес. – после операции Мармара. Через 6 мес. после лапароскопической варикоцелэктомии и операции Мармара положительное влияние обоих методов хирургического лечения на снижение уровня ФДНКС оказывается сопоставимым.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Мужское бесплодие. Консервативное лечение, оценка исходов и наблюдение

ВЛИЯНИЕ ПЛАЦЕБО НА КАЧЕСТВО СПЕРМЫ И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ

А.О. Морозов¹, Э.Б. Утигалиева²,
А.Ю. Суворов³, М.С. Тараткин¹, Е.А. Безруков¹,
G.I. Russo⁴, Д.В. Еникеев^{1,5,6}

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья, Сеченовский Университет, Москва, Россия*

²*Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Сеченовский Университет, Москва, Россия*

³*Центр Цифрового биодизайна и персонализированного здравоохранения, Сеченовский университет, Москва, Россия*

⁴*University of Catania, Catania, Italy*

⁵*Department of Urology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria*

⁶*Karl Landsteiner Institute of Urology and Andrology, Vienna, Austria*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

плацебо, бесплодие, качество спермы, метаанализ.

ВВЕДЕНИЕ

Для лечения идиопатического мужского бесплодия предложено множество препаратов. Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) обеспечивают самый высокий уровень доказательности при оценке эффективности препаратов, однако было показано, что эффект плацебо может искажать результаты даже в идеальных условиях. Влияние плацебо на такие объективные показатели, как качество спермы и бесплодие, ранее целенаправленно не изучалось, однако в некоторых исследованиях обращает внимание существенное улучшение в группе плацебо, и можно предположить ряд возможных причин этого. *Цель исследования:* оценка влияния плацебо на фертильность (а именно качество спермы и частоту наступления беременности) у пациентов, страдающих аномалиями сперматозоидов и/или идиопатическим бесплодием, что может помочь планировать и интерпретировать клинические испытания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В двух базах данных (Scopus и MEDLINE) был проведен поиск двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований по лечению идиопатических аномалий сперматозоидов и/или мужского бесплодия, опубликованных до сентября 2022 г. Мы включили только РКИ на английском языке, где сравнивались плацебо и лечение медицинскими препаратами или пищевыми добавками (статьи с другими видами лечения были исключены). Первичные результаты включали изменения в параметрах спермы (объем, общее количество, концентрация сперматозоидов в сперме, прогрессивная подвижность, доля клеток с нормальной морфологией). Вторичные исходы включали фрагментацию ДНК и изменение частоты наступления беременности. Аналитическая обработка данных и метаанализ проводились с использованием R v.4.2 с включением *libraries metafor, dmetar*.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было включено 77 статей, опубликованных с 1983 по 2022 г. Статистически значимые изменения наблюдались для следующих показателей: общее количество сперматозоидов, среднее изменение $+0,16 \cdot 10^6$ (95% ДИ 0,05, 0,26), $p=0,004$,

$I^2=75,1\%$; и прогрессивная подвижность, среднее изменение $+0,13\%$ (95% ДИ 0,02, 0,24), $p=0,026$, $I^2=84,9\%$. Остальные показатели существенно не отличались. Среди них были объем эякулята, среднее изменение $-0,08$ мл (95% ДИ $-0,03$, 0,19), $p=0,157$, $I^2=73,5\%$; концентрация сперматозоидов, среднее изменение $+0,05$ /мл (95% ДИ $-0,05$, 0,16), $p=0,335$, $I^2=80,7\%$; доля сперматозоидов с нормальной морфологией, среднее изменение $0,06\%$ (95% ДИ $-0,18$, 0,06), $p=0,32$, $I^2=81,2\%$; и индекс фрагментации ДНК, среднее изменение $-0,21\%$ (95% ДИ $-0,5$, 0,09), $p=0,174$, $I^2=90,2\%$. Публикационное смещение, измеренное с помощью теста Эггера и воронкообразных графиков, для всех значений было низким. Частота наступления беременности колебалась от 0 до 48%, ее медиана составила 10,55% (IQR 3,3–20,0).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Текущий метаанализ показал статистически значимое улучшение общего количества сперматозоидов и их прогрессирующей подвижности в группе плацебо. Однако плацебо не влияло на концентрацию сперматозоидов, их морфологию, объем и индекс фрагментации ДНК. Систематический обзор выявил значительную частоту наступления беременности в группе, получавшей плацебо.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Мужское бесплодие. Консервативное лечение, оценка исходов и наблюдение

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМОГРАММЫ НА ЧАСТОТУ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ХГЧ-ОТВЕТА В ПРОГРАММЕ ВРТ

Н.П. Наумов², Т.В. Шатылко¹, С.И. Гамидов^{1,2},
А.Ю. Попова^{1,2}

¹Отделение андрологии и урологии
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. акад.
В.И. Кулакова» Минздрава России

²Кафедра акушерства, гинекологии,
перинатологии и репродуктологии института
профессионального образования ФГАОУ ВО

«Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава
России (Сеченовский университет)

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Существует целый ряд проблем, связанных с диагностикой и лечением мужского бесплодия, таких как недостаточная точность общепринятых методов оценки мужской фертильности, ограниченное понимание патофизиологии мужского бесплодия, нехватка квалифицированных андрологов и технических ресурсов, особенно за пределами крупных специализированных центров. Использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является одним из основных методов преодоления мужского бесплодия. Однако, хотя эффективность ВРТ значительно выросла в последние годы, она все еще далека от 100%. Неудачные результаты процедур ВРТ могут быть обусловлены отклонениями в спермограмме. Но достаточно сложно определить связь показателей спермограммы с исходами программ ВРТ. *Цель исследования:* выявление зависимости частоты положительного ХГЧ-ответа в программе ВРТ от показателей спермограммы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Соответственно поставленным целям и задачам исследования была обследована 2221 пара ЭКО, 7821 пара ICSI. Всего 10042 пары. Перед проведением программы ВРТ все супружеские пары прошли полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» от 23 августа 2012 г.

После комплексного обследования все пары были разделены на две группы.

Группа I – 2221 пара, вступили в программу ВРТ методом ЭКО. Группа II – 7821 пара, вступили в программу ВРТ методом ЭКО-ICSI. Данные обрабатывались с помощью стандартных методов статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Олигозооспермия отрицательно влияет на частоту положительного ХГЧ-ответа (ОВ=1.641; 95% ДИ 1,155–2,330; $p=0,006$) в программах ВРТ методом ЭКО.

Вискозипатия эякулята отрицательно влияет на частоту положительного ХГЧ-ответа (ОВ=0,779; 95% ДИ 0,638–0,951; $p=0,014$) в про-

граммах ВРТ методом ЭКО-ICSI.

Степень агглютинации сперматозоидов отрицательно влияет на количество положительного ХГЧ-ответа (ОВ=0,820; 95% ДИ 0,677–0,994; $p=0,043$) в программе ВРТ методом ЭКО и методом ЭКО-ICSI (ОВ=0,721; 95% ДИ 0,615–0,846; $p<0,001$).

Время разжижения эякулята отрицательно влияет на количество положительного ХГЧ-ответа (ОВ=0,963; 95% ДИ 0,937–0,988; $p=0,005$), в программе ВРТ методом ЭКО и методом ЭКО-ICSI (ОВ=0,779; 95% ДИ 0,638–0,951; $p=0,014$)

По нашим данным, доля сперматозоидов с подвижностью категории В отрицательно влияет на частоту положительного ХГЧ-ответа (ОВ=0,989; 95% ДИ 0,981–0,998; $p=0,012$), в программах ВРТ методом ЭКО-ICSI.

Концентрация лейкоцитов и количество морфологически нормальных сперматозоидов не влияли на частоту положительного ХГЧ-ответа в программах ВРТ методами ЭКО, ЭКО-ICSI

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, такие показатели спермограммы, как олигозооспермия, вязкость сперматозоидов, степень агглютинации сперматозоидов, время разжижения эякулята, подвижность сперматозоидов, отрицательно влияют на результаты программы ВРТ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Лечение консервативное

РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ПЛАЗМЫ И ЦИТОКИНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Р.И. Овчинников^{1,2}, А.Ю. Попова²,
С.И. Гамидов²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт»,
Москва, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужское бесплодие, хронический простатит, семенная плазма, пептиды, цитокины, мононуклеары периферической крови, клеточные технологии, лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из частых причин мужского бесплодия долгое время считался хронический простатит (ХП). Влияние терапии ХП на сперматогенез достаточно хорошо изучено. Однако в последнее время большое внимание уделяется роли семенной плазмы и цитокинов на показатели фертильности мужчин.

Цель исследования: изучение влияния комплекса природных противомикробных пептидов и цитокинов на показатели спермограммы, МАР-теста, оксидативного стресса (ОС), а также фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС) у мужчин с бесплодием и ХП в стадии ремиссии. У части пациентов мы определяли уровень цитокинов до и после лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Скринировано 583 мужчины с бесплодием при наличии ХП в анамнезе в возрасте 18–75 лет на предмет соответствия критериям включения/исключения в анализ. Пациенты группы I получали антиоксидантную стимуляцию сперматогенеза (АСС) (триовит, трентал, мексидол) в сочетании с комплексом природных противомикробных пептидов и цитокинов по 1 свече 25 ЕД на ночь 20 дней на 1–3 нед. и на 6–8 нед. лечения в течение 2 мес. В группе II была назначена АСС вместе со свечами для профилактики ХП в течение 2 мес. Критериями оценки эффективности были показатели спермограммы, МАР-теста, ОС сперматозоидов (активных форм кислорода (АФК)), ФДНКС. Также измерялись уровни цитокинов семенной плазмы до и после лечения у 32 пациентов с помощью панели Bio-Plex Pro для одновременного определения 17 цитокинов человека, Human Cytokine 17-plex Assay. Для статистической обработки использовался софт Statistica-10 ($p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 135 пациентов, соответствовавших критериям, собраны результаты у 125 (средний возраст – 31,7±13,4 года). В группе I отмечалось более выраженное увеличение подвижности на 42,3%, снижение уровня МАР-теста на 64,7%, ОС сперматозоидов – на 56,1%, а также ФДНКС –

на 25,6%, по сравнению группой II (30,4%, 10,5%, 45,7%, 21,9%) соответственно. Указанные изменения, за исключением снижения уровня ФДНКС, являлись статистически достоверными. В группе I отмечалось преимущественное увеличение активности противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, 10, 13), снижение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-2, 12). В группе II отмечалось достоверное снижение как провоспалительных (ИЛ-2, 6, 8), так и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4). Остальные изменения были статистически недостоверными. Среди побочных эффектов легкой степени встречались: изменение окраса склер – у 4 (3,2%), боли в анальном канале – у 3 (2,4%), снижение либидо – у 2 (1,6%) пациентов. Различий между группами в частоте встречаемости побочных эффектов зафиксировано не было ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Организация андрологической службы в России

АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕГИОНЕ КАК МАРКЕР ОТНОШЕНИЯ К МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ В РОССИИ

А.В. Полищук^{1,3}, С.В. Шкодкин^{1,2}, С.В. Чирков¹

¹*Кафедра госпитальной хирургии, ФГАОУ ВО
НИУ «БелГУ», Белгород, Россия*

²*Отделение урологическое, ОГБУЗ «БОКБ
им. Святителя Иоасафа», Белгород, Россия*

³*Поликлиническое отделение № 7, ОГБУЗ
«Городская поликлиника г. Белгорода», Белгород,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

андролог, организация здравоохранения, мужское здоровье, регионы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить необходимость совершенствования андрологической службы в регионах на примере Белгородской области для достижения целевых показателей национальных проектов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ проводился по статистическим данным обращения в медицинские учреждения Белгородской области за 2020–2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Население Белгородской области на 2023 г. – 1 514 695 человек. На 1000 мужчин приходится 1159 женщин. Средний возраст мужчин – 39,25 года; женщин – 44,29 года. Специализированную помощь населению региона оказывают 93 уролога и 473 гинеколога, т.е. это соотношение 1:5. Количество женских консультаций в Белгороде – 7, также женские консультации есть практически в каждом районном центре. В настоящее время в области нет ни андрологических центров, ни специализированных кабинетов мужского здоровья. Всего за 2022 г. зарегистрировано 128 685 обращений в медицинские организации области в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (мужчины и женщины), что меньше чем в 2021 г. (129 351) и существенно меньше чем в 2020 г. (139 585). В 2022 г. диагноз мужское бесплодие установлено 472 мужчинам, а женское бесплодие – 1260 женщинам, что меньше чем в 2021 г.: мужской фактор зарегистрирован у 586 пациентов, женский – у 1342 женщин и меньше данных за 2020 г. (мужской фактор – 708 и женский – 1299). Однако снижение зарегистрированных установленных диагнозов бесплодия в мужской и женской популяции области объясняется не уменьшением заболеваемости по указанным нозологиям, а естественной убылью и миграционными процессами, а разница в гендерном соотношении, которая

по литературным данным составляет 1:1, по-видимому, связана с недостаточной выявляемостью в мужской популяции. Также при анализе стоит учитывать отклонения ввиду некорректного кодирования по МКБ-10 при обращении к специалистам. Всего в 2022 г. зарегистрировано 15 207 обращений мужчин региона по поводу заболеваний предстательной железы (исключены онкологические поражения простаты). И определенная доля случаев бесплодия может быть определена как вторичные проявления и не попала в статистические данные при постановке первичного диагноза патологии простаты. Немаловажным фактом в прогнозе и своевременном выявлении не только мужского фактора, но и соматического здоровья безусловно является диагностика гормональных и обменных процессов. Так, в 2022 г. дисфункция яичек выявлена у 14 мужчин области; в 2021 г. – 7; в 2020 г. – 6, что явно не соответствует количеству мужчин с клиническими проявлениями гипогонадизма. При этом данная патология не выявлена ни в одном случае в 2020–2022 гг. при диспансеризации и профилактических осмотрах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на сформированный и реализуемый план национальных проектов по улучшению демографической ситуации в РФ, стоит обратить внимание на другой вектор, а именно вектор своевременной диагностики и лечебных мероприятий по улучшению мужского здоровья. Полученные данные на примере конкретного региона обосновывают необходимость наличия специализированных андрологических центров, кабинетов мужского здоровья в первичном амбулаторном звене, а также расширения возможности современной диагностики патологии мужских половых органов при проведении профилактического осмотра и диспансеризации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Инфертильность. Диагностика

МОЖЕТ ЛИ ОЦЕНКА УРОВНЯ АМГ В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЫТЬ ПОЛЕЗНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

А.И. Рыжков^{1,2}, С.Ю. Соколова²,
И.С. Шорманов¹

¹*Кафедра урологии с нефрологией, ФГБУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия*

²*Отделение урологии ООО «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

антимюллеров гормон (АМГ), мужское бесплодие, мужская фертильность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Антимюллеров гормон (АМГ) играет важную роль в развитии мужских половых органов. Высокая экспрессия АМГ в период эмбрионального развития способствует регрессии Мюллеровых протоков. Во взрослом возрасте клиническая ценность определения АМГ в сыворотке крови и семенной плазме остается спорной. *Цель исследования:* определить клиническую ценность измерения уровня АМГ в сыворотке крови и семенной плазме в диагностике мужского бесплодия, посредством изучения текущей доказательной базы мировой литературы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен поиск публикаций, посвященных изучению роли АМГ в диагностике мужского бесплодия в международной базе данных PubMed, в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и в поисковой системе Google Scholar. Ограничений в отношении статуса и периода публикации не вводилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного анализа указывают на отсутствие значимой взаимосвязи между параметрами эякулята и сывороточной концентрацией АМГ, что не позволяет использовать данный показатель для оценки мужской фертильности. Сывороточный АМГ не имеет какой-ли-

бо ценности для дифференциальной диагностики обструктивной и необструктивной азооспермии (НОА), прогнозирования результатов ВРТ и предсказания результатов биопсии яичка в общей популяции пациентов с НОА. Вероятно, сывороточный АМГ может быть полезен для прогнозирования результатов биопсии яичка у пациентов с синдромом Кляйнфельтера и идиопатической необструктивной азооспермией.

Клиническое применение измерения уровня АМГ в семенной плазме ограничено высокой вариативностью данного показателя, вероятно, обусловленной зависимостью от объема эякулята и воздействия протеолитических ферментов спермы. Данный показатель может быть полезен для дифференциальной диагностики обструктивной и необструктивной азооспермии. При обструктивной азооспермии АМГ не определяется в семенной плазме, но неопределяемые концентрации АМГ могут наблюдаться также у пациентов с необструктивной азооспермией, что снижает дифференциальную ценность данного показателя. Перспективным направлением является использование концентрации АМГ в семенной плазме для прогнозирования восстановления подвижности сперматозоидов после криоконсервации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного обзора литературы демонстрируют весьма ограниченную ценность определения уровня АМГ в сыворотке крови и семенной плазме в диагностике мужского бесплодия. Сывороточный уровень АМГ может быть полезен для прогнозирования результатов биопсии яичка у пациентов с синдромом Кляйнфельтера и идиопатической необструктивной азооспермией, а концентрация АМГ в семенной плазме может использоваться для прогнозирования восстановления подвижности сперматозоидов после криоконсервации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Инфертильность. Лечение хирургическое

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ В КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ

А.И. Рыжков^{1,2}, С.Ю. Соколова²,
И.С. Шорманов¹

¹*Кафедра урологии с нефрологией, ФГБУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия*

²*Отделение урологии ООО «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

фрагментация ДНК сперматозоидов, варикоцеле, варикоцелэктомия, микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышенная фрагментация ДНК сперматозоидов связана с более низкой частотой наступления беременности естественным путем, худшими результатами экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), повышенным риском невынашивания беременности. Клиническое варикоцеле рассматривается как одна из причин повышения уровня фрагментации ДНК сперматозоидов. *Цель исследования:* оценить влияние микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии на уровень фрагментации ДНК сперматозоидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2022 гг. В исследование включены 33 пациента в возрасте 27–38 лет с клиническим варикоцеле и уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов более 15%. Всем пациентам в 2021–2022 гг. в клинике «Мать и Дитя Ярославль» выполнена микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия. Оценка уровня фрагментации ДНК сперматозоидов проводилась до и через 3 месяца после операции. Уровень фрагмен-

тации ДНК сперматозоидов оценивали с помощью анализа TUNEL (Terminal deoxynucleotidyl transferase dUTP nick end labeling) на основе проточной цитометрии и сообщали процент фрагментации ДНК сперматозоидов, отражая процент сперматозоидов с поврежденной ДНК. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS Statistics v23 (SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс). Значимость различий показателей уровня фрагментации ДНК сперматозоидов до и после операции оценивали по критерию Уилкинсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень фрагментации ДНК сперматозоидов до операции варьировался в интервале от 17 до 73% (медиана – 32%, интерквартильная широта – от 21 до 42%). Через 3 месяца после операции уровень фрагментации ДНК сперматозоидов находился в интервале от 1 до 27% (медиана – 14,4%, интерквартильная широта – от 7,5 до 17,4%). Различия между группами достоверны ($p < 0,001$). У всех пациентов уровень фрагментации ДНК сперматозоидов после операции был ниже предоперационных значений, различия варьировались в интервале от 4 до 55% (медиана – 19,1%, интерквартильная широта – от 9,5 до 25,7%) У 21 пациента (63,6%) уровень фрагментации ДНК сперматозоидов после операции не превышал верхнюю границу референтного интервала (15%), а у 11 (35,4%) пациентов послеоперационные значения были выше 15%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии у пациентов с повышенным уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов (более 15%) позволяет снизить фрагментацию ДНК сперматозоидов через 3 месяца после операции в среднем на 19,1% и достичь нормативных значений по данному показателю у 63,6% пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Андрология, мужское здоровье – оценки настоящего времени и что в будущем

КАК КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ ВЛИЯЕТ НА ТАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ

А.В. Сагалов

*Медицинский центр андрологии и сексологии,
Челябинск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

спермограмма, количество сперматозоидов, концентрация сперматозоидов, рекомендации ВОЗ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Один из ключевых параметров в мужской репродуктологии – количество сперматозоидов в эякуляте. Отечественные ученые до выпуска первых рекомендаций ВОЗ (1999 г.) выделяли три степени олигоспермии. С 1999 г. российские урологи перешли на классификации ВОЗ по исследованию эякулята, которые используют термин «олигоспермия» без указания степени выраженности патологического процесса, что препятствует четкому выбору тактики ведения пациентов. *Цель исследования:* определение параметров степени выраженности олигоспермии с учетом актуальных нормальных значений эякулята (Рекомендации ВОЗ 2021 г.) для дальнейшего выбора критериев тактики ведения пациентов в каждой группе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное неконтролируемое исследование количественных параметров 302 эякулятов пациентов с бесплодием и невынашиванием беременности в браке в 2018–2023 гг. С целью повышения достоверности результатов исследования рассчитывалось среднее значение концентрации и общего количества сперматозоидов для каждого эякулята после четырехкратного просмотра (через 1, 3, 6, 24 часа после получения).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты по количественным параметрам эякулята были разделены на четыре группы, каждой из которых соответствовал определенный алгоритм тактических и лечебных мероприятий.

1. При концентрации/количестве сперматозоидов более 15/39 млн необходимости в стимулирующей терапии не требовалось (152 случая).
2. При концентрации/количестве сперматозоидов 10–15/20–39 млн назначалась биостимуляция сперматогенеза (витамины, микроэлементы, БАД) (104 случая).
3. При концентрации/количестве сперматозоидов 5–10/10–20 млн параллельно с биостимуляцией сперматогенеза рекомендовалось проведение ЭКО (31 случай).
4. При концентрации/количестве сперматозоидов менее 5/10 млн рекомендовалось проведение ЭКО-ИКСИ (15 случаев).

Распределение по степени выраженности олигоспермии по данным отечественных авторов, Рекомендациям ВОЗ 2021 г., а также полученным в исследовании результатам представлено в таблице.

Таблица

Автор	Концентрация сперматозоидов (млн/мл)			
	Нормо-зооспермия	Олигозооспермия I ст.	Олигозооспермия II ст.	Олигозооспермия III ст.
Юнда И.Ф. (1989 г.)	60–120	40–59	20–39	1–20
Тиктинский О.Л. (1990–1999 гг.)	50–200	30–49	10–29	Менее 10
ВОЗ (2021 г.)	15 и более			
Сагалов А.В. (2018–2023 гг.)	15 и более	10–14	5–9	менее 5
	Общее количество сперматозоидов (млн)			
ВОЗ (2021 г.)	39 и более			
Сагалов А.В. (2018–2023 гг.)	39 и более	20–38	10–19	менее 10

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для улучшения качества оказания андрологической помощи мужчинам, состоящим в бесплод-

ном браке, необходимо четкое разделение олигоспермии по степени тяжести, обеспечивающее выбор соответствующих тактических и лечебных мероприятий в каждой группе. Отсутствие такового в Рекомендациях ВОЗ по исследованию эякулята требует принятия соответствующих национальных клинических рекомендаций.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Андрология, мужское здоровье: оценки настоящего времени и что в будущем

Рубрика: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ ПЕРЕД ЭКО: В ЧЕМ ПРОБЛЕМА

А.В. Сагалов

Медицинский центр андрологии и сексологии, Челябинск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

секрет простаты ЭКО, обследование, ИППП.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Один из ключевых факторов диагностики бесплодия – выявление в половых путях мужчины и женщины воспалительных процессов и микрофлоры. Стандартный объем обследования мужчины перед ЭКО определяется приказом МЗ РФ № 803н от 31 июля 2020 г. В него включены: мазок из уретры и анализы на *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* и *Chlamydia trachomatis* методом ПЦР, которые не охватывают весь спектр возбудителей воспаления урогенитального тракта. *Цель исследования:* определить частоту выявления воспалительных процессов и микрофлоры при данном алгоритме обследования в сравнении со стандартным (при уретритах, простатитах).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное неконтролируемое исследование 80 мужчин, состоящих в бесплодном браке. Обследование включало: микроскопию мазка из уретры, секрета простаты, анализы материала из уретры на микрофлору стандартным комплексом «Андрофлор», ВПГ, ЦМВ, ВПЧ скрининг методом ПЦР.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Воспалительные процессы в половых орга-

нах были выявлены у 55 (68,8%) обследованных мужчин. Локализация воспалительных процессов и степень их активности представлены на рисунке.

Рисунок. Локализация и степень активности воспалительного процесса



У всех пациентов с воспалительными процессами определялись различные представители банальной и анаэробной микрофлоры. Дополнительно у 20 (36,4%) пациентов был выявлен 1 условно-патогенный микроорганизм, у 11 (20%) – 2, у 3 (5,4%) – 3. Частота выявления микроорганизмов представлена в таблице.

Микроорганизм	Частота выявления	
	Абс.	%
Банальная и анаэробная микрофлора	55	100
Lactobacillus spp.	4	7,2
Gardnerella vaginalis	14	25,5
Ureaplasma urealyticum	2	3,6
Ureaplasma parvum	12	21,8
Mycoplasma hominis	2	3,6
Candida spp. (ниже порогового значения)	17	30,9
Mycoplasma genitalium*	2	3,6
Trichomonas vaginalis*	0	0
Neisseria gonorrhoeae*	0	0

Chlamydia trachomatis*	0	0
Вирус простого герпеса 1,2 типа	0	0
Цитомегаловирус	0	0
Вирус папилломы человека (ВПЧ) скрининг 16+18+45+31+33+35+39+51+52+56+58+59+66+68 типы	6	10,9

* исследование, входящее в стандартный алгоритм обследования перед ЭКО

Таким образом, стандартное обследование мужчины перед ЭКО позволяет диагностировать только уретрит, что составляет менее 1/3 случаев воспалительных процессов урогенитального тракта (31,9%). Простатит, выявленный в 94,4% случаев, остается не диагностируемым и, соответственно, не лечится. При этом 35% эякулята составляет именно секрет предстательной железы.

Стандартный алгоритм подготовки мужчины к ЭКО не предполагает обследования на банальную и анаэробную микрофлору, которая выделяется у 100% мужчин с воспалительными процессами в половых органах. А из условно-патогенной микрофлоры, включенной в стандарт, с низкой частотой выявляется только *Mycoplasma genitalium*. Диагностическая ценность хламидий, трихомонад и гонококков вызывает большие сомнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для улучшения оказания андрологической помощи мужчинам, состоящим в бесплодном браке, при подготовке к ЭКО необходимо радикально увеличить объем обследования на воспалительные процессы, микрофлору половых органов, приведя его к стандартам диагностики уретритов и простатитов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Травма яичка

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ ЯИЧКА

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

*ФГБОУ ВО «РостГМУ», ГБУ РО ЦГБ им.
Н.А. Семашко, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма яичка, инфертильность.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Травмы наружных половых органов у мужчин представляют собой не частую патологию и встречаются примерно в 1% от всех случаев травм. Тупая травма мошонки может привести к различным неблагоприятным последствиям, посттравматической атрофии яичка, гипогонадизму, синдрому хронических болей в яичке, снижению фертильности, а также может иметь психологический дискомфорт для пациента. *Цель исследования:* провести сравнительный анализ отдаленных результатов лечения после консервативного и хирургического лечения травм яичка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2009 по 2022 г. в нашей клинике проходили лечение 38 пациентов с тупой травмой мошонки в возрасте от 15 до 52 лет. Больные были госпитализированы в период от 3 до 24 часов от момента получения травмы. Диагноз устанавливался на основании данных клинического обследования, УЗИ органов мошонки и данных МРТ. Степень повреждения оценивалась по наличию гематоцеле, разрыву белочной оболочки яичка. Оценка результатов лечения проводилась через три месяца после получения травмы. Атрофия оценивалась по данным УЗИ сопоставлением данных объема контрлатерального яичка. В зависимости от проведенного метода лечения больные были распределены на клинические группы. Первую группу составили 29 пациентов (76,3%), которым выполнена скрототомия и ушивание белочной оболочки яичка. Вторую группу составили 9 (23,7%) пациентов, которые отказались от оперативного лечения. Всем этим больным проведена консервативная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 9 пациентов I группы, которым выполнялась частичная резекция через 3 месяца после операции отмечено уменьшение объема яичка от 10–15% в сравнении с контрлатеральным яичком. Кровоток как в капсулярных, так и в центрипетальных артериях сохранен у всех больных. Болевой синдром отсутствовал. При оценке фертильности у 2(6,9%) пациентов имела место астено-тератозооспермия, не связанная с АСАТ. У остальных пациентов патологических изменений в эякуляте не выявлено.

При обследовании пациентов II группы через 3 месяца у 3(62,5%) больных отмечена атрофия яичка на стороне поражения и были обнаружены АСАТ в большой концентрации. У остальных 4(37,5%) пациентов клинически значимой атрофии яичка не выявлено, уровень АСАТ достаточно низкий. При оценке фертильности у всех пациентов тяжелая олигоастенотератозооспермия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранняя обращаемость больных с закрытой травмой мошонки позволяет уменьшить частоту атрофии яичек и органуносящих операций.

Ранее оперативное вмешательство при повреждении яичек позволяет сохранить фертильность больных в 100% случаев.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Варикозное расширение яичковых вен

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГОНАДНЫХ ВЕН КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ЯИЧКА

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсемян¹,
Е.С. Скрябин¹, Е.И. Косарев¹, Д.И. Марчак²,
М.А. Масленников²

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

варикозное расширение вен яичка, эмболизация, эмболизация гонадных вен, варикоцеле.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Варикозное расширение вен яичка (варикоцеле) является распространенным заболеванием у мужчин репродуктивного возраста. Варикоцеле ухудшает сперматогенез и занимает одно из ведущих мест среди факторов мужского бесплодия. Помимо традиционных операций широкое распространение получила рентгенэндоваскулярная эмболизация тестикулярных вен. При данной методике в большей степени учитывается наличие коллатеральных вен яичка. *Цель исследования:* изучить влияние эмболизации гонадных вен на эффективность лечения рецидивирующего варикоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ.

У 20 (66,7%) пациентов после проведения эмболизации гонадных вен через 3 месяца после вмешательства отмечено улучшение параметров спермограммы, а через 6 месяцев выявлено стойкое сохранение результатов – патологических форм 88% ($\pm 3\%$), также выявлено отсутствие патологического венозного рефлюкса по данным УЗИ органов мошонки. У 2 пациентов (6,67%) динамики по данным спермограммы не отмечено. Также у 7 пациентов (23,3%) по данным УЗИ отмечен рецидивный характер патологического венозного рефлюкса. У 1 пациента (3,3%) отмечено дальнейшее ухудшение показателей спермограммы через 6 месяцев, однако при выполнении УЗИ патологического венозного рефлюкса не выявлено. У 3 (10%) пациентов в послеоперационном периоде отмечено развитие острого орхоэпидидимита, потребовавшее проведения антибактериальной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН И СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БАЗОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ

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

Рубрика: Терапия

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Р.Э. Амдий¹, С.Х. Аль-Шукри¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, тадалафил, экстракорпоральная магнитная стимуляция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первой линией терапии эректильной дисфункции (ЭД) является применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Ежедневное применение тадалафила в дозе 5 мг достоверно улучшает сексуальную функцию и состояние эндотелия. В то же время от 21 до 34% мужчин отмечают недостаточный эффект от приема тадалафила и нуждаются в проведении дальнейшей терапии. В связи с этим поиск патогенетических методов повышения эффективности лечения ЭД весьма актуален. Одним из вариантов терапии ЭД является экстракорпоральная магнитная стимуляция органов таза (ЭКМС). Механизм действия ЭКМС обусловлен воздействием интенсивного переменного магнитного поля на кавернозный и глубокий дорсальный нерв, нейромодуляцией, сокращением и тренировкой мышц тазового дна. *Цель исследования:* изучить эффек-

тивность комбинированного лечения ЭД с применением тадалафила 5 мг и ЭКМС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 56 пациентов старше 18 лет с жалобами на снижение эрекции продолжительностью не менее 3 мес, с легкой и умеренной степенью ЭД. Средний возраст пациентов составил 42,4±7,3 года. В I группу вошли 20 пациентов, средний возраст – 41,7±8,43 года (12 – с легкой степенью ЭД и 8 – с умеренной степенью ЭД), которые получали монотерапию тадалафилом 5 мг (Пин-ап, Ксантис фарма) 1 раз в сутки 28 дней. 36 пациентов II группы, средний возраст – 43,1±8,4 года (16 – с легкой степенью ЭД и 20 – с умеренной степенью ЭД) получали комбинированное лечение тадалафилом 5 мг (Пин-ап, Ксантис фарма) 1 раз в сутки в течение 28 дней и одновременно им проводилась ЭКМС таза. Для проведения ЭКМС применяли систему «Авантрон», «Реабилитационные технологии», Россия. Процедура длилась 20 мин., частота стимуляции составила 23 Гц, 3 раза в неделю, всего 12 процедур. Эффективность лечения оценивали по МИЭФ-5 сразу и через 4 недели после окончания курса лечения. Критерии исключения: показатель международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) – более 21 балла; первичная ЭД; деформации полового члена; сложные эндокринные, психические и неврологические нарушения, онкологические заболевания органов таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенного лечения повышение балла МИЭФ-5 в I группе в среднем составило 4,6 балла – с 13,9±5,3 до 18,5±4,9 балла ($p<0,05$). Во II группе МИЭФ-5 увеличился на 6,7 балла – с 13,4±5,2 до 20,1±4,8 балла ($p<0,05$). Положительный клинический эффект отмечен у 15 (75,2%) больных I группы и у 31 (86,1%) больного II группы. В I группе после лечения у 6 (30%) пациентов МИЭФ-5 стал более 21 балла, во II группе – у 16 (46,8%) пациентов. Через 4 недели после окончания лечения положительный эффект был более выражен в группе комбинированного лечения: МИЭФ-5 в I группе (монотерапия тадалафилом) в среднем составил 16,5±5,4 балла ($p<0,05$). Во II группе (тадалафил+ЭКМС) МИЭФ-5 был 19,3±4,9 баллов ($p<0,05$). В I группе через 4 недели после лечения у 4 (20%) пациентов МИЭФ-5 был более 21 балла, во II группе – у 12 (33,3%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о повышении эффективности, более длительном эффекте от лечения и хорошей переносимости комбинированного лечения ЭД тадалафилом 5 мг и ЭКМС и позволяют использовать комбинированную терапию в клинической практике.

Благодарности/Источник финансирования отсутствуют.

Тема секции: Эректильная дисфункция у мужчин и сексуальная дисфункция у мужчин и женщин, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Эректильная дисфункция у мужчин, базовые исследования, терапия

БЛОКАДА РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ КЛИМОФЕНА ЦИТРАТОМ НЕ ОКАЗЫВАЮТ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

В.А. Божедомов^{1,2}, Н.А. Липатова³,
И.М. Рохликов⁴, Г.Е. Божедомова¹,
Р.А. Камарина^{1,3}

¹Клиника мужского здоровья медицинского научно-образовательного центра (МНОЦ) и кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им.

М.В. Ломоносова», Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.

В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва, Россия

³ООО «Мужская клиника МЕД-КОД», Москва, Россия

⁴ГБУЗ «Городская поликлиника № 86 Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная функция, МИЭФ, терапия мужского бесплодия, кломифена цитрат, тестостерон, эстрадиол.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эстрогены участвуют в регуляции половой

функции мужчины. Неизвестно, может ли блокада рецепторов эстрогенов оказать какое-либо влияние на сексуальную функцию мужчин. *Цель исследования:* оценить влияние блокатора рецепторов эстрогенов (БРЭ) кломифена цитрата (КЦ) на сексуальную функцию мужчин, получающих лечение по поводу нарушений репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование открытое проспективное многоцентровое. Клинико-лабораторное обследование мужчин выполняли в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2000 г.). Сексуальную функцию оценивали по МИЭФ-15, содержание гонадотропинов и ГСПГ в периферической крови методом ИФА, тестостерона (Т) и эстрогенов (Е) – методом масспектрометрии. Критерии включения: отсутствие жалоб на эректильную функцию и иные сексуальные дисгармонии, нормальные исходные уровни гонадотропинов и стероидов. Пациенты получали КЦ в дозе 50 мг/сут. В данное сообщение включены результаты обследования 26 мужчин 23–42 лет до и через 1,5 мес. такой терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные данные представлены в таблице. На фоне терапии КЦ самооценка по МИЭФ качества эрекции (1-5), эякуляции (9), оргазма (10), удовлетворения (7, 8, 13), либидо (11-12), уверенности (14) в среднем не изменились ($p>0,05$). При этом наблюдалось значимое увеличение количества половых актов (вопрос 6) с 3,0 до 3,7 ($p<0,01$), которые, исходя из высокого балла МИЭФ 1-5, все были успешны. Увеличение числа актов имело место у 15 мужчин (58% случаев). Это произошло на фоне значимого увеличения концентрации в крови Т и Е. Однако корреляция между индивидуальным изменением числа половых актов (в среднем +0,73) и увеличением Т (в среднем +21,7 нмоль/л) отсутствует ($R=0,11$; $p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапия БРЭ (КЦ) молодых мужчин в течение 1,5 мес. не оказывает значимого отрицательного влияния на либидо, качество эрекции, оргазм, эякуляцию и общее удовлетворение половой жизнью; частота успешных половых актов при этом увеличивается на четверть, очевидно, за счет увеличения уровня Т, но прямой зависимости при этом нет.

Таблица

Показатели	Исходно, M±S	Терапия 1,5 мес, M±S	Изменения 0 / + / -	P
МИЭФ-1	4,81±0,40	4,73±0,53	21/2/3	p>0,05
МИЭФ-2	4,69±0,68	4,58±0,64	19/2/5	p>0,05
МИЭФ-3	4,77±0,51	4,73±0,45	16/4/6	p>0,05
МИЭФ-4	4,72±0,68	4,72±0,61	20/2/4	p>0,05
МИЭФ-5	4,62±0,57	4,38±0,70	15/3/8	p>0,05
МИЭФ-6	2,96±1,37	3,69±1,38	8/15/3	P<0,01
МИЭФ-7	4,62±0,70	4,73±0,45	18/5/3	p>0,05
МИЭФ-8	4,19±0,57	4,19±0,49	18/4/4	p>0,05
МИЭФ-9	4,77±0,59	4,69±0,68	21/1/4	p>0,05
МИЭФ-10	4,77±0,43	4,77±0,43	22/2/2	p>0,05
МИЭФ-11	4,00±0,85	4,19±0,75	15/6/5	p>0,05
МИЭФ-12	3,92±0,63	3,88±0,65	15/5/6	p>0,05
МИЭФ-13	4,31±0,84	4,04±0,66	12/3/11	p>0,05
МИЭФ-14	4,32±0,69	4,36±0,57	19/3/4	p>0,05
Тестостерон, пмоль/л	16,0±5,7	37,7±11,6	0/26/0	P<0,001
Эстрадиол, пмоль/л	90,6±39,1	230,2±74,9	0/26/0	P<0,001
Примечание: «0» – показатель без изменения; «+» – балл стал больше; «-» – балл стал меньше				

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Сексуальная дисфункция у мужчин. Изменения чувствительности половых органов. Диагностика и лечение с позиции междисциплинарного подхода

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ПОЗИЦИИ ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

С.В. Выходцев

Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

чувствительность, половые органы, тревога, сексуальные дисфункции, междисциплинарный подход.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди жалоб, с которыми мужчины обращаются на прием к урологу, нередко встречаются изменения чувствительности (снижение, полное исчезновение), зуд или необычные ощущения в области половых органов (от парестезий до сенестопатий). Органическая природа таких жалоб подтверждается анамнезом (перенесенные операции, травмы) и консультациями смежных специалистов (нейропатии компрессионного генеза, диабетическая автономная нейропатия, кожные инфекционные или паразитарные заболевания). Сложности возникают при выявлении функциональных расстройств чувствительности половых органов, когда органический характер полностью исключен. Испытывая реальные страдания и не получая помощи, такие пациенты годами курсируют между специалистами, которые, в свою очередь, оказываются в профессиональном тупике. Междисциплинарный подход врача-сексолога позволяет увидеть психосоматические механизмы возникновения данных расстройств. *Цель исследования:* оценка патогенетических факторов, участвующих в формировании функциональных изменений чувствительности половых органов у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 12 мужчин (возраст – от 18 до 53 лет), направленных на консультацию к сексологу. Органический характер расстройств был исключен. Среди жалоб пациентов зуд, покалывание, ощущение тяжести, напряжения, холода либо тепла в области гениталий, снижение чувствительности либо ее исчезновение в области головки полового члена в половом акте. У всех пациентов оценивали психический статус, собирали сексологический анамнез, проводили клинико-психологические исследования (характер и выраженность тревоги – опросник Спилберга-Ханина, самооценка депрессии – шкала Занга, тип отношения к болезни – методика ТОБОЛ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ни в одном случае заболеваний из группы «большой» психиатрии выявлено не было. При этом у 57% пациентов выявили выраженное снижение настроения невротического характера. У всех мужчин отмечался высокий уровень тревоги (ситуативная в 76% и личностная в 65% случаев). Среди реакций на болезненное состояние преобладали тревожная, ипохондрическая, обсессивно-фобическая и неврастеническая. Более чем у 90% пациентов выявили нарушения психосексуального развития (ретардация, дисгармония). Все мужчины жаловались на сексуальные расстройства (синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, эректильная дисфункция, снижение или отсутствие сексуального влечения, различные нарушения оргазма и эякуляции). Большинство пациентов отмечали проблемы в семейных отношениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное предварительное исследование выявило особые факторы развития функциональных расстройств чувствительности гениталий у мужчин. Среди этих факторов оказались личностные особенности пациентов, особенности их психосексуального развития, состояние семейных отношений и качество сексуальной жизни. Все эти аспекты могут служить мишенями для психотерапии. Междисциплинарный подход с привлечением врача-сексолога к диагностике и лечению таких состояний может быть оптимальным в оказании помощи мужчинам с психосоматическими расстройствами чувствительности половых органов.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Операции на гениталиях

ОБРЕЗАНИЕ МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ. ПОЛЬЗА. ВРЕД. ВЛИЯНИЕ НА ДАЛЬНЕЙШУЮ ЖИЗНЬ

Т.И. Деревянко¹, В.А. Путилин¹, О.А. Симонов^{1,2}, Э.В. Рыжкова³, С.В. Придчин¹

¹*Кафедра урологии, детской урологии-андрологии, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», Ставрополь, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужское обрезание, женское обрезание, экцизия, инфибуляция, инфекция нижних мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мужское обрезание (циркумцизио) – самая распространенная урологическая операция у мужчин во всем мире. По современной статистике, около 50% всех обрезаний выполняются в целях профилактики, в то время как остальные 50% – преимущественно по религиозным мотивам. Всего в мире 38% мужчин перенесли циркумцизио. В России – 11,8% мужчин. На территории СКФО проживает население мусульманской конфессии и мужское обрезание является исторической религиозной традицией, выполняется у 99% населения. Женское обрезание – это частичное или полное удаление наружных женских гениталий без медицинской необходимости. На сегодняшний день в мире около 200 млн женщин перенесли такую операцию. Это калечащая манипуляция, нарушающая качество интимной жизни и нередко функцию нижних мочевых путей у женщин. *Цель исследования:* проанализировать положительные и отрицательные стороны, а также осложнения мужского и женского обрезания и оценить влияние этих операций на качество дальнейшей жизни этих пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2019–2022 гг. мы наблюдали 720 мужчин

в возрасте от 2 до 82 лет после мужского обрезания, выполненного в условиях ЛПУ и в домашних условиях «сунатчи», людьми без медицинского образования. Все наблюдаемые были жителями Ставропольского края, Карачаево-Черкесской Республики и Кабардино-Балкарии. 21 пациент обратился в урологическое отделение в экстренном порядке по поводу осложнений, возникших в результате выполнения мужского обрезания. За этот же период мы наблюдали 18 женщин в возрасте от 24 до 36 лет, перенесших женское обрезание. 6 из них перенесли экцизию наружных гениталий, 12 – инфибуляцию наружных гениталий. 14 из них были жителями Дагестана и Ингушетии, а 4 – иностранными гражданами: Индия – 1, Йемен – 2 и Марокко – 1. Все пациентки обратились к урологу в плановом порядке с жалобами на дизурические расстройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения мужского обрезания

У 21 пациента отметились осложнения во время обрезания крайней плоти:

- усечение головки полового члена с кровотечением и острой задержкой мочи – 16 случаев;
- полное отсечение головки полового члена с кровотечением и острой задержкой мочи – 3 случая;
- некроз головки и кожи полового члена в результате электротравмы интраоперационно – 2 случая.

Отдаленные осложнения обрезания крайней плоти у мужчин:

- формирование грубой рубцовой ткани в области венечной борозды – 118;
- меатостеноз – 21 случай;
- образование смегмомы под кожей полового члена – 4 случая.

Осложнения женского обрезания

У всех обратившихся женщин мы регистрировали только отдаленные осложнения перенесенного женского обрезания:

- меатостеноз в результате рубцовой деформации уретры и парауретральной области – 13 случаев;
- хроническая задержка мочи – 15 случаев;
- хроническая инфекция нижних мочевых путей – 18 случаев;
- диспареуния – 18 случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мужское и женское обрезание – операции неравноценные.

Мужское обрезание является профилактикой различной патологии наружных гениталий мужчины (фимоза, парафимоза, баланопостита, рака полового члена) и позитивно влияет на дальнейшую жизнь мужчины. У наблюдаемых нами пациентов процент осложнений этой манипуляции составил 2,9%.

Женское обрезание – калечащая манипуляция, почти в 100% случаев приводящая к осложнениям (нарушение функции нижних мочевых путей, хроническая инфекция нижних мочевых путей, диспареуния, снижение качества интимной и социальной жизни женщины).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Эректильная дисфункция

у мужчин и сексуальная дисфункция у мужчин и женщин, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия

Рубрика: Эректильная дисфункция у мужчин после радикальной простатэктомии

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

М.В. Епифанова^{1,2}, А.А. Костин¹, Е.В. Гамеева^{1,2}, С.А. Артеменко¹, А.А. Епифанов³

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

²Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия; эректильная дисфункция; экстракорпоральная ударно-волновая терапия; аутоплазма, обогащенная тромбоцитарными факторами роста.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальной проблемой остается реабилитация пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ), так как у большинства мужчин в послеоперационном периоде развивается эректильная дисфункция (ЭД), даже с учетом нервосберегающих методик. *Цель исследования:* оценка безопасности, эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) в лечении ЭД у пациентов после робот-ассистированной нервосберегающей РПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В пилотное исследование включены 14 мужчин, перенесших одно- или двустороннюю робот-ассистированную нервосберегающую РПЭ более чем 3 мес. назад, ПСА общ. у всех пациентов составил менее 0,2 нг/мл через 3 мес. и более после операции. Средний возраст $57,8 \pm 6,2$ года (49–72), средняя продолжительность ЭД – $7,6 \pm 3,9$ мес. (3–16). Стадийность заболевания: T1c – 2 (14,3%), T2a – 4 (28,6%), T2b – 2 (14,3%), T2c – 4 (28,6%), T3a – 1 (7,14%), T3b – 1 (7,14%). Пациенты осуществляли два визита в неделю на протяжении 6 недель, в 1-й визит выполняли ЭУВТ (Dornier Aries) на половой член (ПЧ) и инъекции АОТ в ПЧ и мышцы, участвующие в акте эрекции, в конце сеанса активировали АОТ с помощью ЭУВТ, во 2-й визит – ЭУВТ на ПЧ. Сеанс ЭУВТ включал в себя 5000 ударов ($0,05\text{--}0,096$ мДж/мм²) с частотой 8–5 Гц. Обследование всех пациентов проводилось на 0 и 60 дни исследования: МИЭФ-5, профиль половых отношений (ППО), шкала твердости эрекции (ШТЭ), GAQ, IPSS, QOL, общий тестостерон крови, ФДГ сосудов ПЧ с аналогом ПГЕ1. Критерии включения в исследование: отсутствие метастазов в отдаленные органы и лимфатические узлы, МИЭФ-5 менее 21 балла после РПЭ, PSV менее 30 см/с и/или RI менее 0,8 по данным ФДГ сосудов полового члена аналогом ПГЕ1 после РПЭ, наличие эрекций до РПЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение всеми пациентами переносилось удовлетворительно, побочных явлений не зафик-

сировано. МИЭФ-5 – с $9,86 \pm 6,02$ балла (0–20) увеличился до $17,93 \pm 4,5$ балла (11–24) ($p < 0,05$). ППО увеличился с $1,93 \pm 1,49$ балла (0–5) до $3,29 \pm 1,69$ балла (2–5) ($p = 0,002$). ШТЭ возросла с 1 балла (IQR%, 1–2) до 3 баллов (IQR%, 2–3) ($p = 0,002$). IPSS – с $5 \pm 3,46$ (0–11) снизился до $3,21 \pm 2,75$ (0–7) ($p = 0,007$). QOL изменился с $4,29 \pm 1,68$ (1–6) до $4,43 \pm 1,6$ (1–6) ($p = 0,58$). По данным ФДГ PSV по левой кавернозной артерии (КА) с $17,9$ см/с (IQR%, 14–20,2) увеличилась до $26,3$ см/с (IQR%, 21,1–29,7) ($p = 0,001$). RI по левой КА с $0,85 \pm 0,14$ (0,58–1) увеличился до $0,9 \pm 0,09$ (0,77–1) ($p = 0,018$). Общий тестостерон крови изменился незначимо – с $15,79 \pm 3,52$ нмоль/л (9,2–20,83) до $16,31 \pm 3,84$ нмоль/л (10,9–23,4) ($p = 0,192$). По GAQ 11 пациентов (78,5%) отметили положительный эффект от лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отмечается положительная динамика в отношении значимого улучшения эректильной функции у всех пациентов по данным валидированных опросников и ФДГ сосудов полового члена. Предложенное лечение является перспективным методом реабилитации мужчин данной популяции. Продолжается исследование на большей выборке пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Сексуальные нарушения

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СНИЖЕНИЯ ВОЛЛЮСТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, АССОЦИИРОВАННОГО С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА

Х.С. Ибишев¹, С.С. Тодоров²

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии и андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

²*Кафедра патологической анатомии, ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

дефицит тестостерона, сахарный диабет, воллюст.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Воллюст (нем. Wollust – сладострастие) – специфические ощущения, возникающие при фрикциях во время полового акта. Нарушение (снижение воллюста) часто регистрируется у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями (сахарный диабет (СД), гипертоническая болезнь, ожирение, ХПН и др.). Предрасполагающими факторами нарушения воллюста являются острые и хронические интоксикации, дефицит тестостерона (ДТ). *Цель исследования:* изучить патогенетические механизмы нарушения воллюста у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, ассоциированного с дефицитом тестостерона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследован 21 пациент с СД 2-го типа, ассоциированного с ДТ (средний возраст – 46,0±5,4 года), которые были разделены на две группы: I группа (n=10) – пациенты с уровнем тестостерона <12,1 нмоль/л, II группа (n=11) – пациенты с уровнем тестостерона >12,1 нмоль/л. Объектами морфологического исследования послужила кожа и кавернозная ткань полового члена, полученные путем интраоперационной биопсии. Для гистологического исследования фрагменты кожи и кавернозной ткани полового члена фиксировали в забуференном 10% растворе формалина HistoSafe® (ООО «ЭргоПродакшн», Санкт-Петербург, Россия) в течение 24 часов. Проводка проходила в микроволновом гистопротекторе закрытого типа Milestone LOGOS One (Milestone Medical SRL, Sorio, Italy). Микропрепараты окрашивали гематоксилином-эозином и заключали под покровное стекло с использованием монтирующей среды VitroGel (ООО «ЭргоПродакшн», Санкт-Петербург, Россия). Микроскопия и микрофотографирование осуществлялось на микроскопе Leica DM1000 (Leica Microsystems GmbH, Wetzlar, Germany) со встроенной цифровой фотокамерой Leica DFC450C (Leica Microsystems GmbH, Wetzlar, Germany).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В обеих группах отмечены изменения, характерные для гиперплазии нервных окончаний в строге кожи полового члена. В 100% случаев у пациентов I группы отмечено хаотичное расположение нервных окончаний в строге кожи полового

члена с признаками гиперплазии, когда у пациентов II группы данные морфологические изменения выявлены в 45,4% случаев. Также у пациентов I группы в 90% случаев была гиперплазия нервных окончаний в строге кожи полового члена с участками кровоизлияний, а у пациентов II группы данная картина была выявлена в 27,2% случаев (p<0,05). Кроме того, у всех пациентов I группы была отмечена гиперплазия нервных окончаний вокруг кавернозных структур и гиперплазия нервных стволиков вокруг кавернозного тела с отеком стромы в 80% случаев, а у пациентов II группы патология нервных структур была выявлена в 54,4% случаев. Важным является дегенерация нервных структур кожи полового члена, которая была отмечена у всех пациентов I группы, а у пациентов II группы лишь в 36,6% случаев (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Нарушение воллюста у пациентов с СД обусловлено дегенеративными изменениями нервных структур полового члена. Отягощающим фактором снижения воллюста у пациентов с СД является ДТ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Сексуальная дисфункция у мужчин

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ. ВЫБОР ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Н.Ю. Игловиков¹, Н.Н. Харитонов¹,
Н.П. Кушниренко¹, П.А. Бабкин¹,
И.М. Питомцев¹, В.В. Протоцак¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

преждевременное семяизвержение, денервация, нейротомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Преждевременное семяизвержение (ПС) – одна из самых частых сексуальных дисфункций у мужчин. Распространенность ПС оценить

сложно, но, согласно литературным источникам, она встречается не менее, чем у 20–30% мужской популяции. В настоящее время наряду с консервативным лечением ПС применяются различные хирургические методики, которые могут выполняться как отдельно, так и в комбинации. В доступной литературе недостаточно данных об эффективности применения инъекций гиалуроновой кислоты в области головки полового члена, а также отсутствуют сведения о сравнении эффективности селективной пенильной денервации в сочетании с циркумцизией и без нее. *Цель исследования:* сравнить эффективность и безопасность хирургических методов лечения преждевременной эякуляции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 62 больных ПС в возрасте от 20 до 42 лет (средний возраст – 28,4 года). 10 пациентам выполнена селективная пенильная денервация в сочетании с обрезанием крайней плоти (1-я группа), 5 пациентам выполнена нейротомия с сохранением крайней плоти (2-я группа), 42 пациентам выполнено обрезание крайней плоти (3-я группа), 5 пациентам выполнено введение геля гиалуроновой кислоты в глубокие слои дермы в области головки полового члена. Оценку эффективности лечения проводили на основании результатов анкетирования по опроснику «Критерии преждевременного семяизвержения» (КриПС), измерения времени интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС) с помощью секундомера. Контрольные осмотры проводились через 2, 6 и 12 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К концу периода наблюдения, согласно результатам анкетирования по КриПС, 90 и 80% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно не имели признаков ПС, в 3-й группе этот показатель не превышал 10%, тогда как в 4-й группе он составил 60%. Показатель ВИЗС по прошествии 12 мес. у пациентов 1-й группы увеличился более чем в 5 раз – с $50,6 \pm 8,2$ до $270,6 \pm 81,5$ с, у пациентов 2-й группы – в 4 раза с $50,4 \pm 8,2$ до $240,6 \pm 65,5$ с, в 3-й группе он остался на прежнем уровне, исходно составив $52,8 \pm 5,4$ с, к концу наблюдения – $53,2 \pm 4,4$ с. Увеличение показателя в 4-й группе составило не менее, чем в 3 раза с исходных $51,4 \pm 6,0$ до $186,2 \pm 30,2$ с. Кроме того, пациенты 4-й группы в качестве позитивного эффек-

та также отметили увеличение размеров головки полового члена. Увеличение окружности головки полового члена после введения геля в среднем составило $18 \pm 10,0$ мм на момент введения и сохранялось в течение всего срока наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лечении ПС селективная пенильная денервация в сочетании с циркумцизией демонстрирует лучшие результаты по сравнению с операцией без выполнения обрезания крайней плоти. Изолированное выполнение нейротомии менее эффективно, но может быть рекомендовано пациентам, желающим сохранить крайнюю плоть. Применение геля гиалуроновой кислоты по эффективности уступает нейротомии, но, учитывая относительную простоту выполнения методики, может рассматриваться как промежуточный этап между консервативными и хирургическими способами лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Сексуальная функция у мужчин после реконструктивной хирургии нижних мочевых путей. Оценка исходов, диагностика, наблюдение

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МНОГОЭТАПНУЮ УРЕТРОПЛАСТИКУ

М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш,
В.В. Митусов, Д.В. Сизякин

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, передняя уретра, многоэтапная уретропластика, сексуальная функция, эректильная дисфункция, эякуляция, удовлетворение половым актом.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Любая сексуальная дисфункция, связанная с реконструкцией уретры при стриктурах, может не-

гativamente отражаться на качестве жизни и удовлетворенности пациентов результатами лечения, даже если операция считается «успешной» и проходимость уретры восстановлена. По данным литературы, частота эректильной дисфункции, выявляемой после уретропластик варьируется от 0 до 40%. *Цель исследования:* оценить сексуальную функцию у пациентов, подвергнутых многоэтапной уретропластике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 73 мужчины в возрасте 18–84 лет, которым в 2010–2019 гг. выполнена многоэтапная уретропластика по поводу структур передней уретры. Пенильные стриктуры имели 39 (53,4%) пациентов, бульбарные – 7 (9,6%), пенильно-бульбарные – 15 (20,5%), многофокусные – 12 (16,4%). Протяженность стриктур составила $7,27 \pm 3,26$ (2–18) см. Влияние этапной уретральной хирургии на сексуальную функцию изучали по опросникам МИЭФ-5, MSHQ-EjD и MSHQ-InS. Средний срок от операции до оценки сексуальной функции составил $67,8 \pm 32,3$ (14–134) месяца. При тестировании различий пред- и послеоперационных значений применяли критерий знакового ранга Wilcoxon, U-критерий Mann-Whitney и H-критерий Kruskal-Wallis. Отличия считали значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Значительных изменений исходных показателей опросника МИЭФ-5 по сравнению с послеоперационными не выявлено ($19,67 \pm 3,45$ (5–25) против $21,73 \pm 2,47$ (6–24) балла; среднее значение различий (Δ) – 2,1; 95% доверительный интервал (95% ДИ) – 16,1–20,2; $p = 0,468$). Суммарный балл опросника MSHQ-EjD увеличился с $14,67 \pm 3,33$ (1–28) до $25,41 \pm 5,65$ (1–34) балла, различие средних значений (Δ) составило 10,8, 95% доверительный интервал (95% ДИ) – 15,4–18,9 ($p < 0,001$). Аналогичные улучшения отмечены при анализе до- и послеоперационных баллов опросника MSHQ-InS ($17,31 \pm 4,67$ (5–30) против $24,61 \pm 4,13$ (8–30) балла; $\Delta = 7,2$; 95% ДИ: 15,4–18,8; $p = 0,036$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты, перенесшие многоэтапную уретропластику, имеют слабые позитивные изменения эректильной функции и значимые улучшения эякуляторной функции, а также степени сексуального удовлетворения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Диагностика нейрогенной эректильной дисфункции

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКРЫТЫХ НЕЙРОГЕННЫХ ПРИЧИН ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Т.Г. Маркосян¹, С.С. Никитин²

¹ *Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия*

² *Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, электромиография промежности, денервация тазового дна, кортикоспинальный тракт.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эректильная дисфункция – заболевание, имеющее полиэтиологическую природу. Нейрогенному компоненту ЭД придается незаслуженно малое внимания, зачастую игнорируясь специалистами. *Цель исследования:* электрофизиологическая фиксация выраженности и характера расстройств иннервации мышц промежности у пациентов с эректильной дисфункцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 67 пациентов эректильной дисфункцией, ранее не подвергавшихся хирургическим вмешательствам на промежности и гениталиях, с отсутствием в анамнезе каких-либо существенных неврологических заболеваний. В исследуемой группе не наблюдалось дисгормональных и сосудистых нарушений. У всех пациентов в комплексном обследовании выполнялась игольчатая ЭМГ мышц тазового дна. В ходе ЭМГ оценивались амплитуда и длительность потенциалов двигательных единиц, спонтанная активность, время центрального моторного проведения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 52 наблюдениях выявлена выраженная асимметрия произвольной мышечной активности,

отмечено одностороннее снижение амплитуды и длительности потенциалов действия. В 34 наблюдениях отмечена денервационная спонтанная активность, удлинение времени центрального моторного проведения по кортикоспинальному тракту. У 15 пациентов выявлено умеренное снижение проводимости нервов нижних конечностей и пудентального нерва. С учетом выявленных нарушений иннервации больные получали препараты, улучшающие нервную проводимость и активирующие обменные процессы нейронов. С целью повышения проводимости по кортикоспинальному тракту и периферическим нервным проводникам выполнялись сеансы комбинированной (транскраниальной и промежностной) магнитной стимуляции. На фоне комплексного лечения у всех пациентов отмечено значительное улучшение эректильной функции, повышение проводимости как по периферическим нервным проводникам, так и по кортикоспинальному тракту, повышение периферической чувствительности и учащение эпизодов спонтанной эрекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты подчеркивают необходимость электрофизиологического обследования мышц тазового дна и нижних конечностей у пациентов с эректильной дисфункцией с целью своевременного выявления скрытых нейрогенных расстройств. Наш опыт показал высокую информативность игольчатой ЭМГ тазового дна в обследовании пациентов данной категории, а назначенная комплексная терапия позволила значительно улучшить результаты лечения.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Преждевременная эякуляция – хирургическое лечение

СЕЛЕКТИВНАЯ КРИОАБЛАЦИЯ НЕРВОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Я.Б. Миркин¹, П.С. Кызласов²

¹*Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Краснодар, Россия*

²*Центр урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

преждевременная эякуляция, криоабляция, преждевременное семяизвержение, хирургическое лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Преждевременная эякуляция является распространенной мужской сексуальной дисфункцией с негативным влиянием на качество жизни. Хирургические методы лечения преждевременного семяизвержения основаны на снижении чувствительности головки полового члена различными методами, наиболее известным из них является селективная дорсальная нейротомия (СДН). СДН – эффективный, но инвазивный метод, характеризующийся риском осложнений, при этом результат вмешательства недостаточно предсказуем. В последнее время разработаны менее инвазивные методы лечения преждевременного семяизвержения методом временного нарушения проводимости дорсального нерва полового члена при помощи радиочастотной или криоабляции. *Цель исследования:* оценить эффективность селективной криоабляции нервов полового члена для лечения преждевременной эякуляции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 28 пациентов, возраст – от 22 до 35 лет (средний возраст – 28,7 года). Все пациенты соответствовали КриПС (критериям преждевременного семяизвержения). Среднее время интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС) составляло 75,8 сек.

(от 25 до 118 сек.). Средний балл профиля преждевременной эякуляции до выполнения криоабляции составлял 3,6 балла (от 0 до 6 баллов), что указывало на низкий контроль над эякуляцией, высокий уровень дистресса и негативное воздействие на взаимоотношения с сексуальными партнерами. Всем участникам была выполнена селективная малоинвазивная криоабляция дорсального нерва полового члена по следующей методике: 1) местная инфильтрационная анестезия 1% р-ром лидокаина; 2) проведение через кожу пениса перпендикулярно сосудисто-нервному пучку канюли для в/в инъекций размером 14G; 3) через канюлю проводился криозонд; 4) далее, для определения нерва, выполнялась электрическая стимуляция частотой 50 Гц.; 5) после локализации нерва криозонд дважды охлаждался до -78 °С в течение 2 мин. с перерывом в 1 мин.; 6) таким же образом осуществлялись локализация и заморозка второго дорсального нерва полового члена. Через три месяца после процедуры участники исследования вновь заполняли профиль преждевременной эякуляции и сообщили об измеренном ВИЗС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время интравагинальной задержки семяизвержения увеличилось в среднем с 75,8 до 227,6 сек. (+298%), средний балл профиля преждевременной эякуляции увеличился с 3,6 до 11,35 балла (+315%). Значимых осложнений не было зарегистрировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Селективная малоинвазивная криоабляция (СМК) нервов полового члена продемонстрировала высокую эффективность лечения преждевременной эякуляции. При этом СМК является безопасным методом ввиду малой инвазивности и обратимости нарушения проводимости нерва. Необходимы дальнейшие исследования метода.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Диагностика и хирургическое лечение эректильной дисфункции

ВЛИЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

А.Т. Мустафаев¹, П.С. Кызласов¹, Г.Г. Абуев¹

*Кафедра урологии и андрологии МБУ ИНО
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА
России, Москва, России*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, хирургическое лечение эректильной дисфункции, диагностика эректильной дисфункции, реваскуляризация полового члена, фаллоэндопротезирование.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эректильная дисфункция (ЭД) является распространенной проблемой, влияющей на качество жизни мужчин. Хирургическое лечение ЭД становится все более популярным методом лечения, однако выбор оптимального метода лечения все еще является сложной задачей для врачей. *Цель исследования:* оценить влияние диагностики на выбор хирургического метода лечения ЭД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели ретроспективное исследование 160 пациентов, которые были прооперированы по поводу ЭД в центре урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России в течение последних 5 лет. Все пациенты проходили комплексную диагностику с целью уточнения формы ЭД. В рамках обследования пациенты проходили анкетирование МИЭФ-5, УЗИ полового члена с фармакодоплерометрией, компьютерную кавернозографию, измерение ночных тумесценций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Фаллопротезирование было проведено в 67 случаях, реваскуляризация полового члена – в 34 случаях, резекция глубокой дорсальной вены – в 47 случаях, а эндоваскулярная хирургия – в 12 случаях. Оптимальный метод лечения был выбран на основе результатов диагностики и характеристик каждого пациента, их ожиданий и фи-

нансовых возможностей. Ключевой ролью в выборе хирургического лечения имели результаты УЗИ полового члена с фармакодоплерометрией и компьютерной кавернозографии, так как данные исследования позволяют выявить не только сосудистый генез заболевания, а также форму васкулогенной ЭД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тщательное и персонифицированное обследование пациентов с ЭД является важным этапом перед хирургическим лечением и может значительно повлиять на выбор оптимального метода лечения. Реваскуляризация полового члена и резекция глубокой дорсальной вены могут быть эффективными методами лечения при определенных типах ЭД с учетом строгих критериев отбора пациентов. Фаллопротезирование является эффективным методом лечения ЭД при наличии соответствующих показаний, однако всем пациентам необходимо проводить дополнительные исследования, чтобы уточнить оптимальный выбор метода лечения в зависимости от характеристик каждого пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Андрология, мужское здоровье: оценки настоящего времени и что в будущем

СОГЛАСОВАННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ПО МИЭФ-15 И МОНИТОРИНГА НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

О.Ю. Нестерова^{1,2}, А.А. Камалов^{1,2},
М.Е. Чалый¹, Д.А. Охоботов^{1,2}, Н.И. Сорокин^{1,2},
А.А. Стригунов^{1,2}, А.С. Тивтикян¹

¹Медицинский научно-образовательный центр
ФГБОУ ВПО «Московский государственный
университет им. М.В. Ломоносова», Москва,
Россия

²Факультет фундаментальной медицины
ФГБОУ ВПО «Московский государственный
университет им. М.В. Ломоносова», Москва,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мониторинг ночных пенильных тумесценций, «Андроскан», эректильная дисфункция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста пациентов составила 58 лет (межквартильный интервал – 52–62 года). При построении ROC-кривых было установлено, что наибольшая точность субъективной оценки степени ЭД характерна для ЭД 1 степени (при точке отсечения 17,5 балла по МИЭФ-15), в то время как наименьшая наблюдается в случае ЭД 3 степени (при точке отсечения 8 баллов). Чувствительность и специфичность результатов опросника МИЭФ-15 для 1 степени ЭД по данным мониторинга НПТ составили 80,6 и 43,7,9% соответственно. Чувствительность и специфичность результатов опросника МИЭФ-15 для 2 степени ЭД по данным андросканирования составили 96,2 и 4,1% (при точке отсечения 10,5 балла), для 3 степени – 100 и 0% соответственно. В ходе оценки согласованности результатов объективной и субъективной оценки ЭД значение каппы Коэна составило 0,147 ($p=0,008$), что указывало на крайне слабую, хоть и значимую, корреляционную взаимосвязь между степенями ЭД по МИЭФ-15 и по результатам мониторинга НПТ.

Таблица. Чувствительность и специфичность МИЭФ-15 относительно результатов мониторинга НПТ с учетом диапазонов градации ЭД по МИЭФ-15

Точка отсечения (баллы МИЭФ-15)	Чувствительность, %	Специфичность, %
Нет ЭД		
25,5	40	82,4
26,5	13,3	87,1
27,5	13,3	90,6
28,5	13,3	92,9
29,5	6,7	97,6
31,0	0	100
ЭД 1 степени		
17,5	80,6	43,7
18,5	80,6	53,1
19,5	72,2	60,9
22,5	33,3	73,4
24,0	27,8	78,1
25,5	27,8	82,8
ЭД 2 степени		
10,5	96,2	4,1
12,5	92,3	5,4
13,5	88,5	5,4
14,5	80,8	8,1
15,5	73,1	13,5
16,5	69,2	25,7
ЭД 3 степени		
8	100	0
9,5	95,7	0
10,5	87,0	1,3

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Лечение консервативное

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ

Р.И. Овчинников^{1,2}, С.И. Гамидов²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, фармакотерапия, ультразвуковая доплерография, электромиография, кавернозные тела, лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для консервативного лечения эректильной дисфункции (ЭД) применяются пероральные препараты: ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (иФДЭ-5) – силденафил (S), тадалафил (T), варденафил (V) и интракавернозные инъекции (ИКИ) вазоактивных веществ (альпростадил (A) и др.). *Цель исследования:* оценка влияния различных видов терапии ЭД на кавернозную электрическую активность и гемодинамику полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

291 больной с ЭД различной этиологии в возрасте 21–73 лет (в среднем $59,1 \pm 14,7$ года) после обследования, включавшего анкетирова-

ние Международный индекс эректильной функции (МИЭФ), фармакодоплерографию (ФДГ) и электромиографию (ЭМГ) полового члена, были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, степени тяжести, предположительной этиологии и патогенезу ЭД: 1-ю группу составили 79 больных, которым проводили ИКИ 5–40 мкг А за 15–20 мин. до полового акта; 2-ю группу составили 212 больных, принимавших один из иФДЭ-5 за 1 час до полового акта: 100–25 мг S (n=81) или 20 мг Т (n=64) или 20–5 мг V (n=67) в течение 6 мес. Контрольное обследование, проводившееся ежемесячно, включало анкетирование МИЭФ, ФДГ и ЭМГ полового члена. Для статистической обработки использовался софт Statistica-10 (p<0,05).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изменение различных показателей в % представлено в таблице.

Таблица. Динамика показателей эректильной функции

Показатель	ИКИ А	иФДЭ-5		
		S	T	V
«Эректильная функция» МИЭФ	+54,3*	+61,7*	+70,4*	+62,6*
Пиковая систолическая скорость в кавернозных артериях	+89,1*	+16,1	+21,3*	+22,6*
Конечная диастолическая скорость в кавернозных артериях	-3,2	-27,2*	-32,8*	-30,5*
Индекс резистентности	+6,9	+34,6*	+38,2*	+33,5*
Норморефлекторная ЭМГ-кривая	+9,4	+43,2*	+48,8*	+38,9*
Гипорефлекторная ЭМГ-кривая	-11,3	-20,7*	-17,4*	+7,3
Арефлекторная ЭМГ-кривая	-12,5	-73,2*	-65,6*	-80,1*
Примечание: * – статистически достоверное изменение (p<0,05)				

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патогенетическое влияние на артериальную составляющую ЭД любой этиологии оказывали ИКИ А и иФДЭ-5, на венозную составляющую – лишь иФДЭ-5: S, T, V – в равной степени. Состояние кавернозных тел за счет восстановления нормальной кавернозной электрической активности улучшали только иФДЭ-5. Терапия ИКИ А не приводила к такому эффекту. Требуется дальнейшие исследования в этой области.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Лечение консервативное

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Р.И. Овчинников^{1,2}, С.И. Гамидов²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва, Россия

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ЭД, вено-окклюзивная ЭД, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, консервативное лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вено-окклюзивная эректильная дисфункция (ВОД) является одной из самых тяжелых форм для лечения эректильной дисфункции (ЭД). Эффективность существующих видов фармакотерапии (ингибиторы ФДЭ-5, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов) не превышает 60–75%. *Цель исследования:* улучшение результатов лечения больных ЭД и поиск новых эффективных методов лечения ВОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

58 больных изолированной ВОД в возрасте от 18 до 47 лет (в среднем 29,7±8,3 года) были обследованы с использованием анализа жалоб, истории заболевания, физикального обследования, анкетирования МИЭФ, фармакодоплерографии

(ФДГ) сосудов полового члена, данных лабораторных обследований. Критерием исключения из исследования являлась артериальная гипертензия. Всем больным был назначен фозиноприл в индивидуально подобранной дозе 10–40 мг однократно вечером в течение 3 мес. Контроль артериального давления и пульса проводился еженедельно, анкетирование МИЭФ и ФДГ – 1 раз в мес. Для статистической обработки использовался софт Statistica-10 ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты анкетирования МИЭФ, показатели системной гемодинамики и ФДГ кавернозных артерий представлены в таблице.

Таблица. Динамика показателей эректильной функции

Показатель	Исходно	1 мес.	2 мес.	3 мес.
Показатель «эректильная функция» МИЭФ, балл	18,6±5,2	21,3±4,8	23,4±3,7*	25,1±4,3*
Систолическое АД, мм рт.ст.	125,6±7,6	121,6±7,4	119,2±8,1	120,3±5,9
Диастолическое АД, мм рт.ст.	83,2±5,4	65,3±6,2*	67,2±4,9*	66,3±5,7*
Пульс, уд./мин.	68,2±6,2	70,5±5,8	66,1±4,9	69,4±7,3
ПСС в кавернозных артериях, см/с	32,4±7,3	31,3±6,5	30,8±6,8	32,1±5,4
КДС в кавернозных артериях, см/с	12,3±4,1	6,9±3,7*	7,4±3,4*	7,3±3,8*
Индекс резистентности	0,62±0,08	0,78±0,1*	0,76±0,07*	0,77±0,06*
Примечание: * – статистически достоверное изменение ($p < 0,05$)				

Переносимость и безопасность терапии отмечена как хорошая, побочных эффектов в виде гипотензии не зафиксировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежедневное назначение индивидуально подобранных доз фозиноприла приводило к достоверному увеличению показателя «эректильная функция» анкеты МИЭФ с 2 мес. лечения за счет улучшения пенильного венозного кровотока, зафиксированного при ФДГ (снижения КДС и индекса резистентности). Учитывая, что изолированной ВОД при отсутствии артериальной гипертензии страдают в основном молодые пациенты, предложенный новый эффективный способ консервативного лечения данного страдания может стать терапией выбора для многих больных ВОД. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Эректильная дисфункция у мужчин и сексуальная дисфункция у мужчин и женщин, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия
Рубрика: Преждевременная эякуляция: взгляды на будущее

CONTEMPORARY RESEARCH TRENDS IN LIFELONG AND ACQUIRED PREMATURE EJACULATION

J.R. Rikhsiboev¹, F.A. Akilov², A.T. Makhmudov^{1,2}, Sh.Sh. Shavakhabov¹, S.U. Aliev², A.Q. Tulaboev³

¹Tashkent state dental institute, Uzbekistan

²Tashkent medical academy, Uzbekistan

³«TIIAME» National research university, Uzbekistan

KEY WORDS:

premature ejaculation, lifelong premature ejaculation, acquired premature ejaculation. diagnosis of premature ejaculation.

INTRODUCTION / PURPOSE OF THE RESEARCH

Premature ejaculation (PE) is a prevalent sexual disorder in men, yet the exact nature of this condition is not well understood. A lack of a standardized definition that accurately captures the characteristics of patients has made it difficult to conduct and interpret research on PE. However, with the increased awareness of sexual dysfunctions in recent decades, there has been a surge in scientific research that has challenged the traditional understanding of PE. As a result, a universal definition and classification of the

disease have been established. This shift towards an evidence-based approach has improved clinicians' ability to identify those who require medical treatment and has paved the way for further research into this complex condition. PE can be diagnosed using various methods. The most commonly used approach involves self-report questionnaires such as the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT), the Uzbek Index of Premature Ejaculation (UIPE), or the Index of Premature Ejaculation (IPE). These questionnaires typically ask questions about the frequency and duration of ejaculation, as well as the degree of distress experienced by the patient. In addition to self-report questionnaires, physical examinations can also be used to diagnose PE. *Purpose of the research:* estimate contemporary research trends in the field of premature ejaculation through using systematic review.

MATERIALS AND METHODS

To search for relevant clinical trials and randomized controlled trials, various online and specialized databases were consulted, including MEDLINE by PubMed (from 2002 to 2022), EMBASE (from 2002 to 2022), and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Cochrane Library, 2022). Bibliographies and researchers were also reviewed to supplement the search. The search terms used were «premature ejaculation», «lifelong premature ejaculation», «acquired premature ejaculation» and «diagnosis of premature ejaculation». In selecting literature for inclusion, the focus was on randomized or quasi-randomized controlled trials related to male sexual disorders and dysfunction. Systematic reviews and meta-analyses of research on sexual disorders were also considered. A total of 350 published articles from 2002 to 2022 related to the diagnosis of lifelong premature ejaculation and 163 published articles from the same time period related to the diagnosis of acquired premature ejaculation were selected for review based on their quality and relevance. The collected data were systematically analyzed and sorted for further review. Time series statistical methods were used to statistically analyze the overall data and to visualize the near future trends (as shown in Figure 1).



Figure 1. Research trends in premature ejaculation: Lifelong and Acquired PE

RESULTS

In recent years, there has been a significant increase in studies focused on diagnosing lifelong premature ejaculation, with a steady power function trend. Using a time series forecasting model, it was found that this trend could be accurately explained up to 90% ($R^2=0,899$), indicating a high level of accuracy in predicting future trends. Based on a power trend line model that takes into account temporal factors, it is projected that there will be approximately 47 research studies on this issue by the year 2030.

Similarly, the trend line equation model forecasts that there will be a continued increase in studies on acquired premature ejaculation, with an explaining power of 91.3% and a forecast accuracy of $R^2=0,913$. Taking into account temporal factors, it is predicted that there will be approximately 23 publications on this issue by the year 2030.

CONCLUSION

Our findings indicate a significant growth in medical trials related to both lifelong and acquired premature ejaculation, with a strong power function trend. Additionally, research on diagnosing both types of premature ejaculation is also increasing. However, preliminary findings suggest that further research is necessary to fully understand the definition and diagnosis methods of lifelong and acquired premature ejaculation, given the diverse range of biological and psychological etiological theories present in the literature.

For instance, the new classification of premature ejaculation into four subtypes has demonstrated that the symptomatology of lifelong premature ejaculation is vastly different from that of acquired premature ejaculation, subjective premature ejaculation, and variable premature ejaculation. The phenotype and pathophysiology of lifelong premature ejaculation are much more complex, requiring more comprehensive research to fully understand.

Acknowledgments/Funding Sources none.

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

Рубрика: Сексуальная дисфункция у мужчин с гиперплазией простаты (диагностика, оценка исходов, наблюдение)

ЭЯКУЛЯТОРНЫЕ НАПУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

М.Н. Рустамов², О.Ф. Галиуллин², А.З. Винаров¹

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

²*Отделение урологии, ЧУЗ «Клиническая
больница «РЖД-Медицина» г. Казань», Казань,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия простаты, нарушения семяизвержения, ретроградная эякуляция, анэякуляция, болезненная эякуляция, задержка эякуляции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нарушения семяизвержения (ретроградная эякуляция, анэякуляция, болезненное и раннее семяизвержение) у больных после различных наиболее широко применяемых методов оперативного вмешательства при аденоме/гиперплазии предстательной железы (трансуретральной аденомэктомии, лазерной и электрохирургической энуклеации и открытых операций) представляют значимые проблемы. *Цель исследования:* изучить характер нарушений семяизвержения у больных с гиперплазией предстательной железы до и после оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование эякуляторной функции 224 сексуально активных мужчин в возрасте от 49 до 84 лет с СНМ/ГПЖ до и после оперативного лечения. За период с 2018 по 2021 г. 72 больным была выполнена эндоскопическая тулиевая лазерная энуклеация гиперплазии простаты (ThuLep), 136 больным – традиционная ТУР простаты и 16 больным – открытая чреспузырная аденомэктомия. Всем пациентам на предоперационном и послеоперационном этапе выполнено традиционное обследо-

вание больного с СНМ/ГПЖ. Оценка функции семяизвержения проводилась путем анкетирования по шкале оценки семяизвержения – Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ-EjD) в предоперационном этапе и в сроки через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения. С целью дифференциальной диагностики ретроградного семяизвержения и анэякуляции больным после оперативного лечения проводили анализ посторгазменной мочи на наличие и количество сперматозоидов. Анализ данных выполнялся с помощью статистической программы StatTech v. 2.4.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст больных составил 64±7 лет, средний балл по шкале IPSS – 21,5, по шкале ПЕФ-5 – 17,9 балла, средний объем предстательной железы – 73 см³, средний объем остаточной мочи – 91,9 мл, PSA – 4,29, средний Qmax – 8,67 мл/сек. Различные нарушения семяизвержения до оперативного лечения выявлены у 61,6% обследуемых мужчин: 48,2 % (108) опрошенных отметили уменьшение объема эякулята, а 47,3 % (106) – снижение интенсивности семяизвержения. В 15,2 % (34) случаев было выявлено приобретенное раннее семяизвержение, 17 % (38 человек) сообщили о боли/дискомфорте при семяизвержении, 11,6% (26 человек) указали на задержку эякуляции (ЗЭ) во время полового акта. Пациентов с анэякуляцией исходно не было. Среди этих же больных через 3 месяца после оперативного лечения выявлены нарушения семяизвержения следующего характера: ретроградное семяизвержение – у 78 (34,8%) больных, анэякуляция – у 90 (40,2%). У остальных 56 (25%) после оперативного лечения антеградное семяизвержение было сохранено. Боль при семяизвержении отметили 4 (1,8%) человека, больных с ранним семяизвержением и задержанной эякуляцией среди прооперированных пациентов не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных ГПЖ до оперативного лечения в структуре нарушений семяизвержения преобладали снижение объема эякулята – 48,2%, снижение скорости (интенсивности) эякуляции – 47,3%, болезненное семяизвержение – 17%, преждевременная эякуляция – 15,2%, задержка эякуляции – 11,6%. У этих же больных после оперативного лечения преобладает ре-

троградная эякуляция – 34,8% (78) и анэякуляция – 40,2%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

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

Рубрика: Пенильная реабилитация пациентов после радикальной простатэктомии. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Т.М. Топузов¹, С.В. Попов^{1,3}, И.Н. Орлов^{1,2}, М.Л. Горелик^{1,2}

¹ Отделение урологическое, Клиника СПб ГБУЗ «КБ Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

² Кафедра урологии, ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

³ Кафедра и клиника урологии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, эректильная функция, недержание мочи, аутоплазма, пенильная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты радикального лечения рака предстательной железы тесно связаны с триадой послеоперационной оценки наличия у пациента эректильной функции, удержания мочи и отрицательного хирургического края. *Цель исследования:* оценить первые отдаленные результаты применения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, у пациентов после радикальной простатэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2023 гг. В исследование включены 243 пациента с подтвержденным раком предстательной железы группы низкого риска, прошедших

оперативное лечение в объеме радикальной простатэктомии в возрасте 52–70 лет. Пациенты распределены на 5 групп: 1 – пациенты с робот-ассистированной радикальной нервосберегающей простатэктомией (НС РАРПЭ) без лимфодиссекции с применением ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа; 2 – пациенты с НС РАРПЭ без лимфодиссекции с применением аутоплазмы; 3 – пациенты с НС РАРПЭ без лимфодиссекции; 4 – пациенты с робот-ассистированной радикальной простатэктомией без нервосбережения (РАРПЭ) с лимфодиссекцией; 5 – пациенты с РАРПЭ с лимфодиссекцией с применением аутоплазмы. До и после операции производилась оценка эректильной функции с помощью МИЭФ-5 и удержания мочи (ICIQ-SF, PQ-7, дрип-тест). Средний период наблюдения составил 9,6 месяца. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группа, в которой применялась аутоплазма, обогащенная тромбоцитами, у пациентов после нервосберегающей простатэктомии без лимфодиссекции, показала достоверно лучшие результаты в отношении сохранения эректильной функции, удержания мочи. Наличие отрицательного хирургического края в группах сравнения достоверно не отличалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, является эффективной в разрезе сохранения эректильной функции и удержания мочи у пациентов после радикальной простатэктомии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

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

РАЗВИТИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА

Б.В. Ханалиев¹, А.В. Иванов¹, А.Г. Барсегян¹, Е.И. Косарев¹

¹Кафедра урологии и андрологии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, внутреннее стентирование мочеточника, ретроградная интратенальная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Внутреннее дренирование мочевыводящих путей с использованием мочеточникового стента широко используется в урологической практике. Врачу-урологу все чаще приходится сталкиваться со стент-зависимыми, или стент-ассоциированными, симптомами, проявляющимися поллакиурией, дизурией, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, болью в поясничной и надлобковой областях, недержанием мочи, гематурией и т. д. Перед проведением ретроградной интратенальной хирургии (РИРХ) у пациентов с нефролитиазом для подготовки мочеточника (первый этап) производится внутреннее стентирование на 10–14 дней. В послеоперационном периоде после установки стента отмечена доля мужчин (репродуктивного возраста), которые испытывали нарушение эректильной функции. *Цель исследования:* оценить степень влияния внутреннего стентирования мочеточника на развитие эректильной дисфункции у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2022 гг. На базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пи-

рогова» МЗ РФ г. Москвы в исследование вошли 70 пациентов (мужчин), которым выполнялось внутреннее стентирование мочеточника на 10–14 дней перед проведением РИРХ. Все пациенты были анкетированы с помощью опросника МИЭФ-5 до проведения стентирования, на 2-е и 10-е сутки после установки стента мочеточника, а также на 14-е сутки после проведения РИРХ. С целью минимизирования стент-ассоциированных симптомов после первого этапа оперативного вмешательства пациенты получали препараты группы альфа-адреноблокаторов (тамсулозин 0,4 мг в сутки) на весь период внутреннего стентирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведения внутреннего стентирования мочеточника отмечено нарушение эректильной функции у 54 мужчин (77%). Снижение количества баллов у данных пациентов по опроснику МИЭФ-5 на 2-е сутки в среднем на 6,7. Однако на 10-е сутки отмечено увеличение количества баллов на 3,2. После проведения РИРХ на 14-е сутки симптомы эректильной дисфункции практически полностью нивелированы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашему мнению, появление эректильной дисфункции после стентирования мочеточника связано с обратимыми психогенными нарушениями. Перед проведением стентирования необходимо информирование о возможном снижении эректильной функции. По данному вопросу продолжается исследование и проводится углубленный анализ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Эректильная и сексуальная дисфункция у мужчин. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ОЦЕНКА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧЕК ДО ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Р.Ф. Холбобозода¹, А.А. Костин¹,
Н.В. Воробьев^{3,4}, Д.М. Монаков^{1,2},
А.О. Толкачев³, А.А. Крашенинников³

¹Российский университет дружбы народов,
кафедра урологии и оперативной нефрологии
с курсом онкоурологии, Москва, Россия

²ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»,
Москва, Россия

³МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ
«НМИЦ радиологии» Минздрава России,
Москва, Россия

⁴ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
МЗ РФ (Сеченовский университет), Москва,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

новообразования яичек, половая функция, тревога, депрессия, гормональный статус, тестостерон, гипогонадизм.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Новообразования яичек – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний среди мужчин молодого возраста. Факт выявления онкологического заболевания с локализацией опухоли в одном из органов половой системы, а также органуносящая операция и системная химиотерапия неизбежно оказывают негативное влияние на состояние половой функции пациента. В отличие от репродуктивных нарушений, изменения других составляющих половой функции у больных с новообразованиями яичек остаются изученными недостаточно, что послужило причиной проведения настоящего исследования. *Цель исследования:* оценить состояние половой функции и психоэмоционального статуса

у мужчин с новообразованиями яичек до начала лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В поперечное сплошное одноцентровое исследование включены 35 мужчин с впервые диагностированными новообразованиями яичек. Средний возраст пациентов – 34,2±

Домены МИЭФ-15	Основанная группа (n-31)		Контроль- ная группа (n-28)		P ¹
	Me	min- max	Me	min- max	
Эректильная функция	28	3-30	29	24-30	0,07
Удовлетворен- ность половым актом	10	0-15	14	10-15	<0,05*
Оргазмическая функция	10	0-10	10	7-10	0,291
Либи́до	8	5-10	10	6-10	<0,05*
Общая удовлет- воренность	8	3-10	9	6-10	0,007*
Примечание: n – количество пациентов; Me – среднее значение; min–max – минимум и максимум; 1 – U-критерий Манна-Уитни; * – различия показателей статистически значимы (p<0,05).					

При оценке копулятивной функции с помощью опросника МКФ у пациентов с новообразованиями яичка отмечались нарушения психической составляющей у 12 (34,3%), эрекции – у 20 (57,1%), нейрогуморальной – у 25 (71,4%), эякуляторной – у 10 (28,6%) пациентов. При оценке уровня тревоги и депрессии по шкале HADS наблюдалась субклиническая у 13 (37,1%) и клинически выраженная депрессия у 11 (31,4%) пациентов основной группы. При сравнении между группами тревога и депрессия статистически значимо чаще встречались в основной группе (p=0,0013); между сопоставляемыми признаками отмечалась средняя связь (V=0,373). Уровень тревоги и депрессии был более выражен у неженатых (p=0,013), не имеющих детей пациентов (p=0,025). Низкий уровень общего тестостерона определялся у 13 (39,4%), свободного тестосте-

рона – у 12 (38,7%), ЛГ – у 11 (33,3%), ФСГ – у 6 (18,7%) пациентов из основной группы. Повышенный уровень ЛГ зафиксирован у 4 (12,1%), ФСГ – у 4 (12,5%), пролактин – у 2 (6,9%) и ГСПГ – у 1 (5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с новообразованием яичка уже на момент установления диагноза отмечается ухудшение половой функции по сравнению со здоровой популяцией той же возрастной группы. Консультация онкопсихолога (онкосексолога) и информирование пациентов о нарушении половой функции, связанной с лечением, могут помочь справиться с этими сексуальными изменениями. Планируется проведение дальнейших исследований с включением большего числа пациентов и оценкой динамики половой функции во времени, а также того влияния, которое на нее может оказать химио- и лучевая терапия, а также анализом тех составляющих половой функции, которые подвержены наибольшему изменению у этой категории пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Эректильная дисфункция. Диагностика. Консервативное лечение

ГИПЕРОКСИГЕНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

С.Н. Шибанов

Курорт Усть-Качка, Пермский край

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, гипероксигенация, фаллодекомпрессия, терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В патогенезе эректильной дисфункции (ЭД) немалое значение имеет нарушение кислородного метаболизма в органах малого таза, особенно в кавернозной и спонгиозной тканях полового члена, как результат возрастных изменений сосудов. На этом фоне развивается кавернозный фиброз и эректильная дисфункция. Для восстановления эректильной функции широко приме-

няется метод фаллодекомпрессии (ФД). *Цель исследования:* изучить комбинацию из ингаляции чистого кислорода (гипероксигенацию) в сочетании с фаллодекомпрессией на кислородный метаболизм в половом члене и эректильную функцию у пациентов с нарушением эрекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали 43 пациента в возрасте 45–68 лет, имеющих нарушение эрекции. Согласно анкете, МИЭФ-5 ЭД имелась у всех пациентов, преобладала средняя степень ЭД. Согласно ТРУЗИ простаты у 16 больных имелся хронический простатит, а у 27 пациентов был выставлен диагноз ДГПЖ. Пациенты были разделены на две группы (21 и 22 человека), аналогичные по возрасту и тяжести проявления симптомов ЭД. Для проведения 10 процедур в первой группе пациентов для фаллодекомпрессии применялся аппарат «Яровит», во второй группе фаллодекомпрессия дополнялась одновременной ингаляцией кислорода, использовался кислородный ингалятор «Армед 7F-5L». Для измерения напряжения кислорода (PO₂) в головке пениса применялся пульсоксиметр LD300C23 до и после процедуры. Для оценки степени ЭД использовался опросник МИЭФ-5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходно до процедуры напряжение кислорода в головке пениса в обеих группах было 92,3±4%. В первой группе пациентов, где применялась только ФД, напряжение кислорода увеличилось на 3,2±3%, и достигало 95,5±2%, тогда как во второй группе с одновременным использованием ингаляции чистого кислорода PO₂ увеличилось 7,2±2%, и достигло в среднем 99,5±3%. Согласно анкетированию МИЭФ-5 ЭД во второй группе уменьшилась значительно больше, чем в первой группе. Положительные изменения носили более выраженный и стабильный характер. Так, сумма баллов по МИЭФ-5 до лечения в обеих группах составляла 13±2, а после лечения в первой группе – 16±3, соответственно, во второй группе с одновременным применением гипероксигенации – 20±5 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Курс лечения из комбинированного применения ингаляции кислорода во время процедуры фаллодекомпрессии у пациентов с ЭД усиливает кислородный метаболизм в половом члене, а также улучшает эректильную функцию.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Эректильная дисфункция у мужчин и сексуальная дисфункция у мужчин: терапия

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОД – ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ПРЕДНЕЙ УРЕТРЕ

В.А. Щекочихин, С.П. Даренков, А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук

*Кафедра урологии, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургическое лечение стриктур уретры является одним из наиболее эффективных методов. Однако после уретропластики вопрос о сохранении эректильной функции остается открытым. Ухудшение качества эрекции является одним из наиболее частых сексуальных осложнений, которое в свою очередь влияет на удовлетворенность пациентов оперативным лечением. Поэтому оценка сохранения эректильной функции после хирургической реконструкции уретры является важным аспектом в оценке качества жизни пациентов. *Цель исследования:* проанализировать факторы, которые могут оказывать негативное влияние на эректильную функцию после хирургического лечения, и выявить оптимальные методы физической терапии пациентов с ЭД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании представлены опыт хирургической помощи и последующей ЛОД (локальное отрицательное давление) терапией пациентам, перенесшим пластику передней уретры, и с наличием эректильной дисфункции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эректильная дисфункция, по данным различных

авторов, составляет до 30% от всех осложнений. При этом в раннем послеоперационном периоде ЭД достигает 40% и значительно снижается в горизонте 6–12 мес. После анализа обобщенного опыта хирургического лечения стриктур уретры выявлены факторы, влияющие на эректильную дисфункцию, – локализация стриктуры, ее протяженность, метод реконструкции, возраст пациента, длительность заболевания, патогенетические особенности стриктур (травма, ятрогения, половая инфекция). Одним из доказательно эффективных методов физической терапии эректильной дисфункции у пациентов с пластикой уретры в анамнезе является терапия локальным отрицательным давлением. Под ЛОД-терапией (фаллодекомпрессия) понимается воздействие отрицательным давлением на структуру полового члена с целью восстановления кровообращения во всех тканях органа и усиления притока артериальной крови к кавернозным телам. В основе ЛОД-терапии лежит принцип вакуума, когда откачиваемый аппаратом в колбе воздух растягивает структуру пещеристых тел, обеспечивая тем самым дополнительный приток артериальной крови, что не только дает эффект временной эрекции, но и служит своего рода механизмом для насыщения ткани кислородом, в том числе воздействуя на анастомотические ткани, уменьшая спонгиоз. Кроме того, затрагивая нервные рецепторы полового члена, ЛОД-терапия стимулирует поступления импульсов в спинной и головной мозг, раздражая тем самым центры эрекции и эякуляции. Так же данная терапия оказывает лечебный эффект на сосудистую и нервно-регуляторную систему органов малого таза. Не маловажное значение имеет психосоматический фактор: эрегированное состояние полового члена во время лечебных процедур после различной по длительности эректильной дисфункции (в том числе в дооперационном периоде) оказывает высокий мотивационный импульс к выздоровлению пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛОД-терапия является безопасным и малоинвазивным и эффективным методом реабилитации пациентов с ЭД, перенесших пластику уретры. Сроки, длительность и количество курсов процедур подлежат дальнейшему изучению.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

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

Рубрика: Эректильная дисфункция. Методы диагностики, терапии

**УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ –
ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ
ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

В.А. Щекочихин, С.П. Даренков,
А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук

*Кафедра урологии, ФГБУ ДПО «Центральная
государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, Москва,
Россия*

Эректильная дисфункция (ЭД) является распространенным заболеванием среди мужского населения по всему миру, тактика лечения которого постоянно совершенствуется. Среди множества причин развития данного заболевания травматические повреждения костей таза с повреждениями уретры как следствие урбанизации (автотравмы и др.), стихийных бедствий (землетрясения и, как следствие обрушения зданий), а также различные психогенные факторы, патология сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, онкология и др. Существующие методы лечения ЭД разнообразны, однако запрос медицинского сообщества на внедрение новых тактик по-прежнему актуален.

Ударно-волновая терапия (УВТ) – качественно новый метод лечения ЭД. Его суть заключается в воздействии высокочастотных звуковых волн на кровеносную систему полового члена (ПЧ), путем стимуляции сосудистого русла и, как следствие, неоангиогенеза, улучшения тонуса кровеносных сосудов и наполняемости пещеристых тел ПЧ. В результате эректильная функция пациентов улучшается.

Согласно данным исследований (журнал International Journal of Impotence Research, 2019, Sokolakis I и соавт., проведен метаанализ 10 рандомизированных клинических исследований с суммарным количеством участников – 873 мужчины) было установлено, что ударно-волновая терапия может значительно улучшить эректильную функцию у мужчин с легкой и умерен-

ной ЭД по Международному Индексу Эректильной функции (МИЭФ). Отсутствие ярко выраженных побочных эффектов после применения данного метода подтверждает его безопасность для пациентов.

В настоящее время не все медицинские учреждения, специализирующиеся на лечении ЭД, имеют достаточный опыт и возможности для проведения УВТ. Кроме того, необходимо проведение дальнейших исследований для уточнения оптимальной тактики лечения пациентов с эректильной дисфункцией и с использованием УВТ: конкретизация показаний и противопоказаний к процедуре, критерии применения (величина дозировки, частота и продолжительность и тд.). Несмотря на все вышеперечисленное, ударно-волновая терапия уже показала себя как перспективный альтернативный метод лечения ЭД, самодостаточный или применяемый в комбинации с уже существующими методами лечения ЭД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ударно-волновая терапия доказала свою эффективность в лечении ЭД. Однако целесообразно дальнейшее проведение исследований для определения оптимальной тактики применения ударно-волновой терапии, а также дальнейшая клиническая апробация данного метода в медицинских учреждениях.

МУЖСКОЙ ГИПОГОНАДИЗМ И ПЕНИЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Тема секции: Мужской гипогонадизм
и пенильные искривления

Рубрика: Мужской гипогонадизм

РАСОСТРАНЕННОСТЬ ЛАБОРАТОРНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА (МНОГОЦЕНТРОВОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОДНОМОМЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

В.А. Божедомов¹, Н.А. Липатова³,
Г.Е. Божедомова¹, Р.А. Камарина^{1,3},
А.А. Камалов¹

¹«Клиника мужского здоровья» медицинского
научно-образовательного центра (МНОЦ)
и кафедра урологии и андрологии факультета
фундаментальной медицины ГБОУ ВПО
«Московский государственный университет им.

М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. В.И.

Кулакова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ООО «Мужская клиника МЕД-КОД», г. Москва,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мужской гипогонадизм, тестостерон, индекс
массы тела, ЛГ, ГСПГ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность гипогонадизма увеличивается с возрастом. *Цель исследования:* оценить распространенность дефицита тестостерона (Т) у мужчин трудоспособного возраста, жителей мегаполиса (Москва).

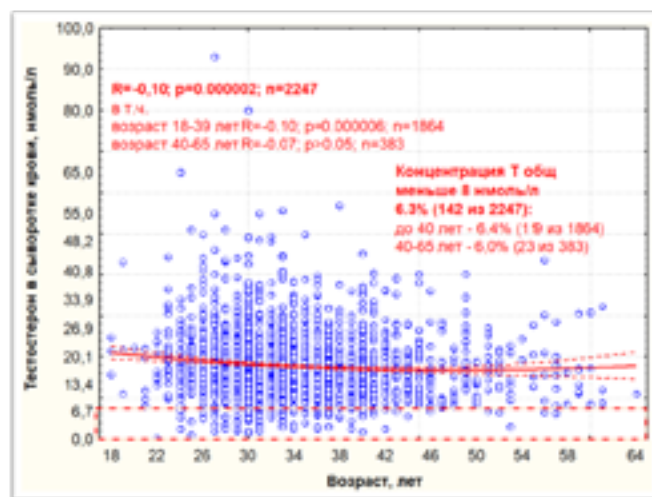
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование ретроспективное многоцентровое одномоментное комплексное клиничко-лабораторное. Содержание Т в сыворотке крови определяли методом масс-спектрометрии, или иммуноферментным методом утром натощак у 2247 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся в специализированные ЛПУ по поводу различных андрологических заболеваний: снижения либидо, сексуальных дисгармоний, бесплодно-

го брака, невынашивания беременности, хронического простатита и др.; одновременно иммуноферментным методом определяли концентрацию глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) и ЛГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Связь между содержанием в крови Т и возрастом высокозначимая, но статистически очень слабая ($R=-0,10$; $p<0,001$; $n=2247$), причем для пациентов в возрасте 18–39 лет она больше ($R=-0,10$; $p<0,001$; $n=1864$), чем в возрасте 40–65 лет ($R=-0,07$; $p>0,05$; $n=383$). Дефицит тестостерона (меньше 8 нмоль/л) имел место у 6,3% обследованных (142 из 2247), в т.ч. у мужчин моложе 40 лет – в 6,4% (119 из 1864), в возрасте 40–65 лет – в 6,0% (23 из 383). У пациентов с гипогонадотропной формой гипогонадизма (ЛГ<1 МЕ/л), у 12,1% – гипергонадотропная (ЛГ>10 МЕ/л). Значимая взаимосвязь возраста и содержания ГСПГ, по нашим данным, отсутствовала ($R=0,05$; $p>0,05$; $n=1306$), но расчетное содержание свободного тестостерона более значимо, чем общий тестостерон, понижалось с возрастом ($R=-0,14$; $p<0,001$; $n=1306$). Показана высокозначимая отрицательная зависимость между содержанием Т и ИМТ ($R=-0,20$; $p<0,001$) и одновременно между ИМТ и возрастом ($R=0,21$; $p<0,001$).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лабораторный гипогонадизм (гипогонадотропия) имеет место у 6% мужчин трудоспособного возраста, жителей мегаполиса, при этом в большинстве случаев (80%) это нормогонадотропная форма. Возрастное снижение уровня тестостерона до 65 лет является очень незначительным, и, по нашему мнению, не является проявле-

нием старения, а обусловлено увеличением массы тела, распространенности ожирения, других сопутствующих заболеваний (например, диабет). **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Мужской гипогонадизм и пенильные искривления

Рубрика: Мужской гипогонадизм, осложнения

СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, РЕГИСТРИРУЕМЫЕ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА, ДЛИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯВШИХСЯ

В НЕМЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ

Х.С. Ибишев¹, В.А. Шарбабчиев²,

М-Х. М. Ужахов¹, А.И. Палёный¹,

А.Д. Межидова³

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»*

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²*ГБУЗ СК «Шпаковская районная больница», Россия, Михайловск, Россия*

³*ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», Россия, Ростов-на-Дону*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тестостерон, препараты тестостерона, симптомы нижних мочевых путей, нежелательные явления.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Процесс старения у мужчин сопровождается прогрессирующим снижением уровня тестостерона (Тс), циркулирующего в сыворотке крови. В дополнение к хронологическому старению, снижению эндогенного Тс и развитию гипогонадизма способствуют различные другие факторы. Одним из таких факторов является длительный прием препаратов тестостерона (ПТ), применявшихся в немедицинских целях. *Цель исследования:* оценить характер симптомов нижних мочевых путей у мужчин после отмены ПТ, длительно применявшихся в немедицинских целях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен клинико-статистический анализ результатов обследования 31 мужчины в возрасте 22–46 лет, которые получали ПТ в немедицинских целях при посещении

тренажерных залов, а затем обратились к урологу с жалобами на наличие

СНМП. СНМП мужчины стали отмечать после отмены ПТ. До назначения ПТ уровень гормонального статуса (Тс, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), пролактин, эстрадиол) соответствовал нормативным значениям, данных об инфекционно-воспалительном процессе мочевых путей и простаты не было. Длительность приема ПТ в течение двух лет отмечена у 10 (32,3%) мужчин, от двух до четырех лет – у 8 (25,8%), свыше четырех лет – у 13 (41,9%) мужчин. При обследовании пациентов применяли шкалу IPSS. Выполняли лабораторные и инструментальные тесты, такие как общеклинические исследования мочи и крови, микроскопическое исследование секрета простаты (СПЖ), исследования уровня общего Тс, ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола в сыворотке крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря и простаты, урофлоуметрию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов шкалы IPSS выявил, что у 27 (87,1%) пациентов регистрировалась симптоматика умеренной степени выраженности (8–19 баллов), а у 4 (12,9%) – легкая (0–7 баллов). При оценке характера СНМП было отмечено, что у пациентов преобладали ирритативные симптомы как по количеству наблюдений, так и по степени выраженности. Уровень общего Тс сыворотки крови у 13 (41,9%) мужчин был в диапазоне 8–11 нмоль/л, у 18 (58,1%) – ниже 8 нмоль/л. Повышение уровня ФСГ выше нормативных значений было отмечено у 5 (16,1%) мужчин, ЛГ и пролактина – у 9 (29,0%) и 5 (16,1%) мужчин соответственно. Снижение уровня эстрадиола ниже референсного значения было выявлено у 6 (19,4%) мужчин ($p < 0,05$).

УЗИ простаты выявило гиповаскулярные участки в 24 (77,4%) наблюдениях: 11 (35,5%) – односторонняя локализация, 13 (41,9%) – двусторонняя локализация (рис. 4А). У 8 (25,8%) обследуемых они располагались в транзитной зоне, у 4 (12,9%) – в центральной зоне, и у 12 (38,7%) пациентов были затронуты обе зоны простаты. Кроме того, у 21 (67,7%) пациента имел место фиброз простаты, причем у 7 (22,6%) пациентов фиброзный процесс был выявлен в одной доле простаты, а у 14 (45,2%) – в двух долях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У мужчин, длительно применяющих ПТ в медицинских целях, развивается вторичный гипогонадизм, сопровождающийся нежелательными явлениями со стороны мочевыводящих путей и органов репродуктивной системы. Одним из нежелательных явлений, ухудшающих качество жизни мужчин после отмены приема ПТ, являются СНМП, которые в большинстве случаев носят ирритативный характер.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Протезы в урологии

Рубрика: Лечение хирургическое (инвазивное).
Оценка исходов, наблюдение и профилактика

МЕСТО ПРОМЕЖНОСТНОГО ДОСТУПА В ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

П.С. Кызласов¹, А.Т. Мустафаев¹, Г.Г. Абуев¹
¹ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА
России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

промежностный доступ, имплантационная хирургия, фаллопротезирование.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Промежностный доступ является одним из наиболее часто используемых в имплантационной хирургии. *Цель исследования:* рассмотреть место промежностного доступа в имплантационной хирургии, оперативные вмешательства, возможные для проведения через промежностный доступ, оценить его преимущества и недостатки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании был проведен обзор литературы и анализ статей, посвященных промежностному доступу в имплантационной хирургии. В качестве материалов использовались данные из медицинских журналов и публикаций, опубликованных в период с 2010 по 2022 г., а также анализ оперативной деятельности в отделении урологии Центра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании анализа литературы и оперативной деятельности в отделении урологии Центра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России можно сделать вывод, что промежностный доступ в импланта-

ционной хирургии может быть использован для имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря, пенильных имплантов, уретрального слинга. Преимущества промежностного доступа: возможность одномоментной имплантации искусственного мочевого сфинктера и уретрального слинга, низкая вероятность перфорации «ножек» кавернозных тел, меньшее время оперативного пособия при проведении симультанных вмешательств, ускоренные сроки восстановления. Недостатки промежностного доступа: техническая сложность в бужировании дистального отдела кавернозных тел. Близкое расположение к анусу, повышающее риск инфекционных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на ограничения и риски, промежностный доступ в имплантационной хирургии остается ценным инструментом, который позволяет выполнить симультанное оперативное вмешательство и ускорить сроки восстановления.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Онкоурология

Рубрика: Рак полового члена

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВО-БЕДРЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПОВОГО ЧЛЕНА: АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Е.А. Метелькова¹, Э.В. Гурин¹, П.В. Нестеров^{1,2},
А.В. Ухарский¹

¹ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия
²Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак полового члена, пахово-бедренная лимфодиссекция, осложнения паховой лимфодиссекции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнение паховой лимфаденэктомии (ЛАЭ) является важным фактором в улучшении онкологических результатов лечения рака полового члена, но при этом сопряжено с высокой частотой осложнений, достигающей 50%. В начале 2000-

х гг. не была разработана и внедрена видеоэндоскопическая ингвинальная лимфаденэктомия (VEIL), что привело к снижению частоты послеоперационных осложнений. *Цель исследования:* провести сравнительную оценку послеоперационных осложнений видеоэндоскопической и классической пахово-бедренной лимфаденэктомии при раке полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное обсервационное неконтролируемое исследование. В исследование включены 66 пациентов с диагнозом рак полового члена из группы промежуточного и высокого рисков регионарного метастазирования, проходивших лечение в нашей клинике в период 2009–2022 гг., которым одновременно с лечением первичной опухоли выполнялась паховая лимфодиссекция. Пациенты были разделены на две группы: пациентам первой группы (n=54) выполнена открытая ЛАЭ; пациенты второй группы (n=12) были подвергнуты латеральной VEIL. Средний возраст пациентов составил 61,3±4,4 года в первой группе и 66,5±5,2 года во второй группе. Пациенты обеих групп были сравнимы по основным демографическим и клиническим показателям. Нами оценивались интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика оперативного вмешательства и периоперационных осложнений приведены в таблице.

Характеристика	Открытая лимфаденэктомия	L-VEIL	Уровень достоверности (p ¹)
	n=54	n=12	
Длительность операции с одной стороны (минут, max – min)	65 (от 30 до 90)	75 (от 45 до 120)	0,062
Кровопотеря (мл, max – min)	32,5 (5–100)	8 (2–20)	0,012

Раневая инфекция	13 (24%)	0	0,001
Некрозы кожных лоскутов	30 (55,5%)	0	0,001
Расхождение краев ран	28 (52%)	0	0,001
Лимфоцеле	2 (4%)	2 (17%)	0,071
Лимфедема	8 (15%)	0	0,001
Невриты бедренного нерва	3 (5,5%)	0	0,001
Расхождение краев ран	28 (52%)	0	0,001
Распространенная подкожная эмфизема	0	1 (8%)	0,103
Средние сроки дренирования (дней)	18	6,5	0,026
Средняя длительность госпитализации (дней)	30	14	0,306

Примечание: n – количество пациентов; min–max – минимум и максимум; 1 – U-критерий Манна-Уитни.

При анализе периоперационных осложнений было отмечено, что при L-VEIL имела место минимальная кровопотеря (не более 20 мл) и не наблюдалось таких осложнений, как раневая инфекция, некрозов кожных лоскутов, расхождения краев раны, лимфедемы. В 1 случае при проведении L-VEIL осложнилась развитием подкожной эмфиземы до уровня шеи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Видеоэндоскопическая пахово-бедренная лимфаденэктомия имеет существенное преимущество в сравнении с открытой методикой, что выражается в части снижения частоты хирургических осложнений на 83%, сокращении сроков го-

спитализации более чем в два раза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Протезы в урологии

Рубрика: Генитальная урология

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕСТИКУЛЯРНЫХ ПРОТЕЗОВ

Т.Х. Назаров¹, И.В. Рычков¹

¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

протезирование, тестикулярный протез,
генитальная урология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Протезирование яичка – важное направление в реконструктивной генитальной хирургии. Данная операция выполняется по психологическим и косметическим показаниям. Среди специалистов до сих пор дискутируются следующие вопросы данной проблемы: оптимальный возраст для протезирования, подбор размеров импланта, их виды, методики протезирования, удовлетворенность результатом и осложнения. *Цель исследования:* оценка эффективности и безопасности тестикулярных протезов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представляем результаты лечения 17 мужчин, в возрасте от 18 до 28 лет, которым установлен тестикулярный протез с 2018 по 2023 г.

В анамнезе 6 пациентам выполнена орхиэктомия по поводу перекрута яичка, 4 – острого гнойного орхоэпидидимита, 4 – опухоли яичка, 2 – атрофии яичка, 1 – анорхизма. Протезирование выполнялось не менее чем через 6 месяцев в 15 случаях, у 2 – одномоментно с орхиэктомией.

Всем пациентам установлены силиконовые импланты: 8 – EUROSILICONE (США), 6 – Promedon S.A. (Аргентина), 3 – Mertor/Coloplast (США). При установке использован паховый доступ у всех пациентов, считающийся наиболее оптимальным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценку результатов оценивали через один год. Хороший результат у 12 пациентов – расположение яичка на дне или в средней трети мошонки, удовлетворительный у 4 пациентов – протез

в верхней трети мошонки, в 1 случае произошло отторжение протеза на фоне сопутствующего сахарного диабета. По результатам кратного опросника качества жизни средний балл психического и физического благополучия составлял $15 \pm 3,5$ и $27 \pm 2,7$ до и после операции соответственно ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тестикулярное протезирование после утраты яичка может улучшить психологическое состояние и повысить качество жизни пациентов, а различные типы силиконовых имплантов обладают хорошей биосовместимостью с низкой вероятностью отторжения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мужской гипогонадизм и пенильные искривления

Рубрика: Пенильные искривления

КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

А.В. Печерский

*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО
«Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

болезнь Пейрони, протеолитические ферменты, регенерация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее частой причиной развития болезни Пейрони является травма белочной оболочки кавернозных тел. На месте повреждения образуется рубцовая ткань, которая приводит при эрекции к искривлению полового члена и болевому синдрому. Лизис рубцовой ткани протеолитическими ферментами с одновременной стимуляцией регенерации поврежденного участка белочной оболочки открывают новые возможности консервативного лечения болезни Пейрони.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенту О., 33 года, с болезнью Пейрони было проведено комплексное консервативное лечение. Для лизиса бляшки применялись препараты с протеолитическими ферментами: местно методом электрофореза вводился ферменкол, а внутрь

назначался вобэнзим. Для стимулирования регенерации поврежденного участка соединительной ткани белочной оболочки местно применялись: метилурациловая мазь, спиртовая вытяжка прополиса, а внутрь назначались: глюкозамин максимум, гиалуроновая кислота и сингумир – пептидный препарат, приготовленный из ксеногенных тканей суставов. С той же целью стимуляции регенерации местно проводился курс ударно-волновой терапии. Хемоаттрактант (прополис, образованный пчелами из древесных масел, являющийся аналогом дегтярной мази, мази Вишневского) и тканеспецифичные антигены (образованные микротравмами при ударно-волновой терапии и поступившие с пептидным препаратом сингумир, содержащим антигены соединительной ткани) служили привлечению макрофагов, которые не только дополнительно лизировали бляшку своими протеолитическими ферментами, но и как антеген-представляющие клетки передавали данные антигены Т-хелперам, формирующим тканеспецифичные рецепторы у плюрипотентных стволовых клеток (обеспечивающих направленность миграции стволовых клеток к поврежденному участку белочной оболочки кавернозных тел). Улучшение миграции стволовых клеток к месту повреждения обеспечивало назначение гиалуроновой кислоты, являющейся основным компонентом межклеточного матрикса. Для улучшения микроциркуляции и сопутствующего повышения оксигенации тканей, удаления метаболитов и увеличения числа мигрировавших стволовых клеток местно применялся троксевазин-гель, а внутрь – кардиомагнил. При болях местно назначался кетонал-гель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведения двух курсов лечения с месячным перерывом отмечено уменьшение размеров бляшки на 90%, а также существенное уменьшение при эрекции искривления полового члена и болевого синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вышеописанная методология существенно повышает эффективность лечения болезни Peyroni.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мужской гипогонадизм и пенильные искривления

Рубрика: Мужской гипогонадизм и метаболический синдром

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ГИПОГИНОДИЗМА. ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.В. Полищук^{1,3}, С.В. Шкодкин^{1,2}, С.В. Чирков¹

¹ *Кафедра госпитальной хирургии, ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», Белгород, Россия*

² *Отделение урологическое, ОГБУЗ «БОКБ им. Святителя Иоасафа», Белгород, Россия*

³ *Поликлиническое отделение № 7, ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», Белгород, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

метаболический синдром, гипогонадизм, дизурия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить взаимосвязь метаболического синдрома (МС) вследствие гипогонадизма (ГГ) и симптомов нарушенного мочеиспускания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клиническое когортное одноцентровое исследование включено 115 мужчин в возрасте 40–60 лет: основная (n=86) с МС и контрольная группа (n=29) – мужчины без МС. Обследование: IPSS, тестостерон общий, альбумин, инсулин, гликозилированный гемоглобин, холестерин, урофлоуметрия, УЗИ мочевого пузыря с остаточной мочой, ТРУЗИ простаты с доплеровским исследованием кровотока. Экспериментальное исследование проведено на 80 самцах крыс линии Wistar: основная (n=35) – животные с МС, индуцированным в течение 3 мес. и получающие в дальнейшем в течение 3 мес. препараты тестостерона; контрольная (n=35) – животные с МС, не получавшие ЗГТ, и группа интактных животных (n=10). Производился контроль веса, уровня тестостерона, глюкозы, холестерина и морфометрические показатели простаты. Значимость различий показателей оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при p<0.05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные данные в группах мужчин представлены в таблице.

Таблица. Результаты в группах

Показатели	Основная группа (с МС) Среднее M±SD	Контрольная группа (без МС) Среднее M±SD	p ¹	Разница средних	95% ДИ
Вес (кг)	114,7± 8,9	75,4± 3,9	<0,0001	-39,3	-38,2- 40,5
Окружность талии (см)	113,2± 5,9	88,6± 7,6	<0,0001	-24,6	-23,8- 25,1
Индекс массы тела (кг/м ²)	36,3± 2,4	22,4± 1,0	<0,0001	-13,9	-12,3- 15,2
Гликированный гемоглобин (ммоль/л)	7,6± 0,3	5,2± 0,4	<0,0001	-2,4	-1,9- 2,9
Инсулин (мкЕд/мл)	29,4± 4,5	20,7± 3,0	<0,0001	-8,7	-7,3- 10,3
Холестерин (ммоль/л)	5,9± 0,3	4,7± 0,4	<0,0001	-1,2	-0,8- 2,3
Тестостерон (нмоль/л)	8,6± 0,3	16,0± 1,3	<0,0001	-7,4	-6,6- 8,3
Q max (мл/с)	11,3± 1,5	18,3± 3,7	<0,0001	7	6,4- 7,6
Время мочеиспускания (с)	27,5± 3,9	9,7± 1,7	<0,0001	-17,8	-16,5- 19,1
Опросник IPSS (балл)	26,1± 2,0	8,6± 1,8	<0,0001	-17,5	-16,7- 18,9
Остаточная моча (мл)	52,7± 5	38,4± 1,2	<0,0001	-14,3	-13,8- 15,4
Объем простаты (см ³)	32,6± 2,1	22,4± 1,4	<0,0001	-10,2	-9,5- 11,1
Примечание: n – количество пациентов; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; ¹ – t-критерию Student; ДИ – доверительный интервал					

В ранее проведенном экспериментальном исследовании на самцах крыс, имеющих индуцированный МС, подтвержден положительный эффект заместительной гормональной терапии тестостероном в течение 3 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют сделать вывод, что МС выступает независимым фактором ЭД и гипогонадизма, что ведет к нарушениям микции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Мужской гипогонадизм

и пенильные искривления

Рубрика: Мужской гипогонадизм и метаболический синдром

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФУНКЦИЮ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ

А.В. Полищук^{1,3}, С.В. Шкодкин^{1,2}, С.В. Чирков¹

¹Кафедра госпитальной хирургии, ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

²Отделение урологическое, ОГБУЗ «БОКБ им. Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

³Поликлиническое отделение № 7, ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», Белгород, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

метаболический синдром, гипогонадизм, эксперимент, нижние мочевые пути.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследований не позволяют сформулировать единое мнение о патогенезе развития и прогрессии симптомов нарушенного мочеиспускания (СНМ) при метаболическом синдроме (МС). *Цель исследования:* оценка функционального состояния изолированных препаратов мочевого пузыря самцов крыс с индуцированным МС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании самцы крыс были определены в группы: основная группа (n=24) – животные с МС, контрольная (n=17) – без МС. В исследуемых группах определяли уровень общего тестостерона, глюкозы и холестерина плазмы. В эксперименте изучали спонтанную и стимулированную

ную ацетилхолином (АХ) сократимость полосок изолированного детрузора. Значимость различий показателей оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе наблюдения МС выявлены различия по массе, росту плазменного уровня глюкозы и холестерина и снижению общего тестостерона, что составило 395 ± 10 г; $6,73 \pm 1,1$ ммоль/л; $3,12 \pm 0,7$ ммоль/л и $8,36 \pm 0,5$ нмоль/л, аналогичные показатели контрольной группы – 246 ± 12 г, $5,32 \pm 1,2$ ммоль/л, $2,1 \pm 0,3$ ммоль/л и $18,4 \pm 0,6$ нмоль/л соответственно ($p < 0,05$). При этом спонтанная сократимость изолированного мочевого пузыря в 1 мин. у крыс в основной группе составило $13 \pm 1,8$ сокращений, что статистически значимо превосходило данный показатель контрольной группы – $7 \pm 0,4$ сокращений ($p < 0,05$). Сила спонтанных сокращений детрузора мочевого пузыря крыс в основной группе достигла $1,4 \pm 0,2$ г при амплитуде $0,7 \pm 0,24$ г, в контрольной группе аналогичные показатели составили $0,85 \pm 0,2$ г при амплитуде $0,4 \pm 0,07$ г ($p < 0,05$). Стимуляция АХ вызвала рост частоты сокращений в основной группе $16 \pm 1,3$, в контроле – $11 \pm 0,9$, но различия сохранились ($p < 0,05$). Сила и амплитуда сокращений у животных с МС так же возросли и достигли $1,8 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,6$ г, аналогичные показатели контрольной группы – $1,25 \pm 0,09$ г и $0,62 \pm 0,05$ г, что достоверно меньше основной группы наблюдения ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индукцированный МС и вторичный гипогонадизм сопровождаются лабораторными изменениями у животных и оказывают прямое влияние на рост гиперактивности и сократительной способности детрузора мочевого пузыря. ЗГТ эффективно корригирует лабораторные нарушения и нормализует морфометрические показатели предстательной железы и частично вес животных.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Протезы в урологии
Рубрика: Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

И.С. Шорманов¹, Д.Н. Щедров^{1,2},
Ю.С. Спасская², Д.Ю. Гарова¹, Е.В. Морозов^{1,2},
Н.А. Сидорова¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
Ярославль, Россия

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая
больница», Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тестикулярное протезирование, имплант, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эндопротезирование яичка является важным звеном как медицинской, так и социальной реабилитации, ведущим к улучшению показателей мужского здоровья. Несмотря на достаточно длительную историю использования тестикулярных имплантов, частота осложнений данной операции остается значительной. *Цель исследования:* проанализировать причины осложнений тестикулярного протезирования у детей подросткового возраста и у взрослых пациентов, а также предложить способы их профилактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клиническим материалом послужили пациенты после орхэктомии, которым было выполнено протезирование яичка. Подростковая группа составила 156 пациентов, взрослая – 136 пациентов. Возрастной состав в подростковой группе варьировался от 12 до 17 лет, во взрослой – от 18 до 59 лет. Использовались импланты «МИТ» у 116 пациентов (взрослых – 44, подростков – 54) и Promedon – у 176 (взрослых – 90, подростков – 102). Осложнения отмечены у подростков – 13 из 156 (8,33%), у взрослых – 14 из 136 (10,29%), суммарно 27 осложнений на 292 пациента (9,24%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе зависимости частоты осложнений от возраста установлено, что у подростков наиболее часто осложнения возникают в раннем

возрасте, из 13 случаев осложнений 5 отмечены в возрасте 16–17 (5,38%) лет и 8 (включая оба случая экстрезии) в возрасте 12–15 лет (14,3%). У взрослых такой зависимости не выявлено.

Применение а/б-терапии курсом не снижает риск осложнений, в то время как отсутствие антибиотикопрофилактики повышает частоту осложнений на 3,9% во взрослой группе и 2,28% в подростковой, наиболее рациональным является режим однократной периоперационной антибиотикопрофилактики.

Существенным фактором явился срок после орхэктомии. Если во взрослом возрасте имелась возможность выполнить протезирование в период 6–12 месяцев после орхэктомии, то у подростков разрыв между орхэктомией и протезированием составлял в ряде случаев до 15 лет, что осложняло вмешательство за счет атрофии мошонки. Из 6 случаев экстрезии промежутки составил 1–2 года у одного, 3–5 лет у одного и более 5 лет у четверых пациентов. В 8 осложнениях гемостаза разрыв между операциями до года имел место у одного пациента, 1–2 года – у одного, 2–3 года – у одного, 3–5 лет – у двух и более 5 лет – у трех пациентов. Частота осложнений существенно выше при протезировании через 3 года и более после орхэктомии.

Частота осложнений при использовании имплантов «МИТ» выше (n=17), чем при применении Promedon (n=10). Специфическим осложнением, зависящим от конструкции протеза, является смещение фиксирующей ленты. Значительно преобладает частота экстрезии импланта при использовании протезов «МИТ» (5:1); оба случая сморщивания импланта также констатированы при применении имплантов данного типа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота осложнений протезирования яичка составляет 8,33–10,29%. В структуре осложнений преобладают дефекты гемостаза и экстрезия импланта. На формирование осложнений влияет ряд факторов – доступ, схема антибактериальной терапии, материал импланта, срок после первичной операции. Наиболее рациональным является протезирование современного силиконового импланта супраскротальным доступом с однократной периоперационной антибиотикопрофилактикой в сроки 6–12 месяцев после орхэктомии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ВСЕ О НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ, ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ, МОЧЕВЫЕ СВИЩИ

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиые свищи

Рубрика: Хирургическое лечение недержания мочи у мужчин

ОПЫТ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РОБОТИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ В ГБУ РО «КДЦ «ЗДОРОВЬЕ» В Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ И.А. Абоян, С.В. Шашкин, С.Л. Слюсарев, К.А. Ширанов

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростов-на-Дону»,
Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, слинговые операции, операции на органах малого таза.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи относится к числу распространенных последствий простатэктомии. Это происходит из-за нарушения анатомии нервно-мышечных пучков малого таза. Потеря тонуса мышц, регулирующих мочеиспускание, приводит к тому, что они перестают сокращаться при наполнении мочевого пузыря, вследствие чего и происходит подтекание мочи. Недержание мочи является социальной проблемой, ухудшающей качество жизни пациентов после перенесенного оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное исследование, включавшее 107 пациентов, которым установлены слинги «АРГУС» за период с 2015 по 2023 г. после радикальной роботической простатэктомии. Слинги устанавливались трансобтураторно, при этом подушка слинга позиционировалась под уретру со стороны промежности, а петли слинга проводятся с помощью игл через запираемые отверстия. Операция проводилась под СМА. До и после установки слинга выполнялась уретроцистоскопия для исключения стриктуры пузырно-уретрального анастомоза и повреждения уретры иглами. Полное удержание мочи определялось как отсутствие необ-

ходимости использования прокладок (0 за сутки).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 3 месяца наблюдения полное удержание мочи отмечалось у 82 пациентов, 11 больных используют одну прокладку в день, а 14 мужчин используют две прокладки в день.

Преимуществом слинговой системы «АРГУС» является то, что она является регулируемой. Коррекция слинга потребовалась 34 пациентам в течение 2–3 мес. после установки. Впоследствии у пациентов, которым проводилась регулировка слинговой системы, также удалось уменьшить количество используемых прокладок. Из интраоперационных осложнений у одного пациента произошла травма уретры, в связи с чем установку слинга пришлось отложить. Через 3 месяца ему был успешно установлен слинг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Слинговая система «АРГУС» является эффективной в достижении удержания мочи после роботической радикальной простатэктомии. Операция существенно улучшает качество жизни пациентов после перенесенной операции на органах малого таза. Важным преимуществом системы является то, что слинг регулируется, что так же позволяет провести регулировку слинга в послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Все о недержании мочи

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Р.Э. Амдий¹, С.Х. Аль-Шукри¹, Н.О. Кротова^{1,2}, С.Б. Петров^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

²НИЦ урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, недержание мочи, упражнения для мышц тазового дна, экстракорпоральная магнитная стимуляция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

После радикальной простатэктомии недержание мочи (НМ) диагностируют у 12,2–20,5% пациентов через 3 месяца после радикальной простатэктомии (РПЭ). НМ значительно ухудшает качество жизни. *Цель исследования:* определение алгоритмов реабилитации и лечения НМ у пациентов после РПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 62 пациента с НМ после РПЭ, у которых через 3 месяца после удаления уретрального катетера и выполнения упражнений для мышц тазового дна сохранялись НМ легкой или средней степени тяжести. Пациенты были отнесены к низкой или промежуточной группе риска биохимического рецидива РП, признаки рецидива РП отсутствовали. Средний возраст пациентов составил 65,9±7,3 года. Для дальнейшего лечения НМ проверяли правильность выполнения упражнений для мышц тазового дна и выполняли экстракорпоральной магнитную стимуляцию (ЭКМС), которую проводили на установке «Авантрон», «Реабилитационные технологии», Россия. Процедура длилась 20 мин.: 10 мин. с частотой 10 Гц и 10 мин. с частотой 50 Гц, 3 раза в неделю, курс лечения состоял из 12 процедур. Пациентам с ургентным и смешанным НМ проводили медикаментозную терапию гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП). Результаты терапии были оценены с учетом динамики жалоб, данных дневника мочеиспускания, анкеты ICIQ-SF.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 51 (82,3%) пациента было выявлено стрессовое НМ, у 8 (12,9%) – смешанное и у 3 (4,8%) – ургентное. После выполнения упражнений для мышц тазового дна и завершения курса терапии ЭКМС, медикаментозной терапии ГАМП у пациентов со смешанным и ургентным НМ, у 7 (11,2%) больных сохранялось НМ, 12 (19,4%) пациентов использовали 1 прокладку, а полное удержание мочи было достигнуто у 43 (69,4%) пациентов. Общий балл ICIQ-SF после курса лечения уменьшился с 13,1±0,4 до 3,8±0,3 (p<0,05), также снизился средний балл шкалы ICIQ-SF при ответе на вопросы о частоте подтекания

мочи, ее количестве и влиянии недержания мочи на повседневную жизнь ($p < 0,05$). Таким образом, после выполнения упражнений для мышц тазового дна, медикаментозного лечения ГАМП и проведения ЭКМС у большинства пациентов было достигнуто удержание мочи, у других пациентов отмечено уменьшение частоты и выраженности НМ. Важный прогностический признак успешности лечения – способность пациента прервать струю мочи при урофлоуметрии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапевтический эффект сочетания упражнений для мышц тазового дна, медикаментозного лечения смешанного и ургентного недержания мочи, ЭКМС обусловлен стимуляцией волокон периферических нервов, полового нерва, нейромодуляцией, сокращением поперечнополосатой мускулатуры тазового дна и улучшением кровотока и микроциркуляции. Таким образом, сочетание упражнений для мышц тазового дна, ЭКМС, медикаментозной терапии ГАМП при смешанном и ургентном НМ может быть рекомендовано к применению в комплексном лечении и реабилитации пациентов с НМ после РПЭ.

Благодарности/Источник финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Стрессовое недержание мочи

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РЕГУЛИРУЕМЫХ СЛИНГОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Б.Л. Григорян¹, Г.Р. Касян¹, Г.Г. Шадян²,
Д.Ю. Пушкарь¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,
Москва, Россия*

²*Кафедра урологии и андрологии Ереванского
государственного медицинского университета
им. Мхитара Гераци, Ереван, Армения*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стрессовое недержание мочи, TVT,
регулируемые слинги.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) является распространенной проблемой у женщин, которое сопровождается значительным снижением качества жизни. В настоящее время к основным преимуществам применения регулируемых слингов относят низкую вероятность послеоперационных осложнений мочеиспускания. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность различных регулируемых слингов в сравнении с другими хирургическими методами лечения женщин с СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен систематический поиск в базе данных PubMed и Кокрановской библиотеке по ноябрь 2022 г. по ключевым словам: adjust, sling, tape, ajust, altis, remeex, and female.

Критерии включения: рандомизированные и нерандомизированные клинические исследования с участием женщин с СНМ. Критерии исключения: другие виды недержания мочи, исследования, сочетающие консервативные вмешательства и медикаментозное лечение, беременные и кормящие пациентки. Систематический обзор проводился в соответствии с требованиями PRISMA 2020 и зарегистрирован в международном проспективном реестре систематических обзоров PROSPERO.

Сбор данных: два автора независимо друг от друга оценили качество исследований и извлекли данные. Риск систематической ошибки оценивался с использованием шкал Rob 2 и ROBINS-I.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В данный систематический обзор было включено 18 клинических исследований, в метаанализ — 11 исследований. 14 из них были рандомизированными контролируемые исследованиями (РКИ), 4 – ретроспективными. В метаанализ включены только РКИ. Статистически значимой разницы в объективной частоте излечения, субъективной частоте излечения или частоте отдаленных послеоперационных осложнений между регулируемыми мини-слингами Ajust и стандартными субуретральными слингами или MiniArc мини-слингами не обнаружено. Однако время операции было значительно меньше в группе регулируемых мини-слингов (ОР=-4,20, 95% ДИ: [-7,51, -0,89], $p=0,01$). Общий риск систематической ошибки в РКИ составил: 29% – низкий, 57% – средний и 14% – высокий. Риск в нерандо-

мизированных исследованиях: 25% – критичный, 25% – высокий, 50% – средний.

Рисунок. Метаанализ сравнения времени операции между регулируемыми мини-слингами и стандартными субуретральными слингами



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Регулируемые мини-слинги показали одинаковую эффективность в сравнении со стандартными субуретральными слингами для лечения СНМ у женщин. При этом время операции было меньше у регулируемых мини-слингов. Тем не менее дополнительные тщательно проведенные исследования с полными периодами наблюдения пациентов помогут повысить уверенность в выборе различных вариантов лечения СНМ у женщин.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Недержание мочи. Диагностика. Консервативное лечение

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «УРОПРОКТОКОР» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО УРОЛОГА

Я.А. Ивина¹, П.Н. Коротаев², А.И. Пестриков¹

¹ООО «Доктор Лайт»

²ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Киров», ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, кафедра общей хирургии

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, биологическая обратная связь, «Уропроктокор».

ВВЕДЕНИЕ

Недержание мочи – одно из наиболее распространенных проявлений тазовой дисфункции. Самым часто встречающимся типом недержания мочи является стрессовое недержание мочи, которое характеризуется потерей мочи при физиче-

ской нагрузке, кашле и чихании. Распространенность этого явления колеблется между 10 и 60%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2023 г. была начата поисковая работа по профилактике и лечению легкой степени недержания мочи при напряжении у женщин репродуктивного возраста. Как альтернативный нами использовался метод БОС – терапия на аппаратно-программном комплексе «Уропроктокор» по схеме 10 тренировок через день. В наблюдательном исследовании приняли участие 10 женщин, средний возраст – 35,5±6,9 года. На момент начала исследования все имели жалобы на недержание мочи при физической нагрузке, сильном кашле, использовали гигиенические (ежедневные) прокладки до 3 шт. в сутки.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

После 10 тренировок симптомы купировались полностью у 6 (60%) пациенток, 3 (30%) пациентки отметили значительное улучшение симптомов, использование до 1 гигиенической прокладки в сутки. 1 (10%) пациентка выбыла из исследования (прошла 7 процедур, после которых отметила полное удержание мочи, на дальнейшие занятия не явилась). При контрольном осмотре через 2 месяца наблюдения недержание мочи при тяжелой физической нагрузке отметили 2 (22,2%) пациентки. 7 (77,8%) пациенток недержания мочи не отмечают. Первые предварительные результаты применения аппаратно-программного комплекса «Уропроктокор» по предложенной схеме является обнадеживающими, но требуется продолжение и расширение исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение аппаратно-программного комплекса «Уропроктокор» перспективно для лечения и профилактики легкой степени недержания мочи при напряжении у женщин и может использоваться как альтернативный метод.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Недержание мочи у женщин

**МЕСТО СОЛИФЕНАЦИНА
И МИРАБЕГРОНА В ЛЕЧЕНИИ
НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Е.И. Карпов^{1,2}, А.М. Ананьин², Б.А. Ананьин³

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

²МЦ «Гармония», Рязань, Россия

³ГБУ РО «Городская клиническая больница
№ 11» ФГБОУ ВО «РязГМУ» Минздрава России,
Рязань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

солифенацин, мирабегрон, гиперактивный
мочевой пузырь, ГАМП, недержание мочи.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП) значительно снижает качество жизни. Для лечения симптомов ГАМП используются две группы препаратов: м-холиноблокаторы (воздействующие на парасимпатическую нервную систему) и агонист β_3 -адренорецепторов (воздействующий на симпатическую нервную систему), имеющих различные механизмы действия. В зависимости от преобладающего компонента в поражении нервной системы при недержании мочи будет эффективна та или иная группа препаратов или их комбинация. *Цель исследования:* улучшение результатов лечения женщин с императивным недержанием мочи при применении м-холиноблокатора солифенацина и агониста β_3 -адренорецепторов мирабегрона или их комбинации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдались 123 женщины в возрасте 21–85 лет. 1-я группа (59 чел.) получала солифенацин по 5 мг 1 раз в сутки 3 мес., 2-я группа (48 чел.) – мирабегрон 50 мг 1 раз в сутки 3 мес., 3-я группа (16 чел.) – солифенацин по 5 мг 1 раз в сутки в сочетании с мирабегроном по 50 мг 1 раз в сутки 3 мес. Третью группу составили женщины, отметившие недостаточную эффективность солифенацина. Критериями эффективности лечения являлись количество эпизодов недержания мочи (дневник мочеиспускания) при первичном

осмотре, через 2 нед., 1 мес., 3 мес. и через 3 мес. после окончания лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате наблюдений получены следующие данные. В 1-й группе число эпизодов недержания мочи составило в среднем 5,3; 1,2; 0,9; 0,9; 1,1 при первичном осмотре, через 2 нед., 1 мес., 3 мес. и через 3 мес. после окончания лечения соответственно. Эффективность лечения составила 79,2%. Во 2-й группе число эпизодов недержания мочи составило в среднем 4,8; 2,0; 1,9; 1,9; 1,9 при первичном осмотре, через 2 нед., 1 мес., 3 мес. и через 3 мес. после окончания лечения соответственно. Эффективность лечения составила 60,4%.

В 3-й группе число эпизодов недержания мочи составило в среднем 4,6; 0,3; 0,2; 0,2; 0,3 при первичном осмотре, через 2 нед., 1 мес., 3 мес. и через 3 мес. после окончания лечения соответственно. Эффективность лечения составила 95,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность от применения комбинации препаратов с различным механизмом действия свидетельствует о различном патогенезе в формировании недержания мочи. В случае преобладания в патогенезе нарушений парасимпатической нервной системы будет эффективен солифенацин (м-холинолитик) и неэффективен мирабегрон (агонист β_3 -адренорецепторов), а в случае преобладания в патогенезе недержания мочи нарушений симпатической нервной системы будет эффективен мирабегрон и неэффективен солифенацин. При сочетанных нарушениях в патогенезе рекомендуется комбинация солифенацина и мирабегрона. Поэтому при недостаточной эффективности солифенацина не следует увеличивать дозу препарата, а необходимо добавить препарат с другим механизмом действия (мирабегрон).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Все о недержании мочи

ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН ПУТЕМ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.А. Качмазов¹, Д.В. Перепечин¹, П.Л. Пеньков¹,
И.Н. Огнерубова¹, С.А. Серебряный¹,
О.В. Осипов¹, О.И. Аполихин¹, А.Д. Каприн²

¹НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, Москва

²ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России,
Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи у мужчин, искусственный сфинктер мочевого пузыря, реабилитация онкологических больных.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи у мужчин является серьезным осложнением после хирургических вмешательств на органах малого таза, в том числе у пациентов с онкологическими заболеваниями. Современными методами коррекции недержания мочи является установка слинговых систем и имплантация искусственного сфинктера. *Цель исследования:* лечение недержания мочи у мужчин путем имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен опыт НИИ урологии за 2020–2023 гг. лечения недержания мочи у мужчин путем имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря (ИСМП).

25 пациентам с тяжелой степенью недержания мочи в возрасте 52–76 (68,3) лет выполнена имплантация ИСМП. Причины недержания мочи: радикальная простатэктомия, трансуретральная резекция предстательной железы, открытая аденомэктомия, брахитерапия рака предстательной железы. У 2 пациентов в анамнезе неэффективная имплантация слинговой системы Argus, а еще у 2 – предшествующее фаллопротезирование однокомпонентным протезом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не было. Про-

должительность операции – 55–105 мин. Активация ИСМП произведена через 6 недель после имплантации, функция сфинктера адекватная. У 1 пациента ИСМП был удален через 1 мес. после активации из-за нагноения послеоперационной раны в области расположения помпы. У 1 пациента через 9 месяцев после активации сфинктера возникла эрозия уретры, обусловленная ее повреждением в результате катетеризации при экстренной медицинской ситуации, в связи с чем ИСМП был удален.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имплантация искусственного сфинктера – эффективный метод лечения тяжелой степени недержания мочи у мужчин. Возможна установка искусственного сфинктера после неэффективной слинговой уретросуспензии, без удаления слинга, а также у пациентов с фаллопротезом.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Оперативная урогинекология и оценка результатов

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СУБУРЕТРАЛЬНОЙ ПЕТЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ С КОНТРОЛЕМ НАТЯЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Г.Р. Касян¹, С.О. Сухих¹, Ю.А. Куприянов¹,
Р.В. Строганов¹, Д.Ю. Пушкар¹

¹Кафедра урологии МГМСУ им.
А.И. Евдокимова, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, отдаленные результаты, оперативное лечение, субуретральная петлевая пластика, контроль натяжения петли, инфравезикальная обструкция.

ВВЕДЕНИЕ

Недержание мочи – одно из заболеваний, которое существенно снижает качество жизни пациентов. Последние 20 лет «золотым стандартом» лечения стрессовой формы недержания мочи остается оперативное лечение с использованием субуретральной петли, которая обладает большой эффективностью, но и имеет ряд возмож-

ных послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время нет единого способа регулировки натяжения петли в момент ее имплантации. На кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова разработано устройство для контроля натяжения петли, представленное в виде саморассасывающейся подушечки (демпферного слоя), располагающейся посередине синтетического импланта. Проспективное сравнительное рандомизированное исследование, начавшееся в 2018 г., показало высокий профиль эффективности и безопасности данного устройства. При анализе результатов через один год после операции эффективность оперативного лечения составила 96%, показатель послеоперационных осложнений в виде инфравезикальной обструкции составил 2%, urgenность de novo в исследуемой группе составила 6%. В настоящей работе мы оценили отдаленные среднесрочные результаты (более четырех лет) посредством телефонного опроса и заполнения валидизированных опросников (UDI-6, PQ-7) среди пациенток, перенесших субуретральную петлевую пластику с устройством для контроля натяжения петли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний балл по опросу UDI-6 составил $1,22 \pm 0,81$, и $1,2 \pm 0,77$ по опросу PQ-7. После телефонного опроса через 48 мес. с момента операции отмечено незначительное увеличение баллов, при сравнении с результатами опроса через 12 мес. после оперативного лечения, однако статистически не значимое ($p > 0,05$). При анализе отдельных клинических случаев через 48 мес. 10 пациенток отметили ухудшение симптоматики. Из них 6 пациенток отметили рецидив недержания мочи при кашле и физической нагрузке. Соответственно, субъективная эффективность оперативного лечения за четыре года наблюдения составила 88%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные эффективности и безопасности при среднесрочном наблюдении пациенток после выполнения субуретральной петлевой пластики с контролем натяжения сопоставимы с мировыми данными. Однако требуется дальнейшее наблюдение за пациентками в долгосрочной перспективе для оценки эффективности и безопасности имплантируемого устройства.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Недержание мочи. Диагностика, оценка исходов, наблюдение и профилактика

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Н.А. Колпакова¹, С.Г. Горелик²,
А.В. Солошенко^{1,3}, П.Н. Белоусов⁴

¹*Кафедра госпитальной хирургии Медицинского института НИУ «БелГУ», Белгород, Россия*

²*Кафедра факультетской хирургии Медицинского института НИУ «БелГУ», Белгород, Россия*

³*Хирургическое отделение № 1 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия*

⁴*Урологическое отделение ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, психоэмоциональные расстройства, качество жизни, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Любые формы недержания мочи резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, приводят к нарушению социальных, семейных и рабочих связей, нарушению сна, сексуальным расстройствам. *Цель исследования:* изучение встречаемости психоэмоциональных расстройств у пациенток с недержанием мочи, влияние на качество жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование в 2021–2023 гг. По результатам скрининга с помощью опросника Н.А. Колпаковой и С.Г. Горелик в исследование включены 460 пациенток в возрасте от 20 до 89 лет с впервые выявленным недержанием мочи, в том числе 96 (20,87%) среднего возраста, 254 (55,22%) пожилого возраста, 110 (23,91%) старческого возраста. Исследование связи недержания мочи и психоэмоциональных расстройств проводилось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для статистической обработки результатов исследования использованы методы оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия ϕ^* – угловое преобразование Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Скрининг психоэмоциональных расстройств при недержании мочи выявил клинически выраженное смешанное тревожно-депрессивное состояние у 122 (26,52%) пациенток, клинически выраженную тревогу с субдепрессивным компонентом – у 24 (5,22%), клинически выраженную депрессию с элементами тревоги – у 79 (17,17%), субклиническую тревогу и/или депрессию – у 138 (30%), устойчивое психоэмоциональное состояние – у 97 (21,09%) пациенток.

Клинически выраженная тревога и депрессия достоверно были сильнее связаны с полным и urgentным недержанием мочи, сочетались с тяжелой сопутствующей патологией и факторами риска. Один и несколько случаев недержания мочи в неделю оказались пороговым значением для развития субклинически выраженных психоэмоциональных расстройств. По результатам исследования была выявлена и обратная зависимость: пациентки с недержанием мочи, страдающие психоэмоциональными расстройствами, имели большее количество эпизодов непроизвольной утечки и подтекаемой мочи.

Пациентки с выраженным психоэмоциональными нарушениями оценили недержание мочи как тяжелое, отмечали более выраженное ухудшение качества жизни в виде нарушения сна, социальных, семейных и рабочих связей, сексуальных расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психоэмоциональные расстройства при недержании мочи являются достаточно распространенными состояниями. При оказании урологической помощи пациенткам с недержанием мочи, сопровождающимся невротическими симптомами, возрастает роль специализированной психологической и психиатрической помощи как важного дополнения к терапии с целью предупреждения медико-социальных последствий.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи. Лечение хирургическое (инвазивное), Оценка исходов, наблюдение

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

В.Р. Латыпов, М.В. Ключев, Д.Б. Ахмедов, З.А. Гасымов, Р.А. Матросов

ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, трансобтураторный слинг, «УроСлинг мужской», Advance.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее частой причиной недержания мочи у мужчин являются радикальная простатэктомия и ТУР предстательной железы. Хирургическое лечение является эффективным методом коррекции стрессового недержания мочи у мужчин. *Цель исследования:* оценить результаты хирургического лечения недержания мочи у мужчин после операций на предстательной железе с использованием трансобтураторных синтетических слинговых систем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2013 г. по октябрь 2022 г. в урологическом отделении клиник Сибирского государственного медицинского университета оперированы 19 пациентов с недержанием мочи с применением трансобтураторных синтетических слинговых систем «УроСлинг мужской» (n=13) и AdVance (n=6). Средний возраст пациентов составил 67,6±6,3 года (от 57 до 78). Причиной недержания мочи у 17 пациентов (89,48%) являлась радикальная простатэктомия, у 1 (5,26%) пациента – ТУР предстательной железы и в 1 (5,26%) случае – радикальная цистэктомия. Сроки наблюдения составили от 5 до 108 месяцев (в среднем 48 месяцев). Всем пациентам проведены предоперационные обследования, которые включали в себя: сбор анамнеза, осмотр, общеклинические анализы, определение уровня ПСА, МРТ органов малого таза, уретрография, уретроцистоскопия, урофлоуметрия, УЗИ почек, мочевого пузыря. Статистическая обработка проведена с помощью программ Microsoft Excel, Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Эффективность хирургического лече-

ния оценивали по количеству используемых прокладок в сутки, стабильности уродинамических показателей. Влияние недержания мочи на качество жизни больных выполняли с помощью опросника ICIQ-SF. В зависимости от степени тяжести недержания мочи пациенты распределены на три группы: 1-я группа – легкая степень тяжести, 2-я группа – средняя, 3-я группа – тяжелая. В 1-й группе (n=2) пациенты отметили снижение количества используемых прокладок в сутки в среднем на 87,5%, во 2-й группе (n=11) – на 55,3%. У пациентов 3-й группы (n=6) количество прокладок снизилось на 58,7%. Результаты лечения двух пациентов неизвестны. Суммарная эффективность slingовых операций составила 67,2%. У 9 пациентов (47,3%), которые прошли опрос ICIQ-SF после имплантации слинга, сумма баллов снизилась по сравнению с исходными значениями и в среднем составила 16 баллов (от 5 до 21). В других случаях, исходя из снижения используемых прокладок в сутки, можно судить об улучшении качества жизни. Интраоперационных осложнений не отмечено. У одного пациента (5,3%) слинг был удален из-за инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение недержания мочи с применением трансобтураторных слинговых систем является эффективным и безопасным методом лечения недержания мочи у мужчин, перенесших операции на предстательной железе.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение и профилактика

СРЕДНЕУРЕТРАЛЬНЫЙ СИНТЕТИЧЕСКИЙ СЛИНГ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ РАННЕЙ МОБИЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

И.А. Лабетов¹, Н.Д. Кубин¹, Ф.П. Султонов¹

¹Урологическое отделение, КВМТ им.
Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «СПбГУ»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи при напряжении, имплантация синтетического субуретрального слинга, регулируемый слинг.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования стала проверка гипотезы о том, что трансобтураторный среднеуретральный слинг с возможностью регулирования натяжения в раннем послеоперационном периоде является более безопасным и эффективным методом коррекции неосложненного СНМ у женщин по сравнению с полноразмерной петлей, установленной по стандартной трансобтураторной методике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В двойном слепом рандомизированном мультицентровом исследовании приняли участие пациентки с подтвержденным диагнозом «недержание мочи при напряжении». Критериями включения в исследование стал положительный стандартизованный стресс-тест ICS-UCST в двух положениях и проба Ulmsten, неэффективность консервативной терапии в предшествующие 6 мес. и заполненное информированное согласие. При наличии жалоб на ургентность наличие пролапса органов малого таза выше стадии I по классификации Baden-Walker, перенесенных ранее операций по поводу СНМ, а также болезненности в области запирающих мышц при пальпации в гинекологическом кресле, такие пациентки исключались из исследования. Оставшиеся были разделены случайным образом на две группы посредством блоковой рандомизации со стратификацией: 1-й группе была произведена установка классического синтетического субуретрального слинга по стандартной трансобтураторной методике «изнутри наружу» (TOT), 2-й группе – субуретрального слинга с возможностью ранней мобилизации (ТТТ).

Все вычисления, относящиеся к методам вариационной статистики, производились с использованием программного обеспечения языка R 4.2.1. Для блоковой стратифицированной рандомизации пациентов использовался пакет blockrand.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что независимо от метода имплантации первоначально операция была эффективна лишь в 72–74% случаев. В то же время обструктивное мочеиспускание после операции отмечалось поч-

ти у каждой пятой пациентки. Усиление натяжения протеза во 2-й группе было выполнено 44 (28%) пациенткам, а ослабление – 25 (16%) пациенткам. Регулировка натяжения позволила восстановить континенцию и полностью нормализовать мочеиспускание. На контрольной точке в 36 мес. объективные данные были получены от 138 пациенток в группе ТОТ и 132 пациенток из группы ТТТ. Объективная эффективность операции составила 89% в группе ТТТ и 68% в группе ТОТ. Признаки обструктивного мочеиспускания на сроке наблюдения 36 месяцев сохранились только в 1-й группе у 13 (8%) пациенток. Субъективная удовлетворенность лечением по шкале PGI-I была выше во 2-й группе: 100 (62%) против 132 (82%), $p < 0,001$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синтетический среднеуретральный слинг с возможностью ранней мобилизации превосходит в долгосрочной эффективности классический синтетический субуретральный слинг без возможности регулировки, при этом снижает риски послеоперационной обструкции, тем самым повышая безопасность лечения и удовлетворенность результатами операции у пациенток со стрессовым недержанием мочи.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Недержание мочи у женщин

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

О.Б. Лоран¹, А.В. Серегин^{1,2}, З.А. Довлатов¹

¹Кафедра урологии и хирургической андрологии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

²Отделение урологическое, ГБУЗ «ГКБ им. С.П. откина», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, слинг, поздние послеоперационные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Синтетические слинги занимают ведущее место в лечении стрессового недержания мочи

у женщин. Проблема осложнений при применении слингов остается одним из дискуссионных аспектов. *Цель исследования:* изучить поздние послеоперационные осложнения при применении различных видов слинговых операций при недержании мочи у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2004–2022 гг. В исследование включены 698 женщин с недержанием мочи в возрасте от 42 до 68 лет (медиана – 54 года), которым выполняли один из следующих вариантов слинговой операции: 1) TVT – 167 женщин (группа 1); 2) TVT-O – 359 женщин (группа 2); 3) ТОТ – 105 женщин (группа 3); 4) мини-слинг – 67 женщин (группа 4). К поздним осложнениям отнесены осложнения, которые возникли через 3 мес. и более на протяжении всего послеоперационного наблюдения. Осложнения оценивали в соответствии с классификацией Clavien-Dindo. Сроки послеоперационного наблюдения варьировались от 6 до 139 месяцев (медиана – 79 месяцев). Сравнение всех групп пациентов по частоте осложнений проводили с помощью критерия χ^2 . Взаимосвязь различных признаков с риском поздних осложнений оценивали с помощью однофакторного анализа. Различия считали достоверными ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Различные поздние послеоперационные осложнения отмечены у 11,3% (79/698) пациентов. Данные о характере и частоте поздних послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo представлены в таблице. Между различными вариантами слинговых операций достоверных различий не установлено.

Таблица. Поздние послеоперационные осложнения

Степени и виды осложнений по Clavien-Dindo	Осложнения, n (%)				p ¹
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
I степень:	5 (3,0%)	13 (3,6%)	4 (3,8%)	2 (3,0%)	<0,05
Диспареуния	3 (1,8%)	5 (1,4%)	1 (1,0%)	1 (1,5%)	>0,05

Хронический болевой синдром	2 (1,2%)	8 (2,2%)	3 (2,9%)	1 (1,5%)	>0,05
II степень:	3 (1,8%)	8 (2,2%)	2 (1,9%)	1 (1,5%)	<0,05
Императивное недержание мочи <i>de novo</i>	2 (1,2%)	4 (1,1%)	1 (1,0%)	0	>0,05
Гиперактивный мочевой пузырь <i>de novo</i>	1 (0,6%)	4 (1,1%)	1 (1,0%)	1 (1,5%)	>0,05
IIIa степень:	1 (0,6%)	2 (0,6%)	1 (1,0%)	0	<0,05
Рецидив стрессового недержания мочи	1 (0,6%)	2 (0,6%)	1 (1,0%)	0	<0,05
IIIb степень:	4 (2,4%)	7 (1,9%)	4 (3,8%)	2 (3,0%)	<0,05
Влагалищная эрозия/ протрузия сетки	2 (1,2%)	4 (1,1%)	2 (1,9%)	2 (3,0%)	>0,05
Инфравезикальная обструкция, потребовавшая рассечения петли	2 (1,2%)	3 (0,8%)	2 (1,9%)	0	>0,05
Итого	18 (10,8%)	40 (11,1%)	14 (13,3%)	7 (10,4%)	>0,05
Примечание: n – количество пациентов; ¹ – критерию χ^2					

Среди предикторов достоверную корреляцию с повышенным риском поздних послеоперационных осложнений имел только опыт хирурга: при опыте хирурга ≤ 200 операций вероятность развития поздних осложнений была в 2,32 раза выше, чем при опыте > 200 операций. Другие факторы (возраст пациентки, индекс массы тела, количество родов, длительность болезни, максимальное давление закрытия уретры) не име-

ли достоверной корреляции с риском развития поздних осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Характер и частота поздних послеоперационных осложнений не зависят от варианта слинговых операций. Ключевое значение для проявлений осложнений имеет показатель хирургического опыта.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевые свищи

Рубрика: Недержание мочи у женщин

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПО ДОЛГОСРОЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ

О.Б. Лоран¹, А.В. Серегин^{1,2}, З.А. Довлатов¹

¹*Кафедра урологии и хирургической андрологии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия*

²*Отделение урологическое, ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, слинг, долгосрочные результаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Слинговые операции с использованием синтетических петель представляют собой наиболее частый вариант оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин. Крайне мало исследований, посвященных оценке отдаленных результатов слинговых операций. *Цель исследования:* оценить долгосрочные результаты применения четырех вариантов слинговых операций при недержании мочи у женщин (при сроках послеоперационного наблюдения более 5 лет).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2004–2022 гг. В исследование включены 542 женщины с недержанием мочи в возрасте от 42 до 68 лет (медиана – 54 года), которым выполняли один из следующих вариантов слинговой операции: 1) TVT – 132 женщины (группа 1); 2) TVT-O – 269 женщин (группа 2); 3) TOT – 81 женщина (группа 3); 4) мини-слинг – 60 женщин (группа 4). Критерием успеха лече-

ния считали отсутствие произвольных потерь мочи при двух тестах: кашлевой пробе и 1-часовом pad-тесте. Сравнение всех групп пациентов по различным признакам проводили с применением критерия χ^2 . Вклад различных признаков в повышение риска развития рецидива недержания при долгосрочных наблюдениях оценивали с помощью однофакторного анализа. Различия считали достоверным ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Долгосрочный успех лечения среди всей выборки пациенток был достигнут в 86,2% (467/542) случаев. При этом в группе 1 успех лечения составил 87,1% (115/132), в группе 2 – 86,2% (232/269), в группе 3 – 85,2% (69/81), в группе 4 – 85,0% (51/60). Достоверных различий между группами по долгосрочному успеху лечения не выявлено ($p < 0,05$). С учетом отсутствия достоверных различий между слинговыми операциями по долгосрочным результатам оценку вклада различных предикторов в исход лечения проводили на общей выборке пациенток. В результате данного анализа установлено, что достоверную связь с риском развития рецидива недержания мочи при долгосрочных наблюдениях после операции имеет только опыт хирурга. Все данные однофакторного анализа приведены в таблице.

Таблица. Факторы риска недержания мочи при долгосрочном наблюдении

Предоперационные параметры и их градации	Рецидив недержания мочи, n (%)		p ¹	Однофакторный анализ	p ¹
	Да	Нет		ОШ (95% ДИ) рецидива недержания мочи	
Возраст, лет:					
>60	16 (14,8%)	92 (85,2%)	>0,05	1,11 (0,98–1,20)	>0,05
≤60	59 (13,6%)	375 (86,4%)			

Индекс массы тела, кг/м ² :					
≥30	13 (15,9%)	69 (84,1%)	>0,05	1,21 (1,09–1,32)	>0,05
<30	62 (13,5%)	398 (86,5%)			
Количество родов:					
≥2	52 (14,3%)	311 (85,7%)	>0,05	1,13 (1,02–1,23)	>0,05
1	23 (12,8%)	156 (87,2%)			
Длительность анамнеза, лет:					
≥5	45 (14,2%)	273 (85,8%)	>0,05	1,07 (0,95–1,16)	>0,05
<5	30 (13,4%)	194 (86,6%)			
Максимальное давление закрытия уретры, см вод. ст.:					
≤30	14 (15,2%)	78 (84,8%)	>0,05	1,14 (1,04–1,26)	>0,05
>30	61 (13,6%)	389 (86,4%)			
Опыт хирурга, кол-во операций:					
<200	35 (22,6%)	120 (77,4%)	<0,05	2,53 (2,27–2,84)	<0,05
≥200	40 (10,3%)	347 (89,7%)			

Примечание: n – количество пациентов; ¹ – критерию χ^2 ; ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Долгосрочные результаты лечения недержания мочи у женщин не зависят от типа слинговых устройств, а имеют корреляцию только с хирургическим опытом. Этот факт служит убедительным аргументом в пользу целесообразности применения слинговых операций в лечении недержания мочи в условиях учреждений с большим опытом работы в данной области.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи: новые технологии, оценка эффективности и безопасности

**ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ
УРЕТРОСУСПЕНЗИЯ – НОВЫЙ
МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ,
ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ТЕХНОЛОГИИ
КОЛЬПОСУСПЕНЗИИ И ОПЕРАЦИИ TVT**

В.Н. Миронов¹, В.А. Бычковских¹, Е.В. Копасов¹

¹Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Челябинск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стрессовое недержание мочи, трансвагинальная хирургия, кольпосуспензия по Берчу, операция TVT, импланты и эндопротезы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ранее «золотым стандартом» хирургического лечения стрессового недержания мочи считалась кольпосуспензия по Берчу. Однако с конца прошлого столетия внедрение в практику синтетических сетчатых эндопротезов изменило это положение. Операция по установке средне-уретрального слинга по методу TVT (Tension-free Vaginal Tape) за счет высокой эффективности и относительно низкого количества осложнений быстро приобрела огромную популярность, заняв лидирующие позиции. В российских и европейских клинических рекомендациях отмечается, что оба метода имеют сопоставимые показатели по эффективности (85–95%) при наблюдении в течение 5 лет. Частота осложнений для двух методов также оказалась примерно равной: кольпосуспензия – 10%, синтетические слинги – 9,8%. Особо было отмечено, что обструктивные симптомы наблюдались только после установки слинга, кроме того, применение синтетического материала характеризовалось появлением новых осложнений – эрозии стенки влагалища, экструрзии и инфицирования эндопротеза. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность разработанной методики трансвагинальной уретросуспензии в хирургическом лечении недержания

мочи у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2018–2022 г. под нашим наблюдением находились 94 женщины (26–64 года) с клиникой недержания мочи при напряжении, все пациентки были прооперированы по модифицированной методике. Показанием для операции являлся установленный анатомический тип недержания мочи – гипермобильность уретры и/или уретроцеле.

Техника модифицированной операции заключалась в следующем: в литотомическое положение производился разрез передней стенки влагалища в проекции средней части уретры. В латеральном направлении от уретры формировались туннели. Использовались 2 полоски композиционной сетки (реперен+полипропилен) длиной 7 см и шириной 1,2 см, медиальные концы которых фиксировались к стенке влагалища на уровне средней трети уретры на расстоянии около 1 см друг от друга. Затем справа и слева с использованием специальных игл-перфораторов латеральные концы имплантов проводились через запираемые отверстия таза. Стенка влагалища ушивалась узловым полиглактином N3/0. Под визуальным контролем производилась тракция за дистальные концы имплантов – до ликвидации уретроцеле и отрицательного интраоперационного кашлевого теста (или путем надавливания на низ живота). Продолжительность операции составляла 15–25 мин.

Таким образом, принцип разработанной операции наиболее соответствовал кольпосуспензии, в то время как технически был близок к наложению средне-уретрального слинга, но в отличие от последнего непосредственно под уретрой синтетический материал отсутствовал.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Период наблюдения составил 1–5 лет. 87 (92,6%) оперированных женщин расценили эффект после операции как клиническое выздоровление. 7 (7,4%) пациенток результатом операции были не удовлетворены. У всех пациенток после операции отсутствовала инфравезикальная обструкция, что подтверждалось данными урофлоуметрии и ультразвуковым определением остаточной мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная нами операция сочетает в себе достоинства как кольпосуспензии, так и средне-уретрального слинга. Метод показал себя как

эффективный, малоинвазивный, не требующий дорогостоящего оборудования, а также характеризовался отсутствием тяжелых осложнений. В то же время считаем, что предложенный метод требует дополнительного изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевики свищи

Рубрика: Пролапс гениталий. Лечение хирургическое. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ, ОПЫТ ГАУЗ ОКБ № 3, ЧЕЛЯБИНСК

А.В. Нуриев¹

¹Урологическое отделение № 1 ГАУЗ
«ОКБ № 3», Челябинск

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пролапс тазовых органов, пластика стенок влагалища, хирургия, осложнения, результаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пролапс тазовых органов встречается довольно часто. В настоящее время синтетические сетчатые протезы стали ведущим методом лечения пролапса тазовых органов вследствие своей патогенетической обоснованности, высокой эффективности, минимизации инвазивности. Несмотря на высокую эффективность сетчатых имплантов в хирургическом лечении ПТО, часто наблюдаются различные послеоперационные осложнения, ассоциированные с сетчатыми имплантами. В связи с этим во многих странах импланты запрещены, все это приводит к поиску хирургических методов лечения без использования синтетических сетчатых имплантов. *Цель исследования:* оценить эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов местными тканями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения пролапса тазовых органов местными тканями 68 пациенток, получавших медицинскую помощь в урологическом отделении ГАУЗ

«ОКБ № 3», Челябинск в 2022 г.

У 7 пациенток – дефект III уровня поддержки по DeLancey. Данным пациенткам выполнялась задняя пластика влагалища – иссечение «перерастянутой» задней стенки влагалища с поврежденной ректовагинальной фасцией с последующей задней кольпоперинеорафией.

У 14 пациенток – дефект I уровня поддержки в сочетании с элонгацией шейки матки, таким пациенткам проводилась «Манчестерская» операция.

У остальных 47 пациенток – дефект II уровня поддержки, выполнялась передняя пластика влагалища – иссечение «перерастянутой» передней стенки влагалища с поврежденной пубоцервикальной фасцией с последующей передней кольпорафией. Некоторым пациенткам данной группы выполнялось сочетание передней и задней пластики влагалища.

Оценка результатов лечения проводилась на основании данных влагалищного осмотра по системе POP-Q. Срок наблюдения составил от 4 до 12 мес. Средняя продолжительность операции составила 45 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За данный период наблюдения осмотрены на контрольном приеме 55 пациенток (79,7%), 13 пациенток (20,3%) на контрольный прием не явились, за повторной медицинской помощью в ОКБ № 3 не обращались. У всех 55 пациенток (100%) анатомические дефекты устранены. За период наблюдения развились следующие осложнения: ургентность de novo – у 2 (3,6%), недержание мочи при напряжении de novo – у 5 (9,09%), диспареуния – у 1 (1,8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение пластики передней и задней стенок влагалища при дефектах II и III уровня поддержки, а также «Манчестерской» операции при I уровне поддержки в сочетании с элонгацией шейки матки являются высокоэффективными и безопасными хирургическими методами лечения пролапса тазовых органов, эффективность сопоставима с хирургическими методами, предполагающими использование синтетических сетчатых протезов, но вместе с тем исключая осложнения, ассоциированные с сетчатыми протезами.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Хирургическая коррекция недержания. Формирование аутофинктера

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОСФИНКТЕРА С ПОМОЩЬЮ СЕРОЗНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ

Р.М. Сафаров, А.А. Качмазов,
В.И. Кирпатовский, О.И. Аполихин,
А.Д. Каприн

*НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, Москва, Россия*

Ключевые слова:

недержание мочи у мужчин, хирургия, аутофинктер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота развития недержания мочи у мужчин после операций на предстательной железе и у женщин в связи с ослаблением связочного аппарата органов малого таза и пролапсом тазовых органов достигает 36–49%. Среди методов лечения недержания мочи основными являются sling-операции и имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря, которые не лишены недостатков. Альтернативой может быть формирование сфинктера из аутологичных тканей пациента. *Цель исследования:* оценка возможности формирования аутофинктера серозно-мышечным лоскутом, выкроенным из стенки мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на 7 препаратах мочевого пузыря, удаленного при операции радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря, а также на 4 кроликах. На изолированном мочевом пузыре оценивали хирургические аспекты выкраивания лоскута с сохранением питающей ножки и формирования аутофинктера путем его перемещения и создания кольцеобразной муфты вокруг предпузырного отдела уретры. В опытах на кроликах, у которых предварительно моделировали недержание мочи путем нарушения сфинктера методом перерастяжения, определяли функциональный эффект данной операции.

Через 3 дня после моделирования недержания мочи формировали аутофинктер мочевого пузыря по разработанной методике с выполнением уретроцистографии и цистометрии наполнения перед операцией и спустя 2 недели после нее.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследования на изолированных мочевых пузырях показали, что во всех случаях было возможно выкроить серозно-мышечный лоскут на ножке размером 10x4 см из передней стенки органа с включением в него сосудисто-нервного пучка без повреждения слизистой, с последующим ушиванием дефекта мышечной оболочки и формированием кольцеобразной муфты вокруг катетера, введенного в культю уретры. В опытах на кроликах после моделирования недержания мочи при выполнении ретроградной уретроцистографии выявляли широкий просвет предпузырного отдела уретры, а при цистометрии наполнения отмечали более низкие, чем в норме максимальный объем мочевого пузыря и значения внутрипузырного давления при начале мочеиспускания. Через 2 недели после формирования аутофинктера на уретрограмме наблюдали сужение просвета в области перемещенного лоскута. При цистометрии наполнения у всех животных выявили улучшение показателей уродинамики с приближением их к нормальным значениям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный способ формирования аутофинктера мочевого пузыря для коррекции недержания мочи технически легко осуществим и позволяет улучшить показатели уродинамики. Он является наиболее физиологически обоснованным по сравнению с известными видами аутопластики сфинктера мочевого пузыря за счет того использования гладкомышечной ткани собственного мочевого пузыря с сохраненным кровоснабжением и иннервацией. На данный способ подана заявка на патент №2022127767 от 26.10.2022.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Недержание мочи

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО
ГЕТЕРОГЕННОГО ИМПЛАНТИРУЕМОГО
ГЕЛЯ «СФЕРО®ГЕЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ
СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
У ЖЕНЩИН**

А.В. Сивков¹, В.В. Ромих², Л.Ю. Кукушкина²

¹Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

²Отделение нейроурологии и уродинамики, Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

объемообразующий гель, стрессовое недержание мочи, хирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансуретральное введение объемообразующих веществ (ООВ) при неосложненных формах стрессового недержания мочи у женщин (СНМ) является эффективным и относительно безопасным методом коррекции этого состояния, вызывающим высокую заинтересованность и пациенток, и специалистов. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты применения объемообразующего гетерогенного имплантируемого геля у пациенток с СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 20 женщин (возраст – 41–76 лет) с СНМ, подтвержденным уродинамическими методами исследования. Всем пациенткам выполнена трансуретральная имплантация объемообразующего гетерогенного геля «Сферо®ГЕЛЬ» LONG (Россия). Отдаленные результаты оценили в ходе телефонного опроса. Регистрировали ответы на вопросы об удовлетворенности результатом и наличием запроса на повторное введение ООВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При первичной оценке эффекта через 14 дней после имплантации ООВ у 3 пациенток отмечено отсутствие эффекта, 17 пациенток результат оценили как удовлетворительный. Из них 6 отметили полное удержание мочи, а 11 пациенткам потребовалось повторное введение ООВ. Отдаленные результаты через 12 мес. удалось проследить у 14 пациенток (4 – после однократного введения ООВ, 10 – двукратного). Одна женщина отметила возвращение симптомов недержания мочи и обратилась с просьбой о повторной процедуре, а 13 – оценили результат как удовлетворительный и не предъявили запроса на повторное введение ООВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общая эффективность ООВ «Сферо®ГЕЛЬ» LONG через год после процедуры составила не менее 65% (с учетом отсутствия данных по 3 пациенткам), что в целом соответствует доказанным результатам других объемообразующих препаратов. Лучший эффект продемонстрировали женщины после двукратного введения ООВ. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Трансвагинальная хирургическая коррекция урогенитального пролапса. Лечение хирургическое. Сравнение методик

**ИНКОНТИНЕНЦИЯ И КОНТИНЕНЦИЯ
DE NOVO ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ
РЕКОНСТРУКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО
ПРОЛАПСА**

О.В. Снурницына¹, А.Д. Шпикина¹,
Б.А. Слободянюк², А.Н. Никитин³,
М.В. Лобанов¹, Л.М. Рапопорт¹, М.Э. Еникеев¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия

²Кафедра акушерства и гинекологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

³Отделение гинекологии, Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный пролапс, хирургия, стрессовое недержание мочи, среднеуретральный слинг.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Урогенитальный пролапс (УГП) и стрессовое недержание мочи (СНМ) являются распространенными заболеваниями, влияющими на качество жизни женщины. Недуги часто сосуществуют (явно или скрыто); в основе лежат схожие процессы, заключающиеся в слабости связочного аппарата органов малого таза. Хирургическая коррекция УГП может сопровождаться как восстановлением континенции, так и стрессовой инконтиненцией de novo. При этом, если причины инконтиненции de novo понятны (следствие восстановления физиологической топографии нижних мочевых путей), то единого мнения в отношении механизмов континенции de novo нет. Частота континенции de novo по некоторым данным (E. Delorm, 2013) достигает 70%, что необходимо учитывать при лечении женщин, страдающих одновременно и УГП, и СНМ. *Цель исследования:* оценить целесообразность симультанных операций при УГП и СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 311 пациенток с УГП. Всем выполнено оперативное лечение в объеме трансвагинальной коррекции пролапса сетчатым имплантом. У 58 (18,6%) СНМ сопутствовало урогенитальному пролапсу. В предоперационном периоде выполняли осмотр на гинекологическом кресле; проводили кашлевую пробу с и без репозиции пролапса. Также в различные сроки после операции (1,3,6 мес.) осматривали пациенток на предмет инконтиненции de novo. В случае возникновения СНМ de novo оперативное лечение выполняли не ранее, чем через 3 мес. после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После коррекции пролапса континенция de novo отмечена у 36 пациенток (62%). В 15 наблюдениях (25,9%) имплантирован среднеуретральный слинг. Семь женщин (12,1%) воздержались от коррекции СНМ ввиду незначительности. Недержание мочи de novo возникло у 45 пациенток (14,5%). В 21 наблюдении (46,7%) выполнена установка среднеуретрального слинга; технических сложностей не отмечено. Двум женщинам в связи с коморбидным фоном в операции отказали; одной из них континенция была вос-

становлена применением уретрального пессария. Трех пациенткам (6,7%) оперативное лечение запланировано. Оставшиеся 19 женщин (42,2 %) с СНМ легкой степени (одна прокладка в сутки или страховочная прокладка) от операции воздержались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Континенция de novo отмечена в 62%, что ставит под сомнение целесообразность симультанных хирургических коррекций УГП и СНМ. Частота возникновения СНМ de novo составила 14,5%. Столь относительно небольшой процент, а также последующая хирургическая коррекция недержания по избирательному принципу также делают сомнительным сочетание коррекции УГП с превентивной имплантацией слинга. Вероятность обеих континенций de novo должна обсуждаться с пациентками перед коррекцией УГП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевые свищи

Рубрика: Лечение хирургическое (инвазивное)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ УСТАНОВКИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ. МЕТОД LIR'А

С.И. Сулейманов^{1,2}, Д.А. Павлов¹, С.Э. Аракелов^{1,2}, А.С. Бабкин², А.М. Агузаров², К.К. Багатурия², З.И. Ашуров²

¹ ФГАОУ ВО «РUDH», Москва

² ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ», Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, инконтиненция, TVT-0, TVT, LIR'а.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее распространенным хирургическим лечением недержания мочи у женщин является установка среднеуретрального слинга из синтетического материала. При сочетании недержания мочи с пролапсом тазовых органов выполняется установка более крупных сетчатых имплантов (OPUR и др.). В то же время долгосрочная эффективность методики установки сетчатых имплантов при недержании мочи составляет около 60 %, необходимость повторных вмешательств

возникает у 17,7 % пациенток в течение последующих 5 лет после операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможность хирургической коррекции рецидивной формы недержания мочи после установки сетчатых имплантов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнена хирургическая коррекция рецидива недержания мочи у пациенток, ранее перенесших оперативное лечение методом установки среднеуретрального слинга: TVT и TVT-O. Объективная оценка состояния пациенток до и после оперативной коррекции недержания осуществлялась с помощью системы количественной оценки пролапса тазовых органов (Pelvic Organ Prolapse Quantifications System, POP-Q). Все пациентки заполняли опросник «Международный индекс оценки удержания мочи» (International Conference on Incontinence Questionnaire Short Form, ICIQ-SF). Оперативное лечение выполнялось по методике LIR'a (ligamentorum refectio) – эндовидеохирургическая реконструкция пубо-уретральной связки за счет создания лигатур, между переднебоковыми стенками влагалища на уровне уретро-везикального сегмента и связками Купера и Гимберта лонных костей. Интраоперационно отмечена меньшая подвижность тканей и более сложная реконструкция у пациенток после установленного трансобтураторного слинга.

РЕЗУЛЬТАТЫ

18 пациенток: 13 – после установки TVT-O, 5 – после установки TVT. Средний балл ICIQ-SF до операции – 13 (от 11 до 16 баллов). Предоперационная оценка состояния передней стенки по POP-Q до операции: средняя Aa -2 (от -1 до -3), средняя Ba -1,5 (от -0,5 до -3). Средний балл ICIQ-SF в послеоперационном периоде 0 – достигнута континенция у всех пациенток. Послеоперационная оценка POP-Q: средняя Aa -2 (от -1 до -3), средняя Ba -2 (от -1 до -3)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод показал эффективность в устранении рецидивного недержания мочи у пациенток после установки сетчатых имплантов. При этом отмечается коррекция пролапса передней стенки влагалища, улучшение положения мочевого пузыря. Требуется дальнейшее исследование метода для оценки долгосрочности эффекта, выявления возможных специфических осложнений.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Реконструктивная хирургия пролапса тазовых органов

УНИЛАТЕРАЛЬНАЯ ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА, МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЛОСКУТНАЯ МЕТОДИКА

Д.А. Сучков¹, Р.А. Шахалиев¹, Н.Д. Кубин¹,
А.С. Шульгин¹, Д.Д. Шкарупа¹

¹*Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пролапс тазовых органов, сетчатый имплант, вагинальный лоскут.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на высокие показатели эффективности, использование перманентных сетчатых имплантов в апикальной зоне при хирургическом лечении мультикомпаратментарных дефектов тазового дна имеет ряд специфических осложнений. Данные обстоятельства привели к разработке в нашем отделении новой методики хирургической коррекции данного заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить отдаленные результаты эффективности и безопасности оригинального метода сакроспинальной фиксации с использованием васкуляризованного влагалищного лоскута и сетчатого эндопротеза. Оценить качество жизни пациенток до и после операции, удовлетворенность проведенным лечением по данным специализированных опросников PFDI-20, PISQ-12, ICIQ-SF, PGI-I.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное когортное исследование, проведенное в 2020–2022 гг. В исследование включены 128 пациенток с передне-апикальным пролапсом (POP-Q: Ba, C >= 0), которым была проведена унилатеральная гибридная хирургическая реконструкция тазового дна с использованием сетчатого эндопротеза и U-образного васкуляризованного влагалищного лоскута в период с 05.2020 г. по 09.2022 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений зафиксировано не было. На очный осмотр смогли явиться 117 из 128 (91,4%) прооперированных пациенток. Сроки наблюдения составили от 2 до 29 месяцев. Ни в одном случае не определялось атрофии сформированного из стенки влагалища дезэпителизованного лоскута. Анатомический рецидив пролапса тазовых органов (POP-Q \geq 2 ст.) выявлен в апикальном компартменте у 4 (3,4%) пациенток, в переднем отделе у 16 (13,7%). При этом только в 1 (0,9%) случае передняя стенка влагалища выходила за пределы гимена. В заднем отделе рецидив наблюдался у 7 (6%) женщин. Повторная операция потребовалась в 4 (3,4%) случаях. Случаев болевого синдрома, диспареунии, эрозии сетчатого эндопротеза, требующих его удаления, выявлено не было. Данные оценки качества жизни до и после операции отражены в таблице. При сравнении полученных результатов опросника PFDI-20 в 96,6% отмечается значимое улучшение качества жизни после операции. По данным раздельного анализа, в доменах POPDI-6, CRAD-8, UDI-6, ICIQ-SF, PISQ-12 также отмечается значимое улучшение показателей. Субъективная удовлетворенность результатами лечения выполнялась с применением 7- балльной шкалы опросника PGI-I, где 93,2% пациенток отметили улучшение после проведенного лечения.

Таблица. Оценка качества жизни до и после операции

Опросник	До операции n=128 ¹	После операции n=117 ¹	p
POPDI-6	46±24	11±12	<0,001
CRADI-8	18±13	6±7	<0,001
UDI-6	37±22	11±12	<0,001
PFDI-20	100±50	28±25	<0,001
PISQ-12	28±10	35±10	<0,001
ICIQ-SF	5,5±5,1	2,7±3,5	<0,001

Примечание: ¹Данные представлены в виде средних значений \pm стандартное отклонение, s.d.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный метод демонстрирует возможность успешной реконструкции всех трех отделов тазового дна. Фиксация импланта к васкуляризованному влагалищному лоскуту обладает повышенной надежностью и полностью изолирует синтетический материал от стенок влагалища, тем самым минимизируя риски формирования эрозии. Отсутствие латерализации влагалища и сохранение его физиологической подвижности позволило избежать развития болевого синдрома de novo, часто связанного с избыточным натяжением импланта.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевые свищи

Рубрика: Хирургическое лечение у мужчин – искусственный мочевого сфинктер

**ИМПЛАНТАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО
МОЧЕВОГО СФИНКТЕРА: ОЦЕНКА
РЕЗУЛЬТАТОВ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ
С ПЕРИОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ
БОЛЕЕ 10 ЛЕТ**

А.А. Томилов¹, Е.И. Велиев^{1,2}, Е.Н. Голубцова^{2,3},
А.Т. Козлова¹

¹Урологическое отделение № 14, ГБУЗ ДЗМ
«ГКБ им. С.П. Боткина», Москва, Россия

²Кафедра урологии и хирургической андрологии,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
Москва, Россия

³Урологическое отделение № 41, ГБУЗ ДЗМ
«ГКБ им. С.П. Боткина», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, искусственный мочевого сфинктер (ИМС), оперативное лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка результатов имплантации искусственно мочевого сфинктера в отношении безопасности, эффективности и удовлетворенности в группе пациентов с периодом наблюдения более 10 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2004 по 2022 г. ИМС имплантирован 60 пациентам со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени, из них у 13 период наблюдения со-

ставил более 10 лет. Потери мочи оценены с помощью дневника мочеиспускания. Излечением считалось использование ≤ 1 прокладки в сутки («социальная континенция»). Качество жизни оценено с помощью шкалы IPSS QoL и опросника ICIQ-UI SF. Осложнения описаны согласно классификации Clavien-Dindo.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста пациента на момент имплантации составила 66 лет (IQR 64–68 лет). Причинами стрессового недержания мочи тяжелой степени были следующие вмешательства: радикальная простатэктомия – 10 пациентов, радикальная цистэктомия – 2 пациента, трансуретральная резекция простаты – 1 пациент. Медиана времени после вмешательства, послужившего причиной недержания мочи, составила 20 мес. (IQR 15–26 мес.). Оценка эффективности имплантации проведена у 10 пациентов, у 3 пациентов отмечены осложнения, препятствующие использованию ИМС. Медиана наблюдения составила 139 мес. (IQR 126–164 мес.). Отмечено статистически значимое снижение медианы потерь мочи с 700 ml (IQR 600–800 ml) до 12,5 ml (IQR 1–60 ml), $p < 0,05$. Также отмечено статистически значимое сокращение использования прокладок в сутки с 7 (IQR 7-8) до 1 (IQR 0-2), $p < 0,05$. Не использовали прокладки 4 пациента. Критерию излечения соответствовали 6 пациентов. Медиана баллов IPSS QoL снизилась с 4 (IQR 4-5) до 1 (IQR 1-3), $p < 0,05$. После лечения балл опросника ICIQ-UI SF составил 7 (5-11). Осложнения более II, согласно классификации Clavien-Dindo, отмечены у 6 из 13 пациентов. Шести пациентам выполнено 10 ревизий, 4 из них повторные. Частично или полностью ИМС удалялся 5 пациентам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При периоде наблюдения более 10 лет у значительного числа пациентов развивались осложнения, в том числе требующие удаления или замены искусственного мочевого сфинктера или его компонентов. Тем не менее, несмотря на значительную долю пациентов, требовавших ревизии ИМС, имплантация приводит к статистически значимому сокращению потерь мочи и улучшению качества жизни пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Недержание мочи при напряжении

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СУБУРЕТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕЖАНИИ МОЧИ НАЧАЛЬНЫХ СТУПЕНЕЙ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

А.Ю. Цуканов, А.А. Мирзакадиев

Кафедра хирургических болезней и урологии, ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России, Омск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, молодые женщины, гиалуроновая кислота.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) является одной из наиболее частых урологических проблем у женщин. Операция выбора – имплантация слинга. Все чаще стали появляться сообщения об альтернативе – инъекциях объемообразующих веществ. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты субуретральных инъекций гиалуроновой кислоты при стрессовом недержании мочи легкой степени у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое проспективное интервенционное исследование включены 84 пациентки (средний возраст – 34,2 года), рандомизированных в две группы по 42 женщины. Критерии включения: стрессовое недержание мочи легкой степени, возможность планирования второй беременности. В обеих группах применяли общепринятые физические методы для укрепления мышц тазового дна. В группе 1 дополнительно субуретрально под контролем УЗИ вводили гиалуроновую кислоту по оригинальной методике. Объем введения рассчитывали математически. Значимость различий показателей оценивали непараметрическими методами, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оценивали через 3, 6, 12, 18 и 24 мес: количество эпизодов недержания в неделю, величина заднего уретровезикального угла, подвижность шейки мочевого пузыря при натуживании.

вании, качество жизни пациенток (шкала ICIQ-SF). Серьезных осложнений не было. Состояние удержания мочи через 2 года достигнуто в 66,7% случаев в 1-й группе против 16,7% во 2-й группе (контроль) ($p < 0,001$). Оперированы в 1-й группе одна пациентка против 10 пациенток во 2-й группе ($p = 0,011$). В 1-й группе 9 пациентов согласились на повторное введение. В одном случае в 1-й группе одно первичное введение с последующей коррекцией оказалось неэффективным. Среднее количество эпизодов недержания мочи среди пациенток, не достигших континентного состояния составил 0,25 в неделю в 1-й группе и 1,8 в неделю во 2-й группе при исходном уровне 1,8 в неделю ($p < 0,001$). Достигнутое качество жизни позволило добиться желаемой беременности в 10 случаях в 1-й группе и только в одном случае во 2-й группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субуретральное введение гиалуроновой кислоты женщинам репродуктивного возраста для лечения СНМ является малотравматичной, эффективной, повторяемой процедурой и может использоваться в качестве терапии первой линии при должной информированности пациенток.

Следует учитывать, что в нашем исследовании участвовали высокомотивированные (нежелание быть оперированными и планирующие повторную беременность) пациентки молодого возраста с легким степенью СНМ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Оценка результатов хирургического лечения стрессового недержания мочи

ПРИЧИНЫ ЭКСПЛАНТАЦИИ СУБУРЕТРАЛЬНОГО СЛИНГА У ПАЦИЕНТОК СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Р.А. Шахалиев¹, Н.Д. Кубин¹, А.С. Шульгин¹,
Д.А. Сучков¹, А.А. Добродеева², Н.В. Пивень¹,
Ф.П. Султонов¹, Д.Д. Шкарупа¹

¹Урологическое отделение, КВМТ им.
Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «СПбГУ»,
Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стрессовое недержание мочи, субуретральный слинг, экструзия импланта.

ВВЕДЕНИЕ

Недержание мочи – одно из наиболее частых проявлений тазовой дисфункции. Самым распространенным типом недержания мочи является стрессовое, которое характеризуется потерей мочи при физической нагрузке, кашле или чихании. Слинговые операции являются самыми частыми вмешательствами по поводу СНМ мочи у женщин и стали «золотым стандартом» лечения данной патологии во всем мире. Однако эта методика не лишена специфических имплант-ассоциированных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование причин эксплантации субуретрального слинга и результатов после оперативного вмешательства у пациентов с ранее установленным субуретральным слингом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа 51 пациента урологического отделения Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, которым была произведена эксплантация субуретрального слинга, исследована медицинская документация, был произведен опрос пациентов путем анкетирования по электронной почте.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании ретроспективного анализа выявлены основные причины для эксплантации субуретрального слинга: обструктивное мочеиспускание – 14 (27,45%) пациентов, болевой синдром в зоне установки субуретрального слинга – 16 (31,37%) пациентов и отсутствие эффекта от ранее выполненной имплантации субуретрального слинга – 14 (27,45%) пациентов без экструзии. Также были зарегистрированы случаи экструзии сетчатого импланта у 7 (13,73%) пациентов. Среднее время, прошедшее после имплантации слинга и до момента эксплантации, составило 5,06 года, а средний возраст составил 59,12 года. После эксплантации в группе пациенток с болевым синдромом уменьшение болевых ощущений отмечалось у 14 (87,5%) пациентов. Оставшимся

2 (12,25%) женщинам потребовалось дополнительное консервативное лечение. Среди данной группы больных у 8 (50%) отмечалось возобновление симптомов недержания мочи. У пациентов с обструктивным мочеиспусканием в 100% случаев удалось достигнуть положительного эффекта. Обращает на себя внимание то, что у 5 (35,7%) пациентов после эксплантации слинга по поводу обструктивного мочеиспускания сохранилось удержание мочи. У пациентов с экстрезией сетчатого эндопротеза на контрольном осмотре не было выявлено дефектов слизистой, вместе с тем у 6 (85,7%) пациентов возобновилось недержание мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные важны для понимания пациентами и специалистами возможных рисков и преимуществ как имплантации, так и эксплантации субуретрального слинга при планировании оперативного вмешательства. Также важно отметить, что основополагающим фактором в оценке успеха оперативного вмешательства по поводу осложнений имплантации субуретрального слинга должна быть удовлетворенность пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Синтетические импланты для хирургической коррекции пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи

РАЗРАБОТКА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Р.А. Шахалиев¹, А.С. Шульгин¹, Н.Д. Кубин¹,
Д.А. Сучков¹, Ф.П. Султонов¹, Д.Д. Шкарупа¹

¹ Урологическое отделение, КВМТ
им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «СПбГУ»,
Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

сетчатый имплант, пролапс тазовых органов, стрессовое недержание мочи.

ВВЕДЕНИЕ

Немаловажную роль в успехе хирургического лечения пролапса тазовых органов (ПТО) и стрессового недержания мочи (СНМ) играет применение сетчатых эндопротезов. Однако их использование связано с риском имплант-ассоциированных осложнений, зависящих в том числе от количества имплантируемого материала. На данном этапе развития хирургии ПТО и СНМ существует понимание, что для эффективной фиксации тазовых органов необходимо протезирование только осевых (аксиальных) поддерживающих структур (крестцово-маточные и пубо-уретральные связки). При этом основными принципами должны быть минимизация количества имплантируемого материала и возможность легкого удаления фиксирующих структур.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка нового поколения синтетических имплантов для хирургической коррекции пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После проведения технической разработки было выполнено тестирование технических характеристик *in vitro*. Далее произведено исследование полученных образцов *in vivo* на 39 кроликах. Животные были рандомизированы на три группы в соответствии с материалом имплантации: 1 – частично резорбируемая система доставки лигатур (полидиоксанон – 98%, полипропилен – 2%), 2 – частично резорбируемая система доставки лигатур (полиглекапрон – 98%, полипропилен – 2%) и 3 – нерассасывающийся полипропиленовый сетчатый имплант. После имплантации кролики были разделены на три подгруппы в соответствии со сроком выведения из эксперимента 14, 60 и 180 дней. Биоматериал был подвергнут исследованию биомеханических свойств сформированной соединительнотканной капсулы с имплантом и патоморфологическому исследованию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении биомеханического анализа не обнаружено статистически значимых различий в разрывном удлинении на всех сроках наблюдения в рассматриваемых группах. Разрывная нагрузка на 60 и 180 днях также не имела статистически значимых различий между группами. На сроке 14 дней выявлена статистически значимая разница в разрывной нагрузке между

группой 1 и 3 ($p=0,003$). При проведении патоморфологического анализа было установлено, что на материале в группе 1 и группе 2 отмечается значительно меньшая воспалительная гранулематозная реакция на всех сроках к группе 3 к элементам нитей он также более инертен и менее подвержен рассасыванию, чем на группе 2. Процессы неоваскуляризации и фиброплазии более выражены на сроке 60 дней во 2 группе при этом эти процессы снижаются значительно к 180 дню, как и в остальных группах. Также выявлено, что наибольшая инфильтрированность на всех сроках отмечается в группе 3, с максимальным проявлением на сроке 60 дней данные соотносятся с выраженностью вторичных экссудативно-воспалительных процессов и свидетельствуют о высокой вторичной лейкоцитарной активности в тканях, окружающих ленту имплантата на протяжении не менее 60 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в эксперименте результаты показывают, что частично резорбируемые импланты могут обеспечить физиологичную продольную (аксиальную) поддержку апикального отдела тазового дна и потенциально способны снизить риск возникновения послеоперационных осложнений, что обуславливает большой потенциал применения таких имплантов в реконструктивной хирургии ПТО и СНМ.

Благодарности/Источники финансирования: спонсор исследования – ООО «Линтекс», Санкт-Петербург.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Трансвагинальная хирургическая коррекция урогенитального пролапса. Лечение хирургическое. Сравнение методик

САЙТ-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С БИЛАТЕРАЛЬНОЙ САКРОСПИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРОПЕКСИЕЙ VS ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ OPUR

А.Д. Шпикина¹, О.В. Снурницына¹,
Б.А. Слободянюк², А.Н. Никитин³,
М.В. Лобанов¹, Л.М. Рапопорт¹, М.Э. Еникеев¹

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

²*Кафедра акушерства и гинекологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

³*Отделение гинекологии, Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный пролапс, хирургия, сетчатый имплант, OPUR.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее распространенный вид урогенитального пролапса (УГП) – опущение передней стенки влагалища. Реконструкция переднего компартамента наиболее сложна, а риск рецидива после операции по поводу опущения передней стенки влагалища и цистоцеле до сих пор достигает 50–70%. Трансабдоминальный доступ в полной мере не удовлетворяет ни хирургов, ни пациентов. Влагалищная хирургия переднего или передне-апикального пролапса с использованием протезов с большим телом, несмотря на эффективность, не лишена недостатков. Требуются альтернативные методики, способные, с одной стороны, снизить риски, связанные с имплантацией крупных протезов, а с другой – сохранить высокое качество лечения. Определенные ожидания связаны с появлением новых гибридных техник, сочетающих в себе поиск дефекта и восстановление нативных связок и фасций. *Цель исследования:* сравнить результаты пациенток после сайт-специфической трансвагинальной коррекции УГП и пластики тазового дна сетчатым имплантом OPUR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 311 женщин с урогенитальным пролапсом. Степень пролапса оценивали при помощи классификации POP-Q. До 2022 г. пациенткам выполняли коррекцию пролапса шестирукавым сетчатым имплантом OPUR ($n=203$). Проспективная (с 2022 г.) часть исследования включила 108 пациенток, из которых сайт-специфическую коррекцию урогенитального пролапса + сакроспинальную гистеропексию выполнили в 48 наблюдениях. При значимых цистоцеле и паравагинальных дефектах

(n=60) предпочтение по-прежнему отдавали импланту OPUR. Протез OPUR сконструирован для синхронной коррекции передне-апикального пролапса за счет тела (помещается под грыжу мочевого пузыря) и 6 рукавов, позволяющих спротезировать ослабшие крестцово-маточные связки и сухожильную дугу фасции таза. Сайт-специфическую коррекцию осуществляли путем восстановления ректовагинальной фасции фиксацией ее к задней поверхности шейки матки; конструкцию усиливали восстановлением крестцово-маточных связок, подшивая последние также к задней поверхности шейки матки в виде дубликатуры. Коррекцию всех дефектов переднего компартмента проводили путем диссекции и расправления пубоцервикальной фасции с последующей фиксацией ее по периметру к протезу-ленте. Использовали нерассасывающийся шовный материал. Операцию завершали сакроспинальной гистеропексией полипропиленовой лентой (растяжимость меньше, чем у сакроспинальных рукавов протеза OPUR) через передний (при превагиновании цистоцеле) или задний доступ. Срок наблюдения отдельных пациенток (n=85) составил более 5 лет. Осмотр проводили через 1,3 и 6 мес. после операции и далее ежегодно. Рецидивом считали \geq II ст. по POP-Q.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После коррекции урогенитального пролапса имплантом OPUR у 11 пациенток (5,4%) в различные сроки наблюдения выявлен рецидив гистероптоза и у 3 – рецидив цистоцеле (1,5%). При сайт-специфической коррекции УГП ни в одном наблюдении не выявлено рецидива пролапса. Стоит отметить, что период наблюдения после сайт-специфической коррекции не превышает года, а за отдельными пациентками не более 3 мес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопрос о способах восстановления паравагинального дефекта и большого цистоцеле остается сложным и дискуссионным. Сайт-специфическая коррекция пролапса с гистеропексией, позволяющая восстановить дефекты передней и задней фасций одновременно, позволяет минимизировать объем сетчатого материала и представляется перспективным методом коррекции дефектов ректовагинальной фасции и передне-апикального пролапса. И тем не менее остаются сомнения в отношении потенциала гибридной техники (сакроспинальный слинг + реконструк-

ция пубоцервикальной фасции) при коррекции значимых паравагинальных дефектов и больших цистоцеле. Требуется продолжить сравнительное исследование, получить отдаленные результаты. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочевиные свищи

Рубрика: Трансвагинальная хирургическая коррекция урогенитального пролапса. Лечение хирургическое

MIDLINE ХИРУРГИЯ VS САЙТ-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

А.Д. Шпикина¹, О.В. Снурницына¹,
Б.А. Слободянюк², А.Н. Никитин³,
М.В. Лобанов¹, Л.М. Рапопорт¹, М.Э. Еникеев¹

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

²*Кафедра акушерства и гинекологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

³*Отделение гинекологии, Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный пролапс, хирургия, сайт-специфическая, кольпорафия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор доступа, техники и принципа коррекции урогенитального пролапса (УГП) до сих пор является прерогативой оперирующего хирурга. Трансвагинальные и трансабдоминальные методики конкурируют друг с другом. Как оказалось, конкурирующими являются и принципы реконструкции тканей. В частности, практически любые виды УГП могут быть компенсированы как при помощи имплантов, так и при помощи нативных тканей (передняя, задняя кольпорафии). Исключение составляет значимый гистероптоз, когда большинство хирургов сходятся во мнении о необходимости применения сетчатых протезов. Недостаточная эффективность кольпора-

фий и сверхриски применения «больших» протезов стали триггером для возникновения новой в современной пельвиоперинеологии техники – сайт-специфической хирургии УГП. Последняя предполагает обнаружение места отрыва передней и задней фасций с последующей их реконструкцией нерассасывающимся шовным материалом. *Цель исследования:* оценить перспективы сайт-специфической хирургии УГП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Коррекция УГП собственными тканями осуществлена 73 пациенткам. Из них передние и задние кольпорафии выполнены в 25 наблюдениях; 48 пациенткам выполнена сайт-специфическая коррекция УГП, которая сочеталась с билатеральной сакроспинальной гистеропексией, осуществленной задним (n=7) либо передним (n=41) доступом. Степень пролапса оценивали при помощи классификации POP-Q. Осмотр проводили через 1, 3 и 6 мес. после операции и далее ежегодно. Рецидивом считали \geq II ст. по POP-Q.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сайт-специфическая коррекция УГП в сочетании с сакроспинальной гистеропексией продемонстрировала 100% эффективность; кольпорафии – 62%. Из недостатков методик отмечено, что техническая сложность пособий повышалась при изначально «высоком» расположении матки. Кроме того, сложно прогнозировать результаты сайт-специфической коррекции УГП при изолированной реконструкции фасций без синхронного гистеролифтинга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сайт-специфическая хирургия УГП – перспективное направление, позволяющее достигать высоких результатов с уменьшением объема сетчатого материала и, соответственно, потенциальных рисков. Тем не менее технические сложности исполнения и сомнительные результаты изолированных пособий (без лифтинга матки) позволяют предвидеть, что классическая midline хирургия хоть и реже, но все-таки будет востребована в современной влагалищной хирургии пролапса. Для убедительных выводов требуется больший сравнительный анализ и большее время наблюдения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Все о недержании мочи, пролапс гениталий, мочеые свищи

Рубрика: Послеоперационное недержание мочи. Медицинская реабилитация пациентов с применением магнитной терапии

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ И РАЗВИВШИМСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ – НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

В.А. Щекочихин, С.П. Даренков,
А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук

*Кафедра урологии, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, хирургия, реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Послеоперационные расстройства мочеиспускания оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов, перенесших операцию на передней уретре. Наиболее частым расстройством мочеиспускания является недержание мочи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать опыт медицинской реабилитации пациентов, перенесших пластику переднего отдела уретры с использованием физических методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены результаты хирургического лечения пациентов, перенесших пластику передней уретры с использованием буккального графта и развившимся в раннем послеоперационном периоде недержанием мочи, которое в публикациях различных авторов варьируется в широком диапазоне – от 3 до 62%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Одним из осложнений, ухудшающих качество жизни пациентов, перенесших пластическую операцию на уретре, является недержание мочи. В стандартной практике большим в послеопе-

рациональном периоде рекомендуется выполнять комплекс упражнений по укреплению мышц тазового дна (гимнастика Кегеля), самостоятельное выполнение гидравлического бужирования уретры при каждой микции. При сохраняющемся более двух недель недержании мочи амбулаторно проводим экстракорпоральную магнитную стимуляцию мышц тазового дна, которая способствует улучшению лимфо- и кровотока в области операции и более эффективному поступлению лекарственных средств в зону послеоперационного спонгиоза. Стимуляция проводилась 2 раза в неделю по стандартной методике, курс лечения – 12 процедур. Эффективность лечения оценивали по динамике жалоб пациента, данным дневника мочеиспускания, самостоятельной оценке пациентом по опроснику PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) – «Общее впечатление пациента об улучшении». До и после курса терапии с целью объективизации жалоб и подтверждения диагноза всем пациентам выполнены объективные методы контроля – урофлоуметрия (УФМ) и определение уровня остаточной мочи по данным УЗИ. После проведения курса экстракорпоральной магнитной стимуляции удержание мочи было достигнуто у 87,3% пациентов. При наблюдении в течение 6 мес. у 98,2% пациентов функция удержания мочи восстановилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экстракорпоральная нервно-мышечная магнитная стимуляция тазового дна является малоинвазивным, безопасным и эффективным методом для реабилитации пациентов с недержанием мочи не только в раннем, но и в отдаленном послеоперационном периоде после пластики уретры.

БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ. КАК ДЕЛАТЬ, КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Прицельная биопсия предстательной железы

БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД МРТ-НАВИГАЦИЕЙ

И.А. Абоян¹, К.И. Бадьян¹, С.В. Грачев¹,
С.М. Пакус¹, Н.Б. Волконская²

¹Отделение онкоурологии, ГБУ РО
«КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»,
Ростов-на-Дону, Россия

²Отделение лучевой диагностики, ГБУ РО
«КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»,
Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия предстательной железы, МРТ,
рак предстательной железы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить диагностическую точность биопсии предстательной железы под МРТ-навигацией, профиль осложнений, выявить возможные предикторы выявления рака предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 42 пациентов с повышением уровня ПСА выше 2,5 нг/мл. Всем пациентам ранее была выполнена шаблонная трансректальная биопсия простаты. Показанием к повторной биопсии являлся выявленный патологический очаг по данным мультипараметрического МРТ при значении PI-RADS более 3. Всем пациентам дополнительно выполнялся тест индекса здоровья простаты (PHI). Биопсия под МРТ-навигацией осуществлялась с предварительной локальной анестезией в положении на животе. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы IBM SPSS Statistics 25 (США). Достоверность различий качественных показателей между группами использовали непараметрический критерий χ^2 . Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил 64 года (Q1-Q3: 58-73), медиана общего ПСА крови – 7,2 нг/мл (Q1-Q3: 2,5-13,2), медиана индекса здоровья простаты (PHI) – 43 (Q1-Q3: 36-68). Медиана объема предстательной железы определялась на уровне 46 см³ (Q1-Q3: 22 -57), показатель плотности ПСА составил 0,14 (Q1-Q3: 0,04– 0,46). Среднее время выполнения биопсии – 35 минут (Q1-Q3: 28-55). Медиана объема патологического очага по данным МРТ составила 0,4 см³ (Q1-Q3: 0,3-1,2), медиана показателя PI-RADS – 4 (Q1-Q3: 3-5) соответственно. Всем пациентам в среднем производился забор 3 биоптатов из очага. РПЖ был подтвержден в 52% (n=22) случаях. Осложнений по Кларкю ≥3 выявлено не было. Наиболее важными предикторами выявления РПЖ при сравнении групп пациентов с подтвержденным заболеванием и без РПЖ стали индекс здоровья простаты более 55 (p=0,02), объем патологического очага более 0,8 см³ (p=0,04), плотность ПСА более 0,25 (p=0,01).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прицельная биопсия предстательной железы под прямой МРТ-навигацией является методом выбора в диагностике рака простаты при наличии патологического очага. Расширенная комбинация лабораторных и инструментальных данных может позволить врачу принять решение о необходимости и варианте выполнения биопсии предстательной железы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Биопсия простаты под контролем гистосканирования, опрос практикующих урологов

ОСОБЕННОСТИ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ГИСТОСКАНИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УРОЛОГА: ОПРОС ПРАКТИКУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

А.О. Васильев^{1,2}, Ю.А. Ким², А.В. Садченко²,
А.В. Говоров^{1,2}, Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия простаты, гистосканирование, опрос урологов.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На сегодняшний день эффективность выполнения биопсии простаты при подозрении на РП в большей степени зависит от опыта специалиста. Применение дополнительных методов визуализации становится необходимостью в рутинной практике уролога. Одним из наиболее перспективных методов является гистосканирование (ГС). *Цель исследования:* улучшение диагностики РП с помощью стандартизации выполнения гисто-фьюжн БП путем опроса практикующих урологов отделения СКП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено сравнительное обсервационное клиническое исследование, в котором разработан и внедрен анонимный интернет-опрос на базе программы SurveyMonkey. Опрос проводился в период с сентября по декабрь 2021 г. и состоял из 16 вопросов. Были получены данные о стаже работы врача, опыте выполнения биопсии простаты, особенностях проведения операции, методе анестезии, положении пациента и осложнениях в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разделение по стационарам показало, что БП выполняется в условиях СКП в 80% случаев. В среднем выполнение биопсии простаты (БП) занимает не более 19 мин. Опыт выполнения БП у половины опрошенных (47,2%) составил от 1 до 5 лет и только у 15,9% – от 10 до 15 лет. Около 88% в течение года выполняют не более 400 БП. При анализе ответов на вопрос, в каком положении чаще всего выполняется трансректальная БП: в большинстве случаев БП выполняется в положении на левом боку, в 22% – в гинекологическом кресле. При анализе ответов на вопрос, какой метод анестезии используется чаще для выполнения БП, результаты опроса распределились равномерно на три группы: 1-я группа – использование только геля с обезболивающим, 2-я группа – использование парапростатического

введения новокаина или лидокаина, при этом респонденты отмечают введение от 5 до 20 мл препарата, 3-я группа – использование геля с обезболивающим и введение парапростатически новокаина или лидокаина. Около 68% специалистов рекомендуют выполнение МРТ ОМТ с контрастированием. Однако только 22% пациентов выполняют обследование перед БП. Около 16% отмечают невозможность выполнения МРТ ОМТ в связи с противопоказаниями или другими трудностями системы здравоохранения. Наиболее частые осложнения – гемоспермия и гематурия. В 100% случаев респонденты отметили необходимость назначения антибактериальной терапии. В 64,9% случаев врачи отмечают необходимость в выполнении гисто-фьюжн биопсии при первичной БП. В 92,4% специалисты отмечают, что для достижения высокой эффективности БП необходим большой опыт использования гистосканирования, а 82,1% уверены, что в будущем необходимо стандартизировать методику выполнения гисто-фьюжн биопсии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше анкетирование показало, что в настоящий момент растет интерес к выполнению таргетной биопсии под контролем гистосканирования. Также мы отмечаем отсутствие стандартизации проведения биопсии простаты под контролем гистосканирования. Мы предполагаем, что результаты биопсии простаты под контролем гистосканирования могут быть улучшены путем разработки стандартизированного подхода, а также алгоритма, направленных на оптимизацию метода для каждого пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Биопсия предстательной железы под контролем гистосканирования. Оценка разницы выявляемых случаев РПЖ, в зависимости от методики

МОСКОВСКАЯ ПРОГРАММА ПО ГИСТОФЬУЖН-БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАКА ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ БИОПСИИ

А.В. Говоров^{1,3}, Б.А. Кузин^{1,4}, А.О. Васильев^{1,3},
Ю.А. Ким^{1,3}, А.В. Садченко^{1,3}, К.Б. Колонтарев^{1,3},
М.Д. Тер-Ованесов², Д.Ю. Пушкарь^{1,3}

¹ *Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия*

² *Кафедра онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия*

³ *ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», Москва, Россия*

⁴ *ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» МО РФ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, биопсия, гистосканирование, таргетная биопсия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ряде случаев врачи-клиницисты сталкиваются с ложноотрицательными результатами биопсии предстательной железы при подозрении на рак предстательной железы (РПЖ). *Цель исследования:* сравнить показатели выявляемости РПЖ в зависимости от методики получения биоптатов при биопсии простаты под контролем гистосканирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мультицентровое регистровое ретроспективное когортное наблюдательное исследование проведено в 2019–2023 гг. Обследованы 4946 пациентов с подозрением на РПЖ, биопсия которым была выполнена как по стандартному протоколу, так и прицельно под контролем гистосканирования в 11 клиниках Москвы. Данные анамнеза и результаты биопсий внесены в единый регистр,

после чего проведен анализ результатов. Основные характеристики пациентов (средние значения): возраст – 66 лет [61,00; 71,00], общий ПСА – 7,80 нг/мл [5,64; 12,20], объем простаты – 48 см³ [35,00; 68,00], объем подозрительных участков по данным гистосканирования – 4,40 см³ [2,30; 7,40], среднее количество прицельных биоптатов – 2,00 [2,00; 3,00], общее количество выявленных случаев РПЖ – 2424 (49,01%). Группы пациентов с выявленным РПЖ разделены в зависимости от методики получения биоптатов: путем пункции по стандартному протоколу (12-точечная биопсия), прицельных вколов под контролем гистосканирования и в результате получения биоматериала при сочетании обеих методик. В исследовании не анализировались данные МРТ малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство случаев РПЖ (68,19%) выявлено путем забора ткани с использованием обеих методик, 27,48% обнаружено с использованием стандартной методики и 4,33% – по результатам прицельной биопсии под контролем гистосканирования (рис.). Распределение по стадиям и степени злокачественности представлено в таблице.

Рисунок. Выявление РПЖ в зависимости от методики биопсии

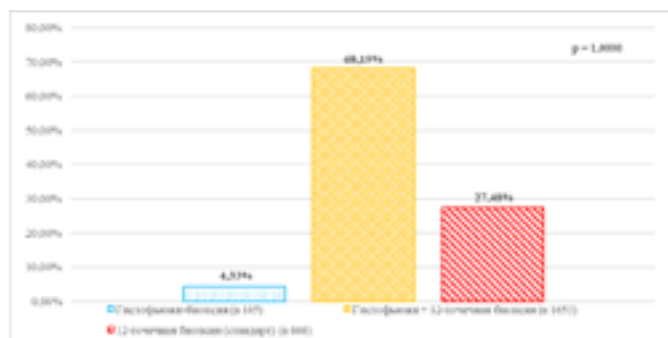


Таблица 1. Клиническая стадия и степень злокачественности выявленных случаев РПЖ в зависимости от методики биопсии

Клиническая стадия	Гистоскопия + 12-точечная биопсия (n=105)	12-точечная биопсия (стандарт) (n=666)	Гистоскопия + 12-точечная биопсия (n=1653)	p
сT2a	37 (35,24%)	179 (26,88%)	200 (12,10%)	<0,0001
сT2b	18 (17,14%)	109 (16,37%)	411 (24,86%)	
сT2c	6 (5,71%)	127 (19,07%)	582 (35,21%)	
сT3	1 (0,95%)	12 (1,80%)	197 (11,92%)	
сT4	0 (0,00%)	4 (0,60%)	24 (1,45%)	
Степень злокачественности по шкале Глисона				
3+3	84 (80,00%)	458 (68,77%)	662 (40,05%)	<0,0001
3+4	10 (9,52%)	111 (16,67%)	453 (27,40%)	
4+4	6 (5,71%)	39 (5,86%)	213 (12,89%)	
4+3	2 (1,90%)	35 (5,26%)	205 (12,40%)	
4+5	3 (2,86%)	19 (2,85%)	90 (5,44%)	
5+4	0 (0,00%)	2 (0,30%)	16 (0,97%)	
5+5	0 (0,00%)	2 (0,30%)	14 (0,85%)	
n – число пациентов				

	43 (40,95%)	235 (35,29%)	239 (14,46%)	<0,0001
сT2a	37 (35,24%)	179 (26,88%)	200 (12,10%)	
сT2b	18 (17,14%)	109 (16,37%)	411 (24,86%)	
сT2c	6 (5,71%)	127 (19,07%)	582 (35,21%)	
сT3	1 (0,95%)	12 (1,80%)	197 (11,92%)	
сT4	0 (0,00%)	4 (0,60%)	24 (1,45%)	
Степень злокачественности по шкале Глисона				p
3+3	84 (80,00%)	458 (68,77%)	662 (40,05%)	<0,0001
3+4	10 (9,52%)	111 (16,67%)	453 (27,40%)	
4+4	6 (5,71%)	39 (5,86%)	213 (12,89%)	
4+3	2 (1,90%)	35 (5,26%)	205 (12,40%)	
4+5	3 (2,86%)	19 (2,85%)	90 (5,44%)	
5+4	0 (0,00%)	2 (0,30%)	16 (0,97%)	
5+5	0 (0,00%)	2 (0,30%)	14 (0,85%)	
n – число пациентов				

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированная методика трансректальной биопсии предстательной железы с использованием стандартного 12-точечного протокола и прицельных/таргетных вколов под контролем гистосканирования показала себя, как предпочтительный метод диагностики клинически значимого РПЖ (Сумма Глисона $\geq 3+4$), позволив выявить 40,88% случаев заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Биопсия простаты в условиях СКП, оценка экономической эффективности

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Ю.А. Ким², А.О. Васильев^{1,2}, А.В. Садченко²,
К.А. Медведева¹, А.В. Говоров^{1,2},
Д.Ю. Пушкар^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

биопсия простаты, диагностика рака простаты, стационар кратковременного пребывания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рак предстательной железы является вторым наиболее часто диагностируемым злокачественным новообразованием у мужчин во всем мире. В настоящее время одной из приоритетных задач медицинской организации является оптимизация затрат на оказание медицинской помощи без потери качества и повышения эффективности деятельности. *Цель исследований:* оценить экономическую эффективность трансректальной биопсии простаты в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с января 2022 г. по декабрь 2022 г. в условиях СКП по профилю урология на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ проведен анализ экономической эффективности с помощью методов: «затраты – эффективность» и «минимизация затрат».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При расчете прямых затрат в условиях круглосуточного стационара стоимость пребывания пациента составила 18 936 руб. Стоимость затрат на содержание учреждения используется норматив стоимости одного койко-дня (к/д) – 756 руб. Исходя из этого, средняя стоимость пребывания в условиях круглосуточного стационара (средний к/д – 3) составляет 21 204 руб. При расчете

непрямых и косвенных затрат показатель составляет 70% от стоимости лечения пациентов, т. е. еще 14 843 руб. При расчете прямых затрат в условиях СКП стоимость пребывания составила 14 949 руб. Стоимость 1 к/д составляет 756 руб. Общая стоимость затрат на лечение пациента в условиях СКП составляет 15 705 руб. При расчете непрямых и косвенных медицинских затрат показатель составляет 60% от стоимости лечения пациента, т. е. еще 12 723 руб. При расчете показателей минимизации затрат (cost minimization analysis – CMA): CMA=21 204–15 705=5499 руб. Учитывая вышеуказанные данные, стоимость лечения одного пациента в круглосуточном стационаре составляет 21 204 руб. (при общей сумме косвенных медицинских и непрямых затрат 28 428 руб.). Стоимость лечения одного пациента в СКП составляет 15 705 руб., что на 5499 руб. меньше.

Для отношения расходов с эффективностью лечения необходимо провести анализ «затраты – эффективность». Для круглосуточного стационара показатель клинической эффективности составил 64%, для СКП – 86%. Анализ расчета эффективности обследования и лечения в круглосуточном стационаре: 21 204,00 / 64% = 331 руб. на 1 ед. эффективности; в СКП: 15705,00 / 86%=182 руб. на 1 ед. эффективности. Анализ расчета приращения эффективности затрат по cost effectiveness analysis – CEA: CEA= (21 204–15 705) / (64% – 86%) = 5 499 / - 22% = 250 руб. на 1 ед. эффективности. Усредненная стоимость проведенного лечения составляет 18 454 руб., средняя клиническая эффективность составила 75%; усредненное соотношение «затраты – эффективность» составляет 256 руб. на одну дополнительную единицу эффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало высокую экономическую эффективность биопсии простаты в условиях СКП. Анализ полученных данных подтверждает, что при выполнении биопсии простаты с диагнозом «гиперплазия простаты» в отделении СКП клиническая эффективность в 1,15 раза выше, чем средняя, а соотношение «затраты – эффективность» на 74 руб. меньше, чем усредненное значение. Количество пролеченных пациентов на 51% больше. На основе экономического анализа можно сделать вывод, что

СКП наиболее выгодно при оценке выполнения биопсии простаты у пациентов с подозрением на РП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Результаты использования fusion-техники при выполнении повторной биопсии предстательной железы

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ FUSION ТЕХНИКИ ПРИ ПОВТОРНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Котов¹, Р.И. Гуспанов¹, А.Г. Юсуфов¹, М.С. Жилов¹

¹Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак предстательной железы, повторная биопсия предстательной железы, fusion-биопсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стандартом диагностики рака предстательной железы (РПЖ) является выполнение биопсии. При каждой последующей повторной биопсии процент диагностики рака простаты у пациента снижается в два раза. fusion-техника позволяет улучшить результаты повторной биопсии. *Цель исследования:* оценить результаты различных fusion техник при повторной биопсии для выявления клинически значимого рака предстательной железы (кзРПЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровое проспективное контролируемое исследование, проведенное в 2020–2022 гг. В исследование включены 144 пациента с повторной биопсией предстательной железы, которые были разделены на две равные группы. В первой группе 72 пациентам была выполнена аппаратная трансперинеальная техника fusion-биопсии простаты, во второй группе 72 пациентам выполнена когнитивная трансректальная техника fusion-биопсии. Данные двух групп пациентов представлены в таблице.

Таблица. Предоперационные показатели пациентов

Показатели	Когнитивная Fusion M±SD, (max–min)	Аппаратная Fusion M±SD, (max–min)	p ¹
Возраст, лет	69,2±6,02 (52–73)	67,7±6,31 (48–84)	>0,05
ПСА, нг/мл	11,7±7,53 (0,37–43)	11,5±9,93 (1,21–36,4)	>0,05
Объем предстательной железы, см ³	72±51,69 (21–345)	75,5±46,22 (27–246)	>0,05
Плотность ПСА, нг/мл/см ³	0,22±0,21 (0,01–1,13)	0,18±0,14 (0,03–0,78)	>0,05
PIRADS 3, n (%)	25 (34,7)	24 (33,3)	>0,05
PIRADS 4, n (%)	29 (40,3)	32 (44,5)	>0,05
PIRADS 5, n (%)	18 (25)	16 (22,2)	>0,05
Примечание: n – количество пациентов; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; min–max – минимум и максимум; ¹ – t-критерию Student; PIRADS – Prostate Imaging: Reporting and Data System; ПСА – простатспецифический антиген.			

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявление РПЖ в группе когнитивной техники составило 51,4%, в то время как в группе аппаратной техники – 41,7%. Результаты диагностики кзРПЖ составили 25 и 13,9% соответственно. При оценке влияния шкалы PIRADS v2.1 на выявление РПЖ группы ISUP 2-5 выявлено, что при PIRADS 3 в группе когнитивной техники обнаружено у 16%, в группе аппаратной техники не было диагностировано группы ISUP 2-5, при PIRADS 4 – 20,7 и 21,9% соответственно и PIRADS 5 – 44,4 и 18,75% соответственно. При сравнении гистологического заключения после биопсии и радикальной простатэктомии было выявлено, что в группе когнитивной техники миграция стадии с ISUP 1 до ISUP 2 – в 50% случаев, а в группе аппаратной техники с ISUP 1 до ISUP 2 – в 30% и до ISUP 3 – в 20% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Fusion-техника является приоритетным методом выполнения повторной биопсии простаты. Проведение повторной fusion биопсии при PIRADS 3 отмечается низкий процент выявления кзРПЖ.

При PIRADS 5 определяется высокий процент кЗРПЖ при выполнении когнитивной техники, в связи с чем в стационарах без специального оборудования появляется возможность выполнения fusion-биопсии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Онкоурология

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ САТУРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва

ВВЕДЕНИЕ

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 87 мужчин с подозрением на рак предстательной железы, кото-

рым была первично выполнена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем. Методика биопсии заключалась в изъятии материала трансперинеально под спинальной анестезией с использованием планирующей системы (решетки). Биопсия проводилась из 24–36 точек. Медиана возраста больных составила 69 лет (48–75 лет). Взятие столбиков ткани из ПЖ осуществлялось при помощи автоматической биопсийной иглы диаметром 1,6 мм и глубиной забор ткани 22 мм. Из наблюдаемой группы больных 39 пациентов имели в анамнезе 2–4 отрицательных биопсии, при этом продолжался неуклонный рост уровня ПСА. Оставшимся 48 пациентам биопсия проводилась по поводу локального рецидива после брахитерапии источниками I 125 (19 больных) и дистанционной лучевой терапии (29 больных). Наибольший интерес представляла первая группа больных. Так, число положительных результатов было получено у 31 (из 39) пациента. При анализе выявлено, что расположение опухоли в предстательной железе было нетипичным. У 25 пациентов раковые клетки были обнаружены в апикальной части предстательной железы и преимущественно были представлены низкодифференцированными формами (Глисон 9 – у 5 больных, Глисон 8 – у 9 пациентов и Глисон 7 – в 3 случаях). У остальных 6 пациентов опухолевые клетки были выявлены в центральной части предстательной железы (соотношение степени дифференцировки опухоли были примерно идентичны).

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При определенных, сложных для диагностирования РПЖ, случаях сатурационная техника может стать методом выбора при первичной биопсии, несмотря на техническую и организационную сложность использования. Такой вывод основан на том, что после сатурационной биопсии наблюдались самые низкие показатели частоты таких неблагоприятных морфологических при-

знаков, как положительный хирургический край, перинеуральная и периваскулярная инвазии, высокий балл по Глисона, экстрапростатическое распространение опухоли.

ВЫВОДЫ

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

Тема сессии: Биопсия простаты. Как делать, какие осложнения, какие результаты

Рубрика: Fusion-биопсия предстательной железы. МРТ 3 тесла, простат-специфический антиген. Диагностика рака предстательной железы

ТРИАДА ДИАГНОСТИКИ РПЖ: ПСА, МРТ 3 ТЕСЛА, FUSION-БИОПСИЯ

С.В. Попов^{1,3}, И.Н. Орлов^{1,2}, Т.М. Топузов¹,
П.В. Вязовцев^{1,3}, С.М. Малевич¹,
С.П. Семикина¹, М.Л. Горелик^{1,2}

¹Отделение урологическое, СПб ГБУЗ
«КБ Святителя Луки», Санкт-Петербург,
Россия.

²Кафедра урологии, ГБОУ ВПО «СЗГМУ
им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург,
Россия

³Кафедра и клиника урологии,
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

диагностика рака предстательной железы, простат-специфический антиген, магнитно-резонансная томография, fusion-биопсия предстательной железы; биопсия-предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ

Улучшение качества и доступность методов лабораторно-инструментальной диагностики рака предстательной железы расширяет спектр пациентов, которым показано выполнение биопсии

предстательной железы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обсудить и оценить первые результаты применения комбинации триады диагностики рака предстательной железы, включающих ПСА, МРТ 3 тесла и fusion-биопсии предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2022–2023 гг. в Санкт-Петербурге. В исследование включены 184 пациента, которым было выполнено лабораторное измерение уровня ПСА крови в совокупности со структурной оценкой предстательной железы путем выполнения МРТ 3 Тесла с внутривенным контрастированием. Затем пациенты были распределены на группы, которым было показано выполнение fusion-биопсии предстательной железы и выполнялась обычная системная биопсия предстательной железы. Оценка проводилась по множественным критериям, основными из которых являлись система PI-RADS v2, шкала Глисона, ПСА крови. Статистическая обработка производилась в программе StatTech. Различия считали достоверными при $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группа, в которой выполнялась fusion-биопсия предстательной железы в комбинации со структурной оценкой предстательной железы путем МРТ 3 тесла, показала достоверно лучшие результаты в отношении диагностики клинически значимого рака предстательной железы по сравнению с группой, где выполнялась системная биопсия предстательной железы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Группа в которой выполнялась fusion-биопсия предстательной железы достоверно превосходила в разрезе эффективности диагностики клинически значимого рака по сравнению с группой системной биопсией предстательной железы. Предоперационная оценка предстательной железы с использованием аппарата МРТ 3 Тесла позволяет улучшить выявляемость рака предстательной железы и структурные изменения по системе PI-RADS v2, что говорит о целесообразности выполнения данного исследования у пациентов с результатами ПСА, превышающими референтные значения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, терапия, хирургия

РОЛЬ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПИН ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.А. Яковец, В.Г. Куликов

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

соноэластография, простатическая интраэпителиальная неоплазия, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время имеется тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями предстательной железы, что требует поиска новых методов диагностики, позволяющих выявлять наличие злокачественных новообразований на самых ранних стадиях. Возникла необходимость поиска новых более совершенных методов ультразвуковой визуализации для ранней диагностики и практического использования, таких как соноэластография. Методика, основана на компьютерном измерении эластичности ткани под действием механической компрессии и декомпрессии. С помощью компьютерной обработки ультразвукового сигнала можно картировать минимальные различия в жесткости ткани исследуемого органа, что может применяться для дифференциальной диагностики подозрительных на злокачественный процесс и ПИН участков при прицельной биопсии этих участков.

Цель исследования: оценить роль соноэластографии в диагностике ПИН предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 73 пациента с простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН) в возрасте 45–79 лет. Уровень ПСА – от 7,1 до 14,8 нг/мл. По данным ТрУЗИИ простаты с соноэластографией, индекс жесткости был от 2,5 до 3,2. Доказано, что ПИН представляет собой промежуточную стадию между доброкачественным эпителием и инвазивной злокачественной карциномой. Однако стандартное УЗИ не дает достоверных данных о природе гипэхогенных участков предстательной железы,

из-за чего появляются трудности в дифференцировке между опухолевым процессом, изменениями при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, ПИН и участками локального воспаления ткани при простатитах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было выделено 5 основных типов эластографического картирования ткани предстательной железы, достоверно отображающих процессы, происходящие в этом участке предстательной железы, что способствует ранней и дифференциальной диагностике простатической интраэпителиальной неоплазии и рака предстательной железы. Исходя из полученных данных, была выявлена статистически значимая корреляция между гистологическим вариантом и индексом жесткости, то есть, чем выше гистологический вариант, (чем ближе он к ПИН), тем ниже индекс жесткости выявляемый при соноэластографии у пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, стандартное ультразвуковое исследование не обладает достаточной точностью и чувствительностью для его использования в качестве достоверного и самодостаточного метода диагностики изменений в предстательной железе. Соноэластография повышает диагностическую ценность проводимой биопсии предстательной железы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ДГПЖ, ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: Фармакогенетические маркеры эффективности терапии СНМП при ДГПЖ

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ CYP2D6 И CYP3A4/5 НА ТЕРАПИЮ СНМП ПРИ ДГПЖ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ш.П. Абдуллаев¹, М.Н. Шатохин¹, С.Н. Тучкова²,
О.В. Теодорович¹, Ш.П. Абдуллаев²,
Д.А. Сычев²

¹Кафедра эндоскопической урологии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

²Научно-исследовательский институт молекулярной и персонализированной медицины, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, тамсулозин, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5.

ВВЕДЕНИЕ

Тамсулозин является селективным α 1-адреноблокатором, применяющимся в качестве препарата первой линии в лечении СНМП при ДГПЖ. Вместе с тем проблема вариабельности эффективности и безопасности терапии среди пациентов сохраняется, что может быть обусловлено генетическими факторами, обусловленными различиями в системе ферментов цитохромов P450, участвующими в метаболизме препарата.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние носительства генетических полиморфизмов генов ферментов суперсемейства цитохрома P450 (CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5) на эффективность и безопасность терапии тамсулозином у пациентов с СНМП, ассоциированными с ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 106 пациентов с СНМП при установленном диагнозе ДГПЖ (N40 МКБ 10). В зависимости от степени выраженности симптомов все пациенты были разделены на две группы по сумме баллов по шкале IPSS: первая группа пациентов – с умеренной степенью тяжести (8–19 баллов) (n=57); вторая

группа – с выраженной степенью тяжести (>20 баллов) (n=49). Все пациенты получали монотерапия тамсулозином 0,4 мг/сут. на протяжении как минимум 8 недель. Для оценки результатов лечения использовали опросник IPSS с QoL, ТРУЗИ предстательной железы с определением объема остаточной мочи и урофлоуметрия. Контроль осуществляли в сроки 2,4 и 8 недель после начала терапии. У всех пациентов методом полимеразной цепной реакции определялось носительство полиморфных маркеров CYP2D6 (*3, *4, *9, *10 и *41), CYP3A4 (*3, *22) и CYP3A5*3.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Носительство полиморфных аллелей показало статистическую значимость при межгрупповом анализе: в первой группе в отношении CYP2D6*10 (n=14) на средний общий показатель IPSS с 4 недели (p<0,05), обструктивные жалобы на 4 неделе (p<0,05), ООМ (p<0,05); CYP2D6*41 (n=6) на обструктивные жалобы на 8 неделе (p<0,05); во второй группе в отношении CYP2D6*4 (n=8) и CYP2D6*10 (n=7) на ООМ (p<0,05), а CYP3A5*3 (n=9) на QoL 2 и 8 недели (p<0,05)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного нами исследования показывают, что в терапии СНМП при ДГПЖ клинически значимо носительство полиморфизмов CYP2D6*10 и CYP2D6*41 у пациентов с умеренной выраженностью симптомов, а носительство полиморфизмов CYP2D6*4 и CYP3A5*3 у пациентов с тяжело выраженными симптомами, что проявлялось более выраженным эффектом терапии у носителей данных генов.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение ДГПЖ

ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ. ОПЫТ 600 ОПЕРАЦИЙ

И.А.Абоян¹, А.Н. Толмачев¹, С.В. Грачев¹,
С.М. Пакус¹, К.А. Ширанов¹, К.И. Бадьян

¹Онкоурологическое отделение, ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»,
Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, лазерная энуклеация, результаты хирургического лечения ДГПЖ.

ВВЕДЕНИЕ

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты хирургического лечения пациентов с ДГПЖ методом гольмиевой лазерной энуклеации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено проспективное исследование 595 пациентов с ДГПЖ, которым в МБУЗ КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону в 2014–2019 гг. выполнена гольмиевая лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы. Предоперационная диагностика включала в себя стандартные общеклинические и лучевые методы исследования с определением уровня ПСА, ТРУЗИ, урофлуометрию с определением уровня остаточной мочи. При выполнении статистической обработки применялись критерии Манна-Уитни, Крускаллы-Уоллиса, χ^2 и Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил 66 лет (56–78). Средний объем предстательной железы, согласно данным ТРУЗИ, составил 129,66 (90,0–240,0) см³. Пациенты прооперированы по совершенствованной нами технике «трехдолевой» энуклеации. Среднее время операции – 82 мин., снижение уровня гемоглобина – более 10 г/л относительно исходных показателей имело место у 14% пациентов, необходимости в геотрансфузии не было. Средний срок удаления уретрального катетера – 42 часа. При оценке осложнений у 5% пациентов имело место стресс-недержание мочи, у 3% пациентов – обструктивные осложнения (стриктура уретры, рубцовая контрактура шейки мочевого пузыря), у 2% – выраженная

макрогематурия в послеоперационном периоде. После 100 оперативных вмешательств конверсия не потребовалась ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В оцениваемой когорте пациентов выполнялся оптимизированный и стандартизированный нами протокол HoLEP с подробным изложением необходимого оборудования и поэтапного анализа оперативного вмешательства, основанного на опыте 600 оперативных вмешательств, выполненных в нашей клинике. Несмотря на то, что кривая обучения данному методу вмешательства остается достаточно крутой, очевидные преимущества для пациента являются достаточно весомым фактором для широкого распространения техники HoLEP в урологической практике. Данный метод имеет достаточный потенциал, чтобы стать стандартом хирургического лечения ДГПЖ в обозримом будущем.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Малоинвазивное хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы

СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ

И.А. Абоян, К.А. Ширанов, А.Н. Толмачев,
С.М. Пакус, С.Л. Слюсарев

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье»
в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная энуклеация, лазерная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анатомическая энуклеация простаты рассматривается как «золотой стандарт» эндоскопического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы большого размера. *Цель нашего ретроспективного исследования:* сравнение трех методов энуклеации: гольмиевым лазером (HoLEP), тулиевым лазером (ThuLEP) и биполярной энуклеации простаты (BipoleP), а также робот-ассистированной аденомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное исследование, включавшее 1013 пациентов, которым с января 2015 г. по январь 2023 г. была выполнена анатомическая энуклеация предстательной железы. В группе 1 (n = 602), группе 2 (n = 194), группе 3 (n = 195) и группе 4 (n = 22) была выполнена HoLER, ThuLER, VirolER и робот-ассистированная аденомэктомия соответственно. VirolER выполняли на псевдобиполярной системе Olympus со специальным устройством для энуклеации. HoLER проводился на лазерном аппарате Lumenis 100 и 120 Вт, а ThuLER – на аппарате Vela XL. Робот-ассистированную аденомэктомию выполняли с помощью системы да Винчи. Между группами сравнивались предоперационные и послеоперационные показатели. Кроме того, проанализировано уменьшение объема предстательной железы через 1 месяц. Анатомическая энуклеация предстательной железы определялась как отсутствие остаточной переходной доли на послеоперационном трансректальном ультразвуковом исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний размер предстательной железы составил 90,2 см³, 87,6 см³, 99,3 см³ и 182,4 см³ в группах 1, 2, 3 и 4 соответственно (p>0,05 между группами 1–3; p<0,01 для групп 1–3 по сравнению с группой 4). Среднее время катетеризации и госпитализации были сопоставимы во всех группах (p>0,05). Через 3 месяца балл по шкале IPSS снизился до 5,5 в группе HoLER; до 6,0 в группе ThuLER; до 5,8 в группе VirolER и до 5,2 в группе робот-ассистированной аденомэктомии. Анатомическая энуклеация предстательной железы была достигнута у 93% пациентов в группе HoLER; у 85,5% в группе ThuLER; у 91,2% в группе VirolER (p<0,05 между HoLER и ThuLER) и у 100% в группе робот-ассистированной аденомэктомии (p<0,05 для групп 1–3 по сравнению с группой 4). Частота недержания мочи составила 4,1%, 3,6%, 5,3% и 0% соответственно (p<0,05 между ThuLER, группой 1 и 2; p<0,05 для группы 1 и 3 по сравнению с группой 4). Среднее время операции составило 89 мин., 93 мин., 99 мин. и 127 мин. соответственно (p>0,05). Только 9 пациентов нуждались в переливании крови (6 – в группе HoLER, 2 – в ThuLER и 1 – в группе VirolER).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анатомическая энуклеация является высокоэффективным и безопасным методом у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы большого размера. При ThuLER энуклеация может быть технически более сложной из-за выраженного эффекта «карбонизации», но метод имеет более благоприятный профиль безопасности по сравнению с HoLER и VirolER и самую короткую кривую обучения. Робот-ассистированная аденомэктомия выглядит перспективным методом лечения пациентов с выраженным увеличением ПЖ.

Тема сессии: Симптомы нижних мочевых путей

Рубрика: Гиперплазия предстательной железы

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ВЫГОДА
ОТ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ
У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
С ДГПЖ**

А.И. Акимов¹, О.И. Братчиков², И.Г. Лещенко^{1,3}

¹*Первый НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия*

²*Кафедра урологии ФГОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, Курск, Россия*

³*Кафедра хирургических болезней с курсом урологии ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, гериатрические пациенты, симультанные операции, экономическая выгода.

ВВЕДЕНИЕ

В связи с полиморбидностью у гериатрических пациентов с ДГПЖ возникла настоятельная необходимость внедрения в урологическую практику современных технологий симультанных операций (СО). Обоснованием такого подхода в том числе может служить учет экономической выгоды от этих операций. В связи с тем, что в доступной литературе не удалось найти сообщений по этому вопросу, приводим собственные материалы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ выполнения СО среди 187 гериатрических пациентов с ДГПЖ, оперированных с 2000 по 2015 г. При анализе использовались данные по перечню расходов на медицинские услуги в системе ОМС Самарской обл. на 1 февраля 2014 г. За выбранный период СО были выполнены 187 пациентам. Среди них 126 (67,5%) пациентам одновременно выполнены две операции, у 56 (29,9%) – 3 операции, у 4 (2,1%) – 4 операции, у 1 (0,5%) – 5 операций. В общей сложности была выполнена 441 операция 187 пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За отчетный период оплачиваемый срок пребывания на урологической койке прооперированного пациента равнялся 20,3 койко-дня. Суммарные затраты на одного человека, которому была проведена СО, составили 3175,73 руб. \times 20,3 койко-дня = 64 467,32 руб.

При этом на 187 пациентов, которым были проведены СО, затраты составили 64 467,32 руб. \times 187 = 12 053 888,4 руб.

При условном раздельном выполнении за одну госпитализацию лишь одной операции совокупные расходы на 441 вмешательство составили 64 467,32 руб. \times 441 = 28 430 008,81 руб.

В результате экономическая выгода от проведения СО 187 пациентам составила 28 430 008,81 руб. – 12 053 888,4 руб. = 16 376 120,41 руб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение СО 187 гериатрическим пациентам с ДГПЖ снизило экономические затраты в 2,4 раза при сравнении с условным раздельным выполнением за одну госпитализацию лишь одной операции. Использование нашей методики расчета экономической выгоды от выполнения СО позволяет объективно определить экономическую составляющую этих операций, являясь одним из оценочных критериев эффективности работы урологического отделения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Послеоперационные осложнения хирургических методов лечения ДГПЖ

ПОЧЕЧНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ

С.А. Аллазов¹, Р.Р. Гафаров¹

¹*Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аденомэктомия простаты, хирургические осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является широко распространенным заболеванием и встречается более чем у 50% мужчин старше 60 лет. Широкое развитие в лечении ДГПЖ получили трансуретральные эндоурологические операции, но чреспузырная аденомэктомия остается распространенным методом хирургического лечения. Частота осложнений после открытой аденомэктомии составляет от 8,8 до 40%. Среди этих осложнений особое место занимают почечные хирургические осложнения. Пиелонефрит и почечная недостаточность при аденоме предстательной железы занимают ведущее место среди причин летальных исходов. *Цель исследования:* изучение особенностей почечных хирургических осложнений в интра- и послеоперационном периодах согласно видоизмененной классификации Clavien-Dindo (2004).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были изучены результаты лечения 102 пациентов с ДГПЖ. Средний возраст больных составил 64,1 \pm 0,8 года (42–92 года). Всем больным выполнена чреспузырная аденомэктомия с различными способами гемостаза ложа аденомы. Первую группу составили 38 (37,3%) больных, у которых гемостаз осуществлялся путем тампонирования ложа аденомы марлевым тампоном. У 20 (19,6%) больных второй группы кровотечение из ложа аденомы после аденомэктомии останавливали ушиванием краев капсулы и ложа аденомы. Третья группа – 20 (19,6%) больных, гемостаз у них проводили путем низведения шейки мочевого

пузыря съёмными швами. Четвертая группа – 24 (23,5%) больных, гемостаз у которых осуществлялся кратковременным тампониowaniem ложа аденомы марлевым тампоном, смоченным 10%-ным водным настоем лагохилуса опьяняющего.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с адаптированной классификацией хирургических осложнений Clavien-Dindo после операции аденомэктомии с тампониowaniem ложа (n=38) осложнения распределились следующим образом: I степень – 8 (21,1%), II степень – 2 (5,3%), IIIb степень – 1 (2,6%), IVa степень – 1 (2,6%), V степень – 1 (2,6%), disability – 1 (2,6%). Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии с ушиванием ложа аденомы, классифицированные по Clavien-Dindo (n=20): I степень – 5 (20%), II степень – 2 (10%), IVa степень – 1 (5%). Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии с низведением шейки мочевого пузыря (n=20): I степень – 3 (15%), II степень – 5 (25%), IIIb степень – 1 (5%). Почечные хирургические осложнения после аденомэктомии с местным применением лагохилуса в целях гемостаза (n=24): I степень – 4 (16,7%), II степень – 3 (12,5%), IVa степень – 1 (4,2%), V степень – 0.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди прочих методов гемостаза ложа аденомы наилучшие результаты были получены при использовании настоя лагохилуса. Следует отметить, что до сих пор не существует способа окончательного гемостаза, не осложняющего течение послеоперационного периода. Это должно не только настораживать урологическое сообщество, но и направлять его для дальнейшего углубленного научного поиска.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Оперативное лечение ДГПЖ

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

Р.Ю. Андреев², К.Б. Колонтарев¹,

Д.Ю. Пушкарь¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им.

А.И. Евдокимова, Москва, Россия

²Городская клиническая больница им.

С.И. Спасокукоцкого, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, лазерная вапорезекция, хирургия, тулиевый лазер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

С применением данного метода прооперированы 340 пациентов. Оценивались такие параметры, как: время резекции, улучшение скорости мочеиспускания (Q max), количество остаточной мочи (PVR), международная система суммарной

оценки симптомов болезней предстательной железы (IPSS) и индекса качества жизни (QoL).

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Оперативное лечение ДГПЖ

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ

А.Г. Бережной^{1,2}, Т.В. Черепанова^{1,2},
С.С. Дунаевская^{1,2}, Г.О. Черепанов¹

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Красноярск, Россия

² ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», Красноярск,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

симультанные операции, урология, грыжа, гиперплазия простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Симультанные операции являются оптимальным вариантом лечения пациентов с сочетанной патологией. Нарушения мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки в сочетании с болезнями мочевыводящей системы, в частности гиперплазия предстательной железы, встречаются от 14 до 25%. *Цель исследования:* изучить эффективность симульных вмешательств у урологических пациентов с сочетанной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2020–2021 гг. в клинике ЧУЗ КБ «РЖД» «МЕДИЦИНА» 223 пациентам проведено оперативное лечение. Мужчины были разделены на две группы. Группу I составил 201 (90,13%) пациент, которым был выполнен ТУР аденомы простаты. В группу II вошли 22 (9,87%) пациента с симульными операциями: ТУР аденомы простаты и герниопластика с применением сетчатого эндопротеза. Возраст пациентов в группах I и II составил 51–86 лет, по возрасту пациенты в группах были сопоставимы. Всем больным выполняли трансабдоминальную ультразвуковую сонографию предстательной железы. Согласно шкале ВАШ, больным назначались анальгетические препараты. В исследуемых группах была проведена оценка послеоперационных осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объем простаты, превышающий 100 см³ в клинической группе I, был диагностирован у 72 человек (28,68%). Размер простаты более 100 см³ в группе II был у 9 пациентов (40,90%). Даже при небольшой выборке пациентов в клинической группе II можем предположить влияние объема предстательной железы на формирование нарушений мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки и, в частности, грыж области передней брюшной стенки. Время хирургического лечения в группе I составило 69,93 мин., во II – 80,42 мин. Время операции во группе II превышало на 5,74%. Анализ шкалы ВАШ показал, что умеренную боль (4 балла) испытывали пациенты группы I – 68,2%, пациенты группы II – 76,6%. Сильную боль (6 баллов) в группе I испытали 20,4%, в группе II – 31,8%. Таким

образом, болевой синдром не зависит от симультанной операции. Длительность приема анальгетиков в послеоперационном периоде в группе II не превышала 2,5 суток. В развитии послеоперационных осложнений превалировали ИМПП: в группе I данное осложнение у пациентов составило 6,95%, в группе II – 9,09%. Явления воспаления можно объяснить длительностью заболевания и временем оперативного лечения. Срок пребывания в стационаре после операции: группа I – 5,5 суток, группа II – 5,8 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены преимущества симультантных операций перед двухэтапными вмешательствами урологического и хирургического профиля: по продолжительности; объему интраоперационной кровопотери; длительности приема анальгезирующих препаратов; частоте развития инфекционно-воспалительных осложнений со стороны мочеполовой системы в раннем послеоперационном периоде. Длительность пребывания в стационаре после симультантной операции не превышает количества койко-дней в сравнении с соответствующими оценками для изолированных операций. Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость и целесообразность более широкого использования симультантных операций при плановом хирургическом лечении заболеваний у пациентов урологического профиля.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Консервативная терапия ДГПЖ

НОВЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДГПЖ

О.И. Братчиков¹, И.А. Тюзиков², Е.А. Шумакова¹, М.М. Кондрашов¹

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, Курск, Россия

²Медицинский центр «Тандем-Плюс», Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, инсулинорезистентность, метформин, патогенетическая терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возможности современной патогенетической терапии ДГПЖ ограничены, поэтому активно изучаются системные гормонально-метаболические факторы междисциплинарного патогенеза заболевания, коррекция которых может оказать на ДГПЖ патогенетическое влияние. Среди них важное значение имеет инсулинорезистентность (ИР), которая доказанно индуцирует простатическую пролиферацию, но влияние препарата «первой линии» для ее коррекции – метформина – на ДГПЖ изучено недостаточно. *Цель исследования:* изучить влияние ИР и ее коррекции метформином на течение ДГПЖ у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы и пролечены 20 мужчин с ДГПЖ и лабораторной ИР в возрасте 65,3±2,6 года (50–75 лет), рандомизированных вслепую на две группы фармакотерапии: группа 1 (n=10) получала тамсулозин по 0,4 мг/сут.; группа 2 (n=10) получала тамсулозин по 0,4 мг/сут. в сочетании с метформином по 850 мг/сут. в течение 12 месяцев.

Исходно и через 12 месяцев в обеих группах оценивались клиническая симптоматика по опроснику IPSS–QoL, уровень инсулина крови (методом РИА), объем предстательной железы (ОПЖ) и объем остаточной мочи (ООМ) (УЗИ). Значимость различий показателей оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обе группы пациентов исходно оказались сопоставимыми по степени выраженности симптомов нижних мочевых путей и индексу качества жизни QoL, оцененных по шкале IPSS–QoL. Данные показатели для группы 1 составили 14,1±2,3 балла (9–16) и 4,5±1,2 балла (3–5), для группы 2 – 12,9 ± 2,0 балла (10–16) и 4,7±1,2 балла (3–5) соответственно (p=0,1). При этом в обеих группах средний уровень инсулина крови до лечения оказался одинаково выше нормальных значений, составляющих 3–20 мкЕд/мл (в группе 1 – 22,3±3,8 (20–26) мкЕд/мл, в группе 2 – 4,3±4,5 (20–28) мкЕд/мл соответственно; p=0,1).

Через 12 месяцев на фоне терапии метформином средний уровень инсулина крови в группе 1 увеличился в среднем на 6,5 (4–13)% от исходного (p<0,05), а в группе 2 он вернулся в нормальные референсные значения у всех пациентов. Выраженных побочных эффектов приема

метформина, которые потребовали бы отмены препарата, не наблюдалось. Нормализация показателей сывороточного инсулина в группе 2 сопровождалась позитивной динамикой со стороны ОПЖ и ООМ, чего не наблюдалось у пациентов группы 1. Так, через 12 месяцев лечения в группе 1 средний ОПЖ достоверно увеличился на 5,6 (4,2–6,4)%, а в группе 2 он увеличился только на 2,4 (1,5–3,8)% ($p < 0,05$); средний ООМ в группе 1 увеличился в среднем на 5,4%, в группе 2 – только на 2,2% ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инсулинорезистентность способствует прогрессированию ДГПЖ, а ее коррекция рекомендованным препаратом метформином оказывает позитивный профилактический эффект в отношении прогрессирования ДГПЖ, поэтому терапия метформином может рассматриваться как новый вариант патогенетического лечения ДГПЖ у мужчин, имеющих ИР.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Послеоперационные осложнения хирургических методов лечения ДГПЖ

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Р.Р. Гафаров¹, Ш.И. Гиясов²

¹*Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан*

²*Кафедра урологии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная резекция, предстательная железа, послеоперационные осложнения

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности трансуретральной резекции простаты (ТУРП) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) путем объективизации подходов к систематизации осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 50 пациентов с ДГПЖ, перенесших ТУРП (26 пациентов – биполярная ТУРП, 24 пациента – монополярная ТУРП). Средний возраст пациентов – 67,5±1,1 года. Эффективность вмешательств определялась путем оценки суммарного балла по шкале IPSS, качества жизни (QoL), максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) и на основании систематизации послеоперационных осложнений посредством адаптированной нами классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo (2004).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ выявил 41 (82,0%) осложнение среди 50 пациентов. Осложнения I степени наблюдались в 16 (39%) случаях, все они были ликвидированы консервативно. Осложнения II степени наблюдались в 17 (41,5%) случаях, они также были устранены консервативно. Осложнения IIIa степени выявлены в 1 (2,4%) случае, для их ликвидации потребовалось выполнение дополнительных вмешательств без общей анестезии. Осложнения IIIb степени выявлены в 7 (17,1%) случаях, для их ликвидации потребовалось выполнение дополнительных вмешательств на фоне общей анестезии. Осложнения IV и V степеней отмечены не были.

Для объективной оценки все послеоперационные осложнения ТУРП были разделены на значимые и незначимые. К значимым мы отнесли осложнения, которые при их несвоевременном выявлении и устранении могут привести к более серьезным последствиям или перейти из легкой степени в более тяжелую. Незначимые – осложнения, которые проходят без последствий для пациента и не требуют применения длительной фармакотерапии и/или каких-либо других мероприятий.

Среди 25 значимых осложнений 12 осложнений были расценены как возможные – то есть обусловленные особенностями вмешательства, а 13 – тактические (связанные с недочетами в интра- и послеоперационном ведении пациентов). Анализ результатов эффективности ТУРП через 6 месяцев после вмешательства показал, что балл по шкале IPSS снизился с 25,1±0,5 до вмешательства до 6,2±0,2 балла, качество жизни улучшилось с 4,6±0,1 до 2,1±0,04 балла, Qmax с 6,9±0,3 мл/сек увеличилась до 20,3±0,2 мл/сек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди 50 пациентов, которым была выполнена ТУРП в послеоперационном периоде наблюдали всего 41 (82,0%) осложнение у 30 пациентов (60%). Из всех осложнений 33 (80,5%) оказались относительно легкими, они были ликвидированы консервативно. К относительно тяжелым осложнениям отнесли 8 (19,5%) случаев, для ликвидации которых потребовались инвазивные вмешательства, при этом большинство из них (17,1%) были выполнены под общей анестезией. Эффективность ТУРП составила 92,0% (46 пациентов). У 4 (8,0%) в отдаленном послеоперационном периоде развились фиброзно-склеротические изменения в заднем отделе уретры и в шейке мочевого пузыря, что потребовало дополнительных оперативных вмешательств.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Послеоперационные осложнения хирургических методов лечения ДГПЖ

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛИАЦИИ ПРОСТАТЫ С УЧЕТОМ ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Р.Р. Гафаров¹, Ш.И. Гиясов²

¹*Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан*

²*Кафедра урологии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, предстательная железа, послеоперационные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности и безопасности гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) через призму систематизации осложнений с учетом их прогностической значимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 40 пациентов с ДГПЖ,

которым была выполнена HoLEP. Средний возраст пациентов составил $65,0 \pm 1,1$ года. Оценка эффективности хирургического лечения проводилась с помощью опросника IPSS, определения индекса качества жизни (QoL), максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) и путем систематизации послеоперационных осложнений с использованием адаптированной нами классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo (2004).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ послеоперационного периода, частоты и тяжести осложнений в соответствии с разработанными нами критериями неосложненного и осложненного течения послеоперационного периода выявил 28 (70%) осложнений среди 40 пациентов: 8 (28,6%) случаев осложнений I степени, которые были ликвидированы консервативно либо путем наблюдения; 16 (57,1%) случаев осложнений II степени, которые также были ликвидированы консервативно; 3 (10,7%) случая осложнений IIIa степени, для ликвидации которых потребовались дополнительные вмешательства без общей анестезии; в 1 (3,6%) случае было зарегистрировано осложнение IIIb степени, для ликвидации которого потребовалось дополнительное вмешательство на фоне общей анестезии. Осложнений IV и V степени не наблюдали. Для объективной оценки все послеоперационные осложнения HoLEP были разделены на значимые и незначимые. К значимым мы отнесли осложнения, которые при их несвоевременном выявлении и устранении могут привести к более серьезным последствиям или перейти из легкой степени в более тяжелую. Незначимые – это осложнения, которые проходят без последствий для пациента и не требуют применения длительной фармакотерапии и/или каких-либо других мероприятий.

Среди 16 значимых осложнений 5 осложнений были расценены как возможные, то есть обусловленные особенностями вмешательства, а 11 – тактические (связанные с недочетами в интра- и послеоперационном ведении пациентов). Анализ результатов эффективности HoLEP через 6 мес. показал, что балл по шкале IPSS с $23,35 \pm 0,8$ до вмешательства снизился до $5,9 \pm 0,2$, QoL улучшилась с $4,2 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,06$ балла, Qmax – с $10,9 \pm 1,1$ мл/с увеличилась до $20,9 \pm 0,3$ мл/с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у 40 пациентов, перенесших HoLER, развилось 28 (70%) послеоперационных осложнений у 20 пациентов (50%). Из них 24 (85,7%) оказались относительно легкими, они были ликвидированы консервативно. К относительно тяжелым осложнениям отнесли 4 (14,3%), для ликвидации которых потребовались инвазивные вмешательства, одно из них под общей анестезией. Эффективность лечения составила 40 (100%). Ни у одного из пациентов в отдаленном послеоперационном периоде не развились фиброзно-склеротические изменения уретры и шейки мочевого пузыря.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Опыт применения высокоэнергетического лазера Multipulse HoPLUS by JenaSurgical

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ

А.Р. Гоняев², Д.П. Холтобин³,
Б.А. Бердичевский¹, В.Б. Бердичевский¹,
А.Е. Скекбаев²

¹*Кафедра хирургии и урологии с курсом эндоскопии Института клинических дисциплин ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень, Россия*

²*Отделение урологическое, ООО «Мать и дитя», Клинический госпиталь, Тюмень, Россия*

³*АО МЦ «Авиценна» КГ «Мать и дитя Авиценна», Новосибирск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация аденомы предстательной железы, раннее отсечение, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты применения лазера высокой мощности с определенной техникой выполнения операции, о которых сообщают пациенты, представляют важное диагностическое значение наряду с оценкой проходимости уретры и шейки мочевого пузыря с помощью инструментальных об-

следований. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты использования высокоэнергетического гольмиевого лазера Multipulse HoPLUS by JenaSurgical в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы с использованием определенной техники выполнения операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2023 гг. В исследование включены 224 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы оперированных в 2021–2023 гг. Во всех случаях использовался высокоэнергетический гольмиевый лазер Multipulse HoPLUS by JenaSurgical, лазерные волокна с косым сечением 600 мкм, резектоскоп Karl Storz 24-26 Fr, коагуляция выполнялась с помощью электрохирургического аппарата Autocon III 400. После операции всем пациентам устанавливался уретральный трехходовый катетер Фоли № 20. В исследование включены мужчины в возрасте 51–89 лет. Во всех случаях была доказана инфравезикальная обструкция с помощью опросников IPSS-QoL, УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, урофлоуметрия, показатели общего и свободного ПСА. На предоперационном этапе в 63 случаях (28,1%) выполнялась биопсия простаты по поводу повышения ПСА, 73 (32,5%) мужчины имели цистостому. Средний период наблюдения составил 5,3 мес. (1–12). После операции пациенты осматривались через 1, 3, 6 месяцев. Первые обследования производились через 1 мес. (УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, урофлоуметрия), через 3 месяца выполнялась уретроцистоскопия, опросники IPSS-QoL заполнялись через 1 и 3 месяца. Через 6 месяцев после операции приглашались пациенты с нетипичным течением послеоперационного периода – 23 мужчины (10,2%)

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Все операции выполнены одним хирургом по строго определенной технике. Основной идеей было раннее отсечение слизистой над наружным сфинктером уретры. Первым этапом производился подковообразный разрез слизистой и входение в слой аденоматозных узлов от 3 до 9 часов условного циферблата. Далее инструмент переворачивался и производилось отсече-

ние слизистой и вхождение в слой с 9–11 часов условного циферблата на правой доле и аналогично с 3–1 на левой. Далее слизистая перемычка пересекалась, и правая, и левая доля соединялись между собой в одном слое. Далее выполнялась энуклеация аденомы с 9–15 часов сверху и вхождение в мочевого пузыря. Уже энуклеированная аденома делилась на 12 часах, начиная от сфинктера уретры в направлении к шейке мочевого пузыря для минимизации давления на сфинктер уретры во время отделения боковых долей. Далее по уже созданным ориентирам производилась энуклеация левой и правой доли и дислокация в мочевого пузырь. В случаях трехдолевой гиперплазии аденома делилась и на 6 часах условного циферблата. Во всех случаях выполнялся гемостаз с помощью биполярного электрода. Морцеляция. После операции всем пациентам устанавливался уретральный трехходовый катетер с системой орошения на сутки. Пациентам с цистостомой последняя удалялась в конце операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предоперационные и отдаленные показатели оценивались на основании опросников IPSS-QoL, ПЕФ-5 УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, урофлоуметрия, уретроцистоскопии. Ранние и поздние послеоперационные осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo.

Таблица. Предоперационные и отдаленные показатели

Показатели	Предоперационные данные	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
IPSS- QoL	28,7± 4,0	5,6± 1,9*	5,2± 1,9*	5,0± 1,5*	4,7± 1,5*
ПЕФ-5	15,83± 6,40	16,45± 6,95*	16,41± 6,81*	16,54± 6,90*	16,30± 6,77*
УЗИ простаты+ ООМ	97,2± 42,5 220± 70	20± 7,6 40± 15	16± 3,2 23± 13	17± 4,2 15± 7	15± 4,2 10± 2

Показатели	Предоперационные данные	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
ПСА	4,76± 4,66	0,64± 0,52*	0,63± 0,51*	0,59± 0,44*	0,58± 0,41*
Qmax	7,54± 9,45	37,73± 9,66*	36,84± 9,03*	35,59± 8,87*	35,61± 8,94*

Примечание: **p<0,01. *p<0,001 по сравнению с исходными данными. I-PSS: оценка по международной шкале оценки симптомов заболеваний предстательной железы в баллах; Qmax: максимальная скорость потока мочи; PSA: простатоспецифический антиген; ПЕФ-5: международный индекс эректильной функции-5.

Послеоперационные осложнения были редкостью при выполнении операции по данной методике. Приходящее стрессовое недержание мочи мы отметили лишь в трех случаях (1,3%), которые по истечении трех месяцев купировались. В четырех случаях мы наблюдали послеоперационный склероз шейки мочевого пузыря (1,7%). Всем пациентам выполнена лазерная инцизия шейки мочевого пузыря с хорошим послеоперационным результатом. В 1 случае отметили стриктуру мембранозного отдела у пациента с исходно компенсированной стриктурой в мембранозном отделе уретры. Пациенту выполнена уретропластика по Хольцову.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение наше исследование продемонстрировало, что применение НР-НоLER мощностью 140 Вт в сочетании с указанной методикой отличается высокой эффективностью энуклеации, низким уровнем периоперационных и послеоперационных осложнений и отличными функциональными результатами. Мы считаем, что повышение эффективности операции и энуклеации также может облегчить процесс обучения сотрудников за счет сокращения времени выполнения операции. Однако результаты НР-НоLER мощностью 140 Вт необходимо оценивать в рамках проспективных рандомизированных контролируемых исследований.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение гиперплазии предстательной железы

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОЙ
ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМ
И ГИГАНТСКИМ ОБЪЕМОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

К.В. Горбачев, Р.А. Семенов, Д.Н. Суренков

*ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана», Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), гольмиевая лазерная энуклеация простаты, HoLEP.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка результатов гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) у пациентов с большим и гигантским объемом предстательной железы (ПЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов HoLEP у 120 пациентов, прооперированных одним хирургом в период с января 2020 г. по декабрь 2022 г. на базе ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана», Москва.

Предоперационное обследование включало опросник IPSS, ТРУЗИ ПЖ, урофлоуметрию (УФМ), определение объема остаточной мочи (ОМ), общий ПСА, уровень гемоглобина крови. Для достижения поставленной цели пациенты были разделены на две группы:

1 группа (I) – пациенты с объемом ПЖ 100–200 см³, считали большим – 89 (74,1%);

2 группа (II) – пациенты с объемом ПЖ более 200 см³, считали гигантскими – 31 (25,9%).

При дообследовании выделенных групп получены следующие данные:

Медиана объема ПЖ составила: I – 118 (100–196) см³ и II – 211 (200–280) см³. Самостоятельное мочеиспускание имели I – 78 (87,6%) и II – 23 (74,2%) пациента, у которых медиана I – Q_{max} – 7,26 (2–15) мл/с (IPSS – 20,5±6,86) и II –

Q_{max} – 7,0 (2–17) мл/с (IPSS – 24,8±9,36), хроническая задержка мочи (ОМ более 50 мл) у I – 31 (28%) и II – 10 (32%) пациентов. У I – 11 (12,4%) и II – 8 (25,8%) мочевого пузыря был дренирован цистостомой. Средний уровень гемоглобина до операции I – 142,4±16,7 г/л и II – 137,4±14,3 г/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таким образом, в I группе получены следующие результаты: время операции – 110 (40–220) мин. Контроль уровня гемоглобина проводили через 6–8 час. с момента окончания операции; 131,7±15,4 г/л. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером после операции – 2,3 (2–4) дня, среднее значение Q_{max} – 18,3±7,4 мл/с, объем остаточной мочи – 27,5±9,0 мл. Срок госпитализации – 4,2 (2–7) дня.

Во II группе получены следующие результаты: время операции – 90 (50–150) мин. Контроль уровня гемоглобина проводили через 6–8 часов с момента окончания операции; 124,7±12,3 г/л. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером после операции – 3,8 (3–8) дня, среднее значение – 15,4±5,4 мл/с, объем остаточной мочи – 32,4±9,0 мл. Срок госпитализации – 5,3 (4–10) дня. В интра- и послеоперационном периодах отмечены следующие осложнения:

у I группы – перфорация капсулы – 0,8%, неполная морцелляция – 0,8%, ОЗМ после удаления уретрального катетера – 0,8%, острый простатит – 1,6%;

у II группы – перфорация капсулы – 0,6%, неполная морцелляция – 0,31%, ОЗМ после удаления уретрального катетера – 0,93%, острый простатит – 1,55%.

Субъективно все пациенты отмечали значительное усиление струи мочи без необходимости натуживания, что находит отражение в данных контрольной Q_{max}.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При сравнении основных результатов в исследованных группах доставленных различий не получено. Проведенное исследование позволяет утверждать, что у пациентов с гигантски ПЖ HoLEP является эффективным и безопасным методом хирургического лечения ДГПЖ.

Благодарности:

ГБУЗ ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана – Бражник Виктории Алексеевне;

Заведующему кафедрой урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пиро-

гова — доктору медицинских наук, профессору Котову Сергею Владиславовичу.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ. Хирургическое лечение.

Оценка исходов, наблюдение и профилактика

РЕТРО- И ПРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ТЕХНИКАМИ

Ч.Д. Дибиралиев¹, Ч.Н. Абдулаев¹,
С.П. Данилов¹, А.М. Дымов¹, Р.Б. Суханов¹,
Е.А. Безруков¹

¹*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, гиперплазия простаты, en-bloc, total en-bloc, двухдолевая техника, энуклеация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Существует множество техник выполнения лазерной энуклеации гиперплазии простаты: энуклеация узлов гиперплазии поэтапно (двух- и трехдолевая техники), энуклеация всех узлов гиперплазии единым блоком (en-bloc) и энуклеация всех узлов единым блоком без дополнительных продольных разрезов (total en-bloc). *Цель исследования:* сравнение результатов лазерной энуклеации гиперплазии простаты выполняемых с помощью техник: двухдолевая, en-bloc и total en-bloc с использованием тулиевого волоконного лазера (ThuFLEP).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование представляет собой ретро-проспективный сравнительный анализ результатов лечения пациентов с гиперплазией простаты, которым выполнена лазерная энуклеация с использованием различных техник. Исследование включает пациентов с гиперплазией простаты, имеющих клиническую картину инфравезикальной обструкции (IPSS>20, Qmax<5), перенесших хирургическое лечение в объеме лазерной энуклеации гиперплазии простаты тулиевым волоконным лазером (ThuFLEP) с января 2015 г. по август 2022 г. Все пациенты были обследованы непосредственно перед операцией, а также

спустя 1, 3 и 6 месяцев после оперативного лечения. В рамках исследования были проанализированы данные 450 пациентов, перенесших лазерную энуклеацию гиперплазии простаты тулиевым волоконным лазером (ThuFLEP), с использованием следующих техник: двухдолевой (148 пациентов) – группа А, en-bloc (единым блоком) (150 пациентов) – группа В и total en-bloc (единым блоком без дополнительных продольных разрезов) (152 пациента) – группа С.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время операции при технике total en-bloc (в группе С) было меньше по сравнению с двумя другими техниками (58,9±30,1 мин. против 68,8±30,6 мин. и 62,4±30,1 мин.; p<0,005). Средняя скорость энуклеации при технике total en-bloc (в группе С) была выше, чем при выполнении двумя другими техниками (в группах А и В) (2,3±0,78 г/мин. против 1,9±0,74 г/мин. и 1,9±0,69 г/мин.; p<0,005). Средняя скорость морцелляции при всех трех техниках была сопоставима (2,8±1,7 г/мин.; 3,0±1,1 г/мин.; 2,9±2,1 г/мин.; p<0,001). Через 6 месяцев различий в функциональных результатах (IPSS, PVR, Qmax и QoL) обнаружено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Функциональные результаты и частота осложнений в трех группах: двухдолевая, en-bloc и total en-bloc были сопоставимы. Отмечено, что при технике энуклеации total en-bloc скорость энуклеации выше, чем при двух остальных техниках. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема секции: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, камни мочевого пузыря, лазерная энуклеация и цистолитотрипсия

ПРИМЕНЕНИЕ ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, Р.Р. Шакиров,
А.В. Егошин, О.В. Михайловский

*Отделение урологии, ГБУ Республики Марий Эл
«Республиканская клиническая больница»,
Йошкар-Ола, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная энуклеация простаты, цистолитотрипсия, тулиевый лазер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансуретральная лазерная энуклеация простаты является стандартом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) при размерах простаты более 80 см³. Хирургическое лечение камней мочевого пузыря выполняют преимущественно эндоскопическим способом с использованием различных типов лазеров. *Цель исследования:* изучить применение тулиевого волоконного лазера для одномоментной трансуретральной энуклеации простаты и цистолитотрипсии у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты и камнями мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для проведения операции использовали тулиевый волоконный лазер длиной волны 1,94 нм мощностью 120 Вт, лазерное волокно диаметром 600 мкм, эндоскопические инструменты и морцеллятор для лазерной энуклеации ПЖ с морцеллятором. Оперированы 43 пациента среднего возраста 69,1 года (61–79) с размерами простаты в среднем 98,5 мм³ (83–155) и камнями мочевого пузыря размером 16,5 мм (5–35).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одиночные конкременты обнаружены у 25 (58,1%) больных, множественные – у 18 (41,9%) пациентов, среднее количество камней – 3,5 (2–8). У 6 (14,0%) больных ранее было выполнено надлобковое дренирование мочевого пузыря при острой задержке мочеиспускания, остальным 37 (86,0%) пациентам была проведена урофлоуметрия, максимальная скорость потока мочи составила 9,6 (4,0–16,5) мл/сек. Средний уровень ПСА составил 3,8 нг/мл (1,0–5,5). Общее время операции составило в среднем 101,5 мин. (45–158), цистолитотрипсии – 15,6 мин. (5–38), энуклеации с морцелляцией – 85,5 мин. (35–120). Среди интраоперационных осложнений наблюдали повреждение капсулы простаты при энуклеации в 6 случаях (14,0%), в 3 случаях (7,0%) – повреждение слизистой мочевого пузыря на этапе морцелляции долей простаты, не потребовавшее прервать операцию. По причине плохой визуализации в 3 случаях (7,0%) морцелляция проведена отсроченно в среднем через 4,7 суток (4–5). Длительность уретрального дренирования составила

3,8 дня (3–6), надлобковые дренажи были удалены во всех случаях без осложнений, у всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание, длительность госпитализации составила в среднем 7,4 дня (5–14). Все пациенты удовлетворены качеством мочеиспускания, результаты урофлоуметрии через 1 мес. после операции составили в среднем 15,4 мл/сек (12–24).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение тулиевого волоконного лазера длиной волны 1,94 нм и мощностью 120 Вт является эффективным и безопасным методом эндоскопического лечения пациентов с ДГПЖ большого объема и камнями мочевого пузыря позволяет проводить одномоментную цистолитотрипсию и энуклеацию предстательной железы, не прибегая к открытым операциям.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Распространенность заболеваемости ДГПЖ коренных жителей Республики Алтай. Оценка возникновения. Лечение и профилактика

**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДГПЖ
У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ
АЛТАЙ**

К.С. Елюбаев¹, А.И. Неймарк²

¹Отделение урологическое, БУЗ РА РБ, Горно-Алтайск, Республика Алтай, Россия

²Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, гематурия, цистостома, аденома простаты, профилактика, консервативное лечение

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несомненный интерес вызывает изучение этнических различий клинического течения ДГПЖ, поскольку заболеваемость аденомой простаты и ее клиническое течение имеют определенную зависимость от этнической принадлежности мужчин, а индивидуальные особенности строения предстательной железы могут определять результаты оперативного лечения ДГПЖ. *Цель исследования:* изучение распространен-

ности, а также особенностей ведения пациентов с ДГПЖ у представителей двух этнических групп: славянского и алтайского этносов. Выявить большую предрасположенность к заболеванию и оценить его течение на основании клинической картины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены данные истории болезни 60 пациентов в возрасте от 55 до 87 лет, особенности их ведения при выявленном диагнозе: «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы». Пациенты были разделены на две группы в зависимости от этнической принадлежности. Первая группа представлена славянским этносом, вторая – алтайским. Все они проживали в климатогеографических условиях Республики Алтай в течение всей жизни. Средний возраст больных – $68 \pm 3,5$ года. Длительность заболевания с момента первичного обращения к врачу составила от 1 до 7 лет. При изучении истории болезни пациентов учитывались их жалобы, сбор анамнеза, комплексное урологическое обследование и методы лечения. Полученные исходные данные представляли собой таблицу с качественными показателями и были разделены по признаку алтайского или славянского этноса для проверки гипотезы о более легком течении заболевания ДГПЖ у представителей алтайской национальности. Была проведена статистическая обработка и анализ данных с помощью программы SigmaPlot 12.5 (Systat Software, 2011). Использовался метод расчета хи-квадрата (chi-square) для признаков, частота которых превышала 5, и точный критерий Фишера (Fisher Exact) для тех признаков, частота которых была меньше пяти. Уровень достоверности был принят за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Качественный анализ больных проводился с учетом сопоставления количества проживающих обеих этнических групп на территории Республики Алтай по данным на 2022 г. Для проведения процентного расчета случаев заболевания от общего количества было важно учесть фактор процентного соотношения населения Республики Алтай в зависимости от национальной принадлежности. Для исследования мы отобрали две самые крупные этнические группы населения республики: представители славянского этноса – 57,6%; представители алтайского этноса – 31,3%.

На примере отобранных для исследования историй болезни, выделенных в равные группы, проведены анализ на основании исследования жалоб поступивших больных, оценка анамнеза жизни пациентов с последующим выводом о зависимости наличия сопутствующих заболеваний, аллергии, вредных привычек, перенесенных травм и операций, оценка лабораторных исследований, объема простаты, уровня ПСА, УЗИ простаты и мочевого пузыря и тактика ведения пациентов.

В совокупности всех проведенных исследований мы выяснили, что клиническая картина более выражена именно у представителей славянского этноса по всем симптомам, представители славянского этноса имели сопутствующих заболеваний в 2,5 раза больше, характерные критерии для славянского этноса как травмы, перенесенные переломы (превышает значение алтайского этноса в 3 раза), перенесенные операции: удаление грыжи поясничного отдела, паховое грыжесечение, аппендэктомия, холецистэктомия (превышает значение алтайского этноса в 6 раз), вредные привычки, такие как курение, алкоголь, наркотики (превышает значение алтайского этноса в 6 раз). Проведя анализ лабораторных исследований больных можем отметить следующее: лейкоцитоз наблюдался чаще у представителей славянского этноса наряду с ОАК перед выпиской (наблюдалось увеличение СОЭ и тромбоцитопения), также хуже показатели по коагулограмме, показатели ОАМ при поступлении (такие как увеличение количества белка, лейкоцитов, эритроцитов, эпителии), по оценке среднего статистического объема ПЖ и уровня ПСА картина являлась аналогичная: объем предстательной железы у алтайского этноса колебался от 23 до 295 см^3 , составил в среднем $84,84 \pm 1,2 \text{ см}^3$ *. Объем предстательной железы у славянского этноса колебался от 16 до 190 см^3 , составил в среднем $89 \pm 1,4 \text{ см}^3$ *. Уровень ПСА у алтайского этноса колебался от 1,05 до 18,0 нг/мл, а средний уровень составил $6,25 \text{ нг/мл} \pm 0,9$ *. Уровень ПСА у славянского этноса колебался от 0,2 до 19,0 нг/мл, а средний уровень составил $12,2 \text{ нг/мл} \pm 1,1$ *. У части пациентов с высоким уровнем ПСА были явления острой задержки мочи.

* – различие показателей достоверно ($p < 0,05$).

Таким образом, по проведенным исследованиям отметим, что увеличение простаты у славянского

этноса проявляется, как и ПСА в более выраженной форме. Погрешность при подсчете процентов составила 1,8%. По данным УЗИ простаты и мочевого пузыря, мы установили, что у жителей славянского этноса стенка мочевого пузыря была утолщена в 2 раза больше, чем у представителей алтайского этноса. Помимо этого, на основании исследования историй болезни и проведенного опроса мы выяснили, что представители славянского этноса в 2 раза больше подвержены эректильной дисфункции (в 2 раза больше жалоб по сравнению с алтайским этносом). Изучив методы лечения ДГПЖ у представленных этнических групп, мы выделили два основных направления. Первое – это консервативное лечение, а второе – хирургическое вмешательство. Лечение альфа-адреноблокаторами, прием антибиотиков в стационаре наблюдался у алтайского этноса в 4 раза чаще в отличие от славянского этноса. На основании проведенного исследования выявили, что славянская этническая группа более подвержена возникновению заболевания ДГПЖ и имеет более тяжелое течение болезни. Исходя из анализа методов лечения, мы пришли к заключению, что применение консервативного лечения ДГПЖ имело наиболее эффективный результат для алтайской группы, а хирургическое вмешательство требовалось пациентам славянского этноса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что

1. Славяне чаще болеют более 3 лет (76,667% против 53,333%, $p=0,104$), алтайцы чаще заболевают остро (20% против 3,333%, $p=0,103$).
2. Пациенты алтайского этноса достоверно чаще принимали альфа-адреноблокаторы более 5 лет: 33,333% против 6,667%, $p=0,024$.
3. Пациенты славянского этноса достоверно чаще страдали гипертонической болезнью 1–2 стадии: 70% против 40%, $p=0,038$.
4. Славяне чаще страдают вредными привычками (50% против 26,667%, $p=0,111$).
5. У славян чаще находят патологические изменения на ЭКГ (40% против 16,667%, $p=0,086$).
6. У славян чаще находят патологические изменения на рентгене ОГК (60% против 36,667%, $p=0,121$).
7. Алтайцам чаще была проведена плановая ци-

стостомы (23,333% против 6,667%, $p=0,145$).

8. Славянам чаще была проведена аденомэктомия: (33,333% против 10%, $p=0,06$).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Рубцовая деформация шейки мочевого пузыря

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОГО КАТЕТЕРА С ПОЛИМЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ ИЗ PDMS-ШТАМПА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

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

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

³*Сколковский институт науки и технологий,
Москва, Россия*

⁴*Группа компаний «АМТ&С»*

⁵*Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва*

⁶*Городская клиническая больница № 17 ДЗ
г. Москвы*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из частых осложнений эндоскопического удаления гиперплазии простаты является рубцовая деформация шейки мочевого пузыря (0,3–9,2%). Данное осложнение приводит к частым повторным оперативным вмешательствам и существенно снижает качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов с рецидивирующей рубцовой деформацией шейки мочевого пузыря после эндоскопического удаления гиперплазии простаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью улучшить результаты лечения рецидивирующей рубцовой деформации шейки моче-

вого пузыря с помощью баллонной дилатации шейки мочевого пузыря под контролем ТРУЗИ был предложен уретральный катетер с полимерным биосовместимым покрытием, содержащим депо глюкокортикостероидов с УЗ-индуцированным высвобождением лекарственного вещества. Начато открытое рандомизированное проспективное контролируемое (с параллельным контролем) одноцентровое исследование. Планируемое количество участников – 40 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 2021 г. на базе МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова 11 пациентам выполнено 42 сеанса баллонной дилатации рубцово-деформированной шейки мочевого пузыря под ТРУЗИ-контролем с применением уретрального катетера с УЗ-индуцированным высвобождением лекарственного вещества. За время наблюдения у одного пациента отмечена аллергическая реакция на внутриуретральный анестетик с лидокаином – эпизод полностью купирован однократным приемом блокатора H1-гистаминовых рецепторов в стандартной дозировке. У двух пациентов было отмечено образование непротяженных стриктур в мембранозном отделе уретры, при этом у обоих пациентов в анамнезе было не менее двух эпизодов оперативного лечения по поводу рубцовой деформации шейки мочевого пузыря. Срок формирования указанных стриктур приходился на период от одного до трех месяцев с момента последнего вмешательства. У обоих пациентов курс лечения был завершен успешно, оперативное лечение по поводу стриктуры уретры не потребовалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение гиперплазии предстательной железы

ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.Т. Каракотов, А.М. Дымов, А.А. Коваленко,
В.Ю. Лекарев, Л.М. Рапопорт

*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека. Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, аденома простаты, гиперплазия предстательной железы, высокоэнергетическая энуклеация.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важных характеристик лазерного излучения в хирургии мягких тканей является «механическая» диссекция ткани. Выраженность этого эффекта значительно влияет на скорость и безопасность лазерной энуклеации аденомы предстательной железы. Результаты экспериментального исследования высокоэнергетических режимов (>4 Дж) тулиевого волоконного лазера показали, что высокие энергии импульсов позволяют добиться более выраженной, приближенной к таковой при использовании излучения гольмиевого лазера, механической диссекции ткани без усиления карбонизации. Дальнейшее клиническое исследование было одобрено Локальным этическим комитетом Сеченовского университета, протокол No URO-LEP3-1940, решение от 05.06.2022 г.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность и безопасность высокоэнергетической энуклеации гиперплазии предстательной железы с использованием тулиевого волоконного лазера FiberLase U3.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Институте урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с июля 2022 г. по октябрь 2022 г. были выполнены 20 лазерных энуклеаций аденомы предстательной железы с использованием высокоэнергетического режима тулиевого волоконного лазера (FiberLase U3, ИРЭ-Полус, Фрязино, Россия): 4

Дж, 15 Гц, 60 Вт. Доставка излучения осуществлялась при помощи кварцевого волокна диаметром 550 мкм. Все операции были выполнены одним опытным хирургом с использованием техники раннего освобождения сфинктера.

Производилась оценка продолжительности хирургического вмешательства, длительности катетеризации и госпитализации, а также выраженности клинической симптоматики при помощи опросников IPSS и QoL. Для оценки безопасности методики фиксировались интра- и ранние послеоперационные осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил 61 год, уровень ПСА крови – 3,8 нг/мл, объем простаты – 85,2 мл, объем остаточной мочи – 61,2 мл, Qmax – 9.8 мл/с. Уровень ПСА, объем предстательной железы по данным ТРУЗИ, объем остаточной мочи статистически значимо снизились после оперативного вмешательства ($p < 0,001$). Было отмечено статистически значимое увеличение максимальной скорости потока по данным урофлоуметрии (9,8 vs 30,1, мл/с) и уменьшение баллов IPSS (20,2 vs 5,2) и QoL (4,6 vs 1,2). Среднее время операции составило 61,7+/-22,1 мин. Медиана продолжительности катетеризации составила 48 часов (ИИ – 48–48). Медиана длительности госпитализации составила 72 часа (ИИ – 72–72). Такие случаи осложнений, как переливание крови, тампонада мочевого пузыря, повреждение устьев, повреждение стенки мочевого пузыря зарегистрированы не были. Среди 20 операций были зафиксированы два случая перфорации хирургической капсулы, которые не потребовали смены тактики хирургического вмешательства.

ВЫВОДЫ

Высокоэнергетическая энуклеация аденомы предстательной железы является эффективным и безопасным методом лечения. Более выраженная механическая диссекция ткани, по нашему мнению, снижает продолжительность операции, а отсутствие выраженной карбонизации упрощает поиск правильного хирургического слоя.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: ДГПЖ. Хирургическое лечение

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПОМОЩЬЮ НОВОГО ТУЛИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА FIBERLASE UMAX

Т.Т. Каракотов, А.М. Дымов, В.Ю. Лекарев, Л.М. Рапопорт

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, аденома простаты, FiberLase Umax, гиперплазия предстательной железы, тулиевый волоконный лазер, высокоэнергетическая энуклеация.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время самой распространенной является эндоскопическая энуклеация с использованием лазерного излучения. С целью повышения эффективности и безопасности эндоскопических вмешательств продолжается разработка новых лазерных систем, одной из которых стал тулиевый волоконный лазер (ТВЛ) FiberLase Umax компании НТО «ИРЭ-Полюс». FiberLase Umax отличается от остальных ТВЛ наименьшей длительностью импульса, что увеличивает выраженность механической диссекции ткани и одновременно уменьшает выраженность карбонизации ткани.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность и безопасность эндоскопической энуклеации гиперплазии предстательной железы с использованием нового тулиевого волоконного лазера FiberLase Umax.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включались пациенты Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), которым была выполнена лазерная энуклеация аденомы предстательной железы при помощи FiberLase Umax («ИРЭ-Полюс», Фрязино, Россия) в период с августа 2021 г. по декабрь 2022 г. Все операции были выполнены одним опытным хирургом. Оперативные вмешательства выполнялись с помощью эндо-

скопического оборудования фирмы Karl Storz (Tubingen, Германия). лазерное волокно диаметром 550 мкм. Статистическая обработка данных выполнялась при помощи ПО IBM SPSS Statistics версия 26.0.0.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 74 пациента. Средний возраст пациентов составил 65,49 года, ПСА – 3,54 нг/мл, объем железы – 81,3 см³, объем остаточной мочи – 59,23 мл, Q_{max} – 8,6 мл/с, IPSS – 20,20 балла, QoL – 4,76 балла. Среднее время операции – 68,19 мин. Средняя продолжительность катетеризации – 2,3 дня, средняя продолжительность госпитализации – 3,3 дня. Среднее значение Q_{max} после операции составило 29,4 мл/с, баллы IPSS – 5,2, QoL – 1,3, изменения этих параметров были статистически значимы (p<0,05).

ВЫВОДЫ

Лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы с использованием нового тулиевого волоконного лазера FiberLase U_{max} показала высокую клиническую эффективность и безопасность. Необходимо дальнейшее его изучение. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Лазерная хирургия

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

М.И. Катибов¹, М.М. Алибеков^{1,2},
З.М. Магомедов^{1,3}

¹Отделение урологическое ГБУ РД «Городская клиническая больница», Махачкала, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

³Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома

предстательной железы, тулиевый лазер, вапоризация аденомы, энуклеация аденомы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тулиевый лазер считается перспективным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Одним из вариантов использования тулиевого лазера является тулиевая вапоэнуклеация аденомы (ThuVER). *Цель исследования:* оценить среднесрочные результаты применения ThuVER при ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018–2023 гг. В исследование включены 68 пациентов с ДГПЖ, у которых срок наблюдения после проведения ThuVER составил не менее 36 месяцев. При выполнении данной операции использован отечественный аппарат «Уролаз» (волокно с диаметром светонесущей жилы 600 мкм и длиной волны 1940 нм) при средней мощности излучения 70 Вт и энергии в импульсе 1,5 Дж с последующей морцелляцией удаленной ткани. Возраст пациентов: 56–89 лет (медиана – 69 лет), объем предстательной железы: 35–190 см³ (медиана – 77 см³), объем остаточной мочи – 7–220 мл (медиана – 110 мл). У 7 пациентов (10,3%) имело место наличие цистостомического дренажа. У 8 (11,8%) пациентов по поводу одиночного либо множественных камней мочевого пузыря симультанно проводили цистолитотрипсию. Сравнивали дооперационный и послеоперационный (через 36 месяцев) показатели осложнений, суммы баллов по шкале IPSS/QoL, максимальной скорости потока мочи и объема остаточной мочи. Различия между сравниваемыми показателями считали достоверным при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая продолжительность операции варьировалась от 35 до 170 мин. (медиана – 85 мин.), этапа лазерной вапоэнуклеации – от 20 до 85 мин. (медиана – 50 мин.). Медиана массы удаленной ткани составила 55 г (24–170 г). При патоморфологическом исследовании удаленного материала ни в одном наблюдении данных о наличии рака предстательной железы не получено. Длительность нахождения катетера – 1–5 дней (медиана – 3 дня), послеоперационный койко-день – 3–7 дней (медиана – 4 дня). В раннем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: инфекция мочевыводящих пу-

тей – у 8 (11,8%) пациентов, кровотечение – у 1 (1,5%), острая задержка мочи – у 1 (1,5%), образование спаек между резидуальными тканями аденомы, потребовавшая повторного оперативного лечения – у 1 (1,5%), кратковременное недержание мочи (менее 3 месяцев) – у 4 (5,9%). В ходе послеоперационного наблюдения на протяжении 36 месяцев зафиксированы следующие осложнения: инфекция мочевыводящих путей – у 10 (14,7%) пациентов, рецидив ДГПЖ – у 2 (2,9%), острая задержка мочи – у 1 (1,5%). По частоте осложнений между данными периодами достоверных различий не установлено ($p > 0,05$). В целом по выборке отмечено достоверное улучшение ($p < 0,05$) следующих параметров: а) средний балл IPSS снизился с дооперационных 23,6 до 5,0 через 36 месяцев; б) среднее значение QoL уменьшилось с дооперационных 4,8 до 1,0 балла через 36 месяцев; в) среднее значение объема остаточной мочи уменьшилось с дооперационных 110 до 20 мл через 36 месяцев; г) средний показатель максимальной скорости потока мочи увеличился с дооперационных 7,5 до 18,1 мл/с через 36 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: СНМП после трансуретральной хирургии ДГПЖ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ НАКОПЛЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ В МНОГОФАКТОРНОЙ МОДЕЛИ

М.И. Коган¹, В.Л. Медведев^{2,3}, С.Н. Иванов², Г.А. Палагута³

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»

Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «КубГМУ»

Минздрава России, Краснодар, Россия

³ГБУЗ НИИ – ККБ № 1 им. проф.

С.В. Очаповского Министерства

здравоохранения Краснодарского края,

Краснодар

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

трансуретральная резекция предстательной железы, ТУРП, симптомы нижних мочевых путей, СНМП.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Уровень персистенции симптомов нижних мочевых путей (СНМП) после оперативного устранения инфравезикальной обструкции среди пациентов с гиперплазией предстательной железы остается на высоком уровне. Известно, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как гипертония, дислипидемия и диабет, связаны с выраженностью СНМП. Кроме того, в общей популяции мужчин описывается связь индекса массы тела (ИМТ) и СНМП. *Цель исследования:* оценить связь ИМТ и выраженности симптомов накопления после трансуретральной хирургии простаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое ретроспективное обсервационное неконтролируемое исследование были включены 292 пациента (медиана возраста составила 67,5 года [62; 72]), которым за период 2016–2023 гг. выполнена моно- и биполярная ТУРП. Предоперационное обследование пациентов включало оценку возраста, индекса массы тела, симптомов нижних мочевых путей, в частности, частоты дневных и ночных микций, а также коморбидного фона. Для оценки выраженности симптомов нижних мочевых путей в послеоперационном периоде использовалась международная система суммарной оценки симптомов болезни предстательной железы в баллах (IPSS). Статистический анализ проводили в среде статистической обработки и визуализации данных IBM SPSS Statistics ver. 23.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 292 пациентов недостаточный вес наблюдали только у 0,3% пациентов, 23,3% человек имели нормальный вес, 40,4% входили в группу избыточной массы тела, 26,4% имели 1-ю степень ожирения, 6,9% – 2-ю степень ожирения,

2,7% – 3-ю степень ожирения. Отсутствие симптомов накопления по шкале IPSS наблюдали у 62,0% пациентов в послеоперационном периоде, от 1 до 5 баллов наблюдали у 21,2% больных, от 6 до 10 баллов – у 9,9% больных, от 11 до 15 баллов – у 7,2%. Анализ распределения симптомов накопления среди пациентов с различным уровнем ИМТ позволил выявить статистически значимые различия между группами (критерий Краскелла-Уоллиса, $p=0,034$). Парный сравнительный анализ продемонстрировал статистически значимое различие показателей для подгрупп ИМТ <25 и 35> ИМТ >29,9 ($p=0,04$). Подтверждено наличие положительной корреляции между количеством баллов симптомов накопления IPSS и ИМТ ($p=0,028$), а также возрастом ($p=0,015$). В модели множественной линейной регрессии возраст и ИМТ оказались статистически значимыми предикторами более высоких показателей симптомов накопления ($p=0,008$), в то время

как незначимыми оказались такие факторы, как коморбидный фон, в частности, сахарный диабет, и тяжесть ноктурии до операции ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, средний уровень ирритативных симптомов среди пациентов, имеющих ожирение, в 1,9 раза превышает показатели в группе пациентов с нормальным весом. Также ИМТ является значимым предиктором тяжести симптомов накопления, однако лишь отчасти объясняющим степень их выраженности у тех или иных пациентов после трансуретральной хирургии простаты, что требует дальнейших исследований.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ. Лечение хирургическое

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, Т.Х. Ал-Аттар,
В.А. Очеленко

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, ТУР, аденомэктомия, трансуретральная энуклеация простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последнее десятилетия в результате внедрения современных высокотехнологичных методов лечения кардинально изменилась тактика оказания хирургической помощи больным доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). *Цель исследования:* представить нашу тактику оперативного лечения ДГПЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2018 по 2022 г. были оперированы и наблюдались 738 пациентов с ДГПЖ. В первые 2 года данного периода применялись следующие методы оперативного лечения. При размерах аденоматозной ткани до 90 см³ использовали трансуретральную резекцию (ТУР) простаты – у 293 больных. При объеме ДГПЖ более 90 см³ применяли следующие методы: эндовидеохирургическую позадилонную аденомэктомию – у 79, открытую аденомэктомию – у 9 и трансуретральную энуклеацию простаты – у 18 пациентов. С 2020 г. мы полностью отказались от открытой аденомэктомии и трансуретральной энуклеации в пользу первых двух методов. Таким образом, за последние 3 года с учетом неоднократного закрытия стационара под COVID-19 ТУР выполнена 243 (71,7%) пациентам и эндовидеохирургическая аденомэктомия – 96 (28,3%) пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время ТУР простаты в среднем составило 48±3 мин., а при одномоментной цистолитотрипсии – 82±6 мин. В отдаленном периоде в той или иной степени недержание мочи отмечено у 2,1% больных. Среднее время трансуретральной энуклеации простаты составило 148±12 мин., недержание мочи развилось у 11,1% пациентов. Продолжительность эндовидеохирургической позадилонной аденомэктомии была в среднем 65±4 мин., при наличии осложняющих факторов, таких как конкременты, надлобковый дренаж, дивертикул мочевого пузыря (МП) – 76±5 мин. Объем кровопотери не превышал в среднем 120 мл. Уретральный катетер удалялся на 6 сутки. Кровотечения, потребовавшего проведения гемотрансфузии, не отмечено. По данным контрольного обследования через 3 месяца после вмешательства стрессовой инконтиненции у пациентов выявлено не было, максимальная

скорость потока по данным урофлоуметрии составило $22 \pm 2,6$ мл/сек, объем остаточной мочи не превышал 30 мл, а также выявлено достоверное снижение баллов IPSS с $22,3 \pm 1,8$ до $8,5 \pm 1,3$ соответственно до и после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, тактика лечения пациентов с ДГПЖ в нашей клинике включает ТУР простаты при объеме аденоматозной ткани до 90 см^3 , а при больших размерах аденомы – эндовидеохирургическую позадилонную аденомэктомию. Последняя является эффективным методом оперативного лечения пациентов с ДГПЖ, которая в отличие от трансуретральной энуклеации непродолжительна по времени, сопровождается малым количеством послеоперационных осложнений, обеспечивает хорошие функциональные результаты и качество жизни больных. Она может быть выполнена у пациентов со стриктурами уретры, фаллопротезами и анкилозом тазобедренных суставов. К преимуществам эндовидеохирургической аденомэктомии следует отнести небольшую травматичность с возможностью удаления аденоматозной ткани любых размеров, камней и дивертикулов МП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение ДГПЖ

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Н.Ю. Костенков^{1,2}, С.Х. Аль-Шукри¹,
Е.С. Невинович^{1,2}, И.Н. Ткачук^{1,2},
О.М. Мосийчук², В.А. Ланков^{1,2}

¹Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
²12-е урологическое отделение, СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тулиевый лазер энуклеация, инфравезикальная

обструкция, ДГПЖ, ThuLEP.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых частых урологических заболеваний у мужчин старшей возрастной группы. При этом ее значимость определяется не только высокой распространенностью, но и частым развитием осложнений, обусловленных нарушением оттока мочи из мочевого пузыря. Выраженная инфравезикальная обструкция является показанием к хирургическому лечению ДГПЖ. *Цель исследования:* определить способ выбора метода хирургического лечения ДГПЖ больших размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 120 пациентов, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Городская больница № 15» в период с ноября 2019 г. по декабрь 2021 г., по поводу ДГПЖ с выраженной дизурией. Объем простаты составлял от 80 до 150 см^3 . Первой группе пациентов выполнялась биполярная трансуретральная резекция простаты ($n=60$), второй – тулиевая лазерная энуклеация ДГПЖ ($n=60$). Всем пациентам перед операцией выполнялась мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ) малого таза. Контрольное обследование проводилось на 2-е сутки, а также через 6 и 12 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы проводили оценку интраоперационных показателей, таких как длительность операции, объем кровопотери, продолжительность послеоперационного орошения, катетеризации мочевого пузыря, койко-день, проведенный в стационаре. В исследовании были проанализированы данные мпМРТ предстательной железы, проведена оценка объема простаты, ширины шейки мочевого пузыря, размеров различных зон, а также структуры простаты. Осуществлен корреляционный анализ связи параметров предстательной железы на результаты оперативного лечения. На основе статистического анализа был создан новый параметр – энуклеационный индекс, который позволяет осуществить выбор наиболее оптимального вида оперативного лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации. В отдаленном послеоперационном периоде, через 6 и 12 месяцев, пациенты приглашались для проведения контрольного исследования, в которое входило уродинамическое исследование, оцен-

ка объема остаточной мочи, IPSS, QoL. В сравнении с начальными значениями определялся значительный прирост показателей, характеризующий улучшение качества мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение позволяет восстановить мочеиспускание, что в свою очередь улучшает качество жизни пациентов. Трансуретральные методики лечения ДГПЖ показывают себя как наиболее безопасные и эффективные при лечении инфравезикальной обструкции у возрастных коморбидных пациентов, это прежде всего отражается в малой травматичности операции, радикальности методов, ранней реабилитации больных. Анализируя данные через 6 и 12 месяцев, данные методы показывают хорошие функциональные результаты.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ: хирургия и осложнения

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Котов^{1,2,3}, А.Г. Юсуфов^{1,2,3}, Д.А. Богданов¹, А.П. Семенов¹

¹ Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

² ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Москва, Россия

³ ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, энуклеация, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время медикаментозное лечение может облегчить симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) и даже предотвратить инвазивную терапию у пациентов с ДГПЖ. Тем не менее каждый пятый мужчина в конечном итоге нуждается в хирургическом вмешательстве. Основной целью лечения СНМП, вызванных гиперплазией предстательной железы, яв-

ляется восстановление качества жизни и улучшение мочеиспускания. Эффективность лазерной энуклеации подтверждена многими исследованиями. Однако инфекционные осложнения, острая задержка мочи, дизурические явления, недержание мочи, а также более отдаленные осложнения – рубцовые деформации, стриктуры уретры, склероз шейки мочевого пузыря могут сопутствовать самым современным методам лечения, включая лазерную энуклеацию предстательной железы. *Цель исследования:* стоит задача по выявлению осложнений, оценки их распространенности и тактики лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование были включены 168 мужчин с ДГПЖ, которым выполнена лазерная энуклеация аденомы. Средний возраст – 68 лет, (интервал – 47–86). Объем предстательной железы – 89,1 см³. Исходные средние значения IPSS 19,5 балла, МИЭФ – 13 баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее распространенными осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде являются инфекционные, обострение простатита – 10 пациентов (6%), орхоэпидидимит – 6 (3,6%) (Clavien-Dindo – II), из них трем выполнена троакарная цистостомия, перенесли орхэктомия – 2 (1,2%) (Clavien-Dindo – III). Также у 14 пациентов зафиксирован однократный подъем температуры тела, без клинической картины острого простатита или орхоэпидидимита, требующей назначения антипиретиков, 10 пациентам требовалось обезболивание НПВС (14,3%), (Clavien-Dindo – I). Активное кровотечение выявлено у 5 пациентов, в одном случае потребовалась гемотрансфузия, гемотампонада выявлена у 5 пациентов (Clavien-Dindo – II). В одном случае возник ОНМК, требующий интенсивной терапии в условиях ОРИТ (0,6%) (Clavien-Dindo – IV). Получено 2 летальных исхода в результате ТЭЛА и пневмонии, ассоциированной с Covid (Clavien-Dindo – V). В отдаленном периоде распространено транзиторное недержание мочи, встречающееся в 18% случаев, средняя длительность составила 3 месяца. Стриктуры уретры диагностированы у 11 пациентов (6,6%). Бужирование уретры выполнено 2 пациентам, внутреннюю оптическую уретротомию перенесли 8 мужчин, в одном случае выявлен меатостеноз, требующий

меатотомию. По шкале Clavien-Dindo распределение пациентов сложилось следующим образом: Степень I – 24 (14,3%), II – 21 (12,5%), III – 5 (3%), в отдаленном периоде 11 (6,6%), IV – 1 (0,6%), V – 2 (1,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лазерная энуклеация предстательной железы – эффективный метод лечения с относительно небольшим количеством нежелательных явлений. Необходимо дальнейшее изучение этиологии осложнений с целью их предупреждения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, лечение хирургическое (инвазивное), оценка исходов, наблюдение

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

С.В. Котов^{1,2}, Р.А. Перов^{1,3}, А.А. Новиков³,
А.А. Неменов^{1,3}, И.А. Жестков¹

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, простата, объем, размер.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2020 по май 2022 г. в ГБУЗ «ГКБ

им. С.С. Юдина» ДЗМ проведено проспективное исследование результатов лазерной энуклеации предстательной железы у 252 пациентов. Пациенты были разделены на две группы на основании размера предстательной железы: группа I включала 206 (81%) пациентов с железами менее 100 см³, группа II включала 46 (19%) пациентов с железами более 100 см³. Средние дооперационные значения в группах I и II: возраст – 74±8,1 и 72±7,5 года; объем ПЖ – 66±31,4 и 126±23,2 см³; общий ПСА крови – 4,01±3,3 и 4,7±3,8 нг/мл; Q max – 7,7±2,8 и 7,9±3,7 мл/сек; IPSS – 23,5±6,2 и 21,1±3,9. Достоверных различий в предоперационных показателях ПСА об., IPSS, Qmax в группах I и II выявлено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объем простаты являлся сильнейшим прогностическим фактором в отношении длительности операции. Данный показатель значимо различался между двумя группами. Для группы I среднее время операции составило 67,1±26,7 мин., для группы II – 98,1±24,2 мин. (p<0,05). Значимых различий в количестве осложнений по Clavien-Dindo (12 случаев в группе I и 36 случаев в группе II, p<0,05) и послеоперационных показателях IPSS, Q max и объема остаточной мочи выявлено не было ни в раннем послеоперационном периоде (группа I [n=195], группа 2 [n=44]) – Q max 17,4±9,1 мл/с против 18,2±10,9 мл/с, объем остаточной мочи 52±39,4 мл против 56 ±31,8 мл (p<0,05), ни через 3 месяца наблюдения (группа I [n=172], группа 2 [n=32]) IPSS – 5,7±4,1 против 6,2±4,9, QoL 1±0,9 против 1,1±0,9, Q max 18,9 ± 6,7 мл/с против 20,3±11,5 мл/с, объем остаточной мочи 53,5±33,1 мл против 54,9±30,6 мл (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: ДГПЖ, лечение хирургическое (инвазивное), оценка исходов, наблюдение

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

С.В. Котов^{1,2}, Р.А. Перов^{1,3}, А.А. Новиков³,
А.А. Неменов^{1,3}, И.А. Жестков¹

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, простата, возраст.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции, послеоперационное дренирование и койко-день были сопоставимы в обеих группах. С целью оценки послеоперационных осложнений была применена шкала Clavien-Dindo. Во II группе пациентов частота осложнений $\geq 3b$ была достоверно выше (n=7; 7%), тогда как в I группе – n=5 (3%). При этом в группе II частота гемотрансфузий (n=9; 9% против n=6; 4%) и случаев острой задержки мочеиспускания (n=6; 6% против n=4; 3%) также была выше. При оценке функциональных показателей спустя 6 месяцев IPSS в группе I был равен 12, в группе II – 8 баллов, Q(max) составила 19 и 13 мл/сек соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, терапия

ПОТЕНЦИАЛ ЛИРАГЛУТИДА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С СНМП/ ДГПЖ

К.Б. Лелявин

*Кафедра скорой медицинской помощи
и медицины катастроф, ИГМАПО – филиал
ФГБОУ ДПО «РМАНПО», Иркутск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ожирение, СНМП, ДГПЖ, лираглутид.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продолжающийся рост распространения избыточного веса и ожирения в Российской Федерации (2016 г. – около 31,5 млн чел.) делает его профилактику и лечение приоритетами общественного здравоохранения. World Health Organization (2013) прогнозирует, что к 2030 г. 33% мужчин в Российской Федерации будут страдать ожирением. Потеря массы тела более чем на 5–10% снижает риск заболеваемости и смертности, значительно улучшает качество жизни, связанное со здоровьем. *Цель исследования:* подтвердить

эффективность и переносимость препарата лираглутид Саксенда® в составе комбинированной терапии у больных с верифицированным ожирением и СНМП на фоне ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С марта 2019 г. по март 2023 г. под наблюдением и лечением находились 38 пациентов с верифицированным ожирением и ДГПЖ (I и II ст.) клинически проявляющейся СНМП с умеренной/выраженной симптоматикой и умеренной/легкой степенью инфравезикальной обструкции. Ключевые критерии *включения* в пилотное исследование: возраст старше 40 лет; наличие урологического заболевания по МКБ-10 N40 с обструктивной и ирритативной симптоматикой; значение суммы баллов IPSS более 8; объем предстательной железы $\leq 40 \text{ см}^3$; пиковая скорость потока мочи $Q_{\text{max}} < 12 \text{ мл/с}$; объем остаточной мочи $> 50 \text{ мл}$; отсутствие СД; ожирение (ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ и более) или морбидное ожирение (ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$), финансовая возможность и желание принимать лираглутид Саксенда® и *невключения*: несоответствие критериям включения; ИМТ $< 30 \text{ кг/м}^2$; урологическое заболевание по МКБ-10 N40 в стадии субкомпенсации/декомпенсации; СД; клинически значимая сердечно-сосудистая патология; прием других препаратов, влияющих на массу тела. Кроме стандартной комбинированной терапии СНМП/ДГПЖ все пациенты получали лираглутид Саксенда®: стартовую дозу 0,6 мг/сут. подкожно 1 неделю, в дальнейшем титровали на протяжении 4 недель до максимальной дозы 3,0 мг/сут., продолжительность лечения составила 6 месяцев. Все пациенты дали согласие и были информированы о целях и задачах исследования, потенциальной пользе от участия и возможных рисках. В качестве первичных критериев эффективности использовалась оценка (каждые 3 мес. наблюдения) антропометрических данных: массы тела, окружности талии (ОТ), ИМТ, процента снижения массы тела. Инструментальный и лабораторный контроль осуществляли через 6 мес. Показатели (M \pm SD): возраст – 57,8 \pm 2,4 года (min – 53, max – 66); IPSS – 14,6 \pm 1,4 балла; Q_{max} – 10,5 \pm 1,3 мл/с; объема остаточной мочи – 64,2 \pm 4,7 мл; объема простаты – 39,1 \pm 2,4 см³; массы тела – 106,2 \pm 11,4 кг; ИМТ – 38,3 \pm 6,4 (mediana 35,2 кг/м²); ОТ – 116 \pm 14,4 см. ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ и более (32,8 \pm 3,5 кг/м²) был у 21/55,3%, а ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$ (41,4 \pm 1,7 кг/м²) у 17/44,7% пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение лираглутида Саксенда® в составе комбинированного лечения СНМП/ДГПЖ позволило добиться снижения массы (кг) тела с учетом продолжительности времени с момента первого визита: через 30 дней 3,2 \pm 1,8; через 60 дней 4,5 \pm 2,3; через 90 дней 6,3 \pm 2,6; через 180 дней 7,8 \pm 3,5. Снижение массы тела $\geq 10\%$ через 60 дней приема препарата достигнуто у 6/15,8% пациентов, через 90 дней у 23/60,5% пациентов. Через 180 дней все (n=21) пациенты с ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ снизили массу тела $\geq 10\%$, а с ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$ только 88,2% (n=15). Снижению массы тела сопутствовало уменьшение выраженности СНМП: суммы баллов по шкале IPSS до 10,8 \pm 1,5; объема остаточной мочи до 37,2 \pm 4,7 мл; объема простаты до 36,9 \pm 1,5 см³ и увеличение Q_{max} до 12,4 \pm 1,6 мл/с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ожирение заслуживает надлежащего лечения в урологической практике. Сочетанная терапия ожирения препаратом лираглутид Саксенда® и СНМП/ДГПЖ оправдана, является патогенетически обоснованной, хорошо переносится и эффективно снижает массу тела. Высокая стоимость фармакотерапии ожирения является основной причиной ограничений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Симптомы нижних мочевых путей

Рубрика: Гиперплазия предстательной железы

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ

И.Г. Лещенко^{1,3}, О.И. Братчиков², А.И. Акимов³

¹Кафедра хирургических болезней с курсом урологии ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

²Кафедра урологии ФГОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, Курск, Россия

³Первый НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гериатрические пациенты, ДГПЖ, сопутствующие заболевания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Важным фактором обследования гериатрических пациентов с ДГПЖ является диагностика сопутствующих заболеваний. *Цель исследования:* установить структуру сопутствующих заболеваний у гериатрических пациентов с ДГПЖ для эффективного проведения предоперационного обследования и улучшения результатов хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение у 639 гериатрических пациентов с ДГПЖ, которым выполнили аденомэктомию (АЭ), монополярную трансуретральную резекцию простаты (М-ТУРП) или симультанную операцию (СО) (табл.). Возраст пациентов – от 60 до 89 лет.

Таблица. Распределение пациентов по периодам лечения, группам и объему операций

Распределение пациентов	Периоды обследования, годы	
	1 период (2000–2006 гг.) (n=344)	2 период (2007–2015 гг.) (n=295)
Группы пациентов, объем операции, число пациентов	ГС-1 (АЭ, n=250)	ГС-3 (АЭ, n=58)
	ОГ-1 (АЭ-СО, n=33)	ОГ-3 (АЭ-СО, n=16)
	ГС-2 (М-ТУРП, n=29)	ГС-4 (М-ТУРП, n=115)
	ОГ-2 (М-ТУРП-СО, n=32)	ОГ-4 (М-ТУРП-СО, n=106)
Примечание: ГС – группа сравнения; ОГ – основная группа; АЭ – аденомэктомию; АЭ-СО – аденомэктомию в симультанной операции; М-ТУРП – трансуретральная резекция простаты; М-ТУРП-СО – трансуретральная резекция простаты в симультанной операции		

При обследовании и лечении пациентов учитывали клинические рекомендации РОУ. Во втором периоде использовали новые авторские разработки, представленные в разделе «Результаты».

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первом и втором периодах среди доминирующих сопутствующих заболеваний у гериатрических пациентов с ДГПЖ соответственно диагностировали: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (от 84,8 до 90,6%); энцефалопатию I–III ст. (от 77,6 до 87,5%); латентный или активный пиелонефрит (от 82,4 до 87,8%). Группу риска составляли пациенты с нарушением сердечного ритма (от 15,6 до 22,5%), с язвенной болезнью желудка и ДПК в анамнезе (от 6,1 до 9,8%), с сахарным диабетом (от 12,5 до 20,9%). Во втором периоде мы использовали ранее опубликованные новые разработки: эндоскопическую хромогастроскопию для профилактики кровотечений из ЖКТ, новый перечень противопоказаний к операциям, приоритетное применение М-ТУРП и спинальной анестезии. Это способствовало по сравнению с первым периодом снижению послеоперационных осложнений (с 35,7 до 11,5%, $p < 0,01$) и летальности (с 4,06 до 2,03%, $p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Сегодня в связи расширением показаний к выполнению операций гериатрическим пациентам с ДГПЖ необходимо учитывать факторы риска послеоперационных осложнений и летальности. К ним относятся: прогрессирование возрастных функциональных и морфологических изменений органов и систем; последствия тяжелых соматических заболеваний; полиморбидность – наличие у гериатрического пациента одного сопутствующего заболевания увеличивало послеоперационную летальность в 2 раза, двух заболеваний – в 4 раза, трех и более – почти в 17 раз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый гериатрический пациент с ДГПЖ нуждается, во-первых, в качественном предоперационном обследовании для выявления сопутствующей патологии, во-вторых, в эффективном ее купировании, переводя ее из стадии субкомпенсации в стадию компенсации. Такая лечебная тактика позволит избежать многих послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: ДГПЖ. Хирургическое лечение

ЭЯКУЛЯТОРНО-ПРОТЕКТИВНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ

А.Г. Мартов^{1,2,3}, Д.В. Ергаков^{1,2}, К.А. Аслиев¹,
Н.А. Байков^{2,4}

¹Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия

²2-е урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ
им. Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия

³МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва,
Россия

⁴ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого»
Минобороны России, Красногорск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лазерная энуклеация, эякуляторно-протективная техника, антеградная эякуляция, ДГПЖ.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Запрос пациента на сохранение естественной эякуляции является частой причиной, на основании которой пациенты выбирают клинику, уролога и метод лечения. Несмотря на разработанную методику сохранения естественной эякуляции, результаты эякуляторно-протективных операций при больших объемах простаты остаются непостоянными, что не позволяет гарантировать пациенту сохранение естественной эякуляции. *Цель исследования:* оценка частоты сохранения эякуляции после лазерной энуклеации простаты, выполненной в эякуляторно-протективном варианте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2017 г. по настоящее время эякуляторно-протективная лазерная энуклеация при объеме простаты свыше 80 см³ (96±8 см³) была выполнена 84 пациентам. Три доли ДГПЖ выявлены у 54 пациентов (64%), две доли у 30 больных (36%). Показатель I-PSS до операции – 21±2,7, QoL – 4,8±0,6. Объем остаточной мочи был 139±43 мл, а Qmax – 8,1±2 мл/сек. Эффективность операции оценивалась как полная при полном сохранении естественной эякуляции, частичная – при уменьшении эякулята в объеме и выявлении сперматозоидов в анализе мочи после акта эякуляции и отрицательная – при отсутствии антеградного выброса спермы. Анкетирование и контрольное

обследование проводилось в сроки 3–6 месяцев от момента выполнения операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациентам выполнена тулиевая волоконная лазерная энуклеация без осложнений. Через 3–6 месяцев после операции объем простаты составил 29±4 см³, а объем остаточной мочи – 19±17 мл. Qmax – 19,1±3,1 мл/сек. Сумма баллов по шкале I-PSS – 8,1±1,9 и QoL – 2,6±0,7. Техническими особенностями операции были: 1) сбережение тканей в области семенного бугорка, 2) минимальное натяжение тканей в процессе энуклеации, 3) сохранение шейки мочевого пузыря, 4) отказ от тотальной коагуляции, 5) отсутствие тракции уретрального катетера, 6) раздутие баллона в полости мочевого пузыря. Антеградная эякуляция была сохранена у 17 (20%) пациентов, частичная эякуляция – у 34 (40%) пациентов. Таким образом, суммарная эффективность методики составила 60%. Наличие средней доли явилось отрицательным прогностическим критерием – ни в одном случае не удалось сохранить полную естественную эякуляцию, у 21 пациента была отмечена лишь частичная эякуляция. На основании полученных данных нами оптимизирована техника операции при наличии средней доли. Получены первые результаты у 7 пациентов, у 4 удалось сохранить полную эякуляцию, у 3 – частичную.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможности лазерной хирургии ДГПЖ при желании пациента сохранить естественную эякуляцию весьма скромны. Наличие средней доли делает практически невозможным ее полное сохранение, при наличии двухдолевой формы роста частота полного сохранения эякуляции составляет 57% и частичной – 43%. Требуется дальнейшее изучение разработанной нами методики эякуляторно-протективной энуклеации при наличии средней доли.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: Наблюдение в послеоперационном периоде

**ДИСТАНЦИОННОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ**

В.С. Мартыанова¹, А.О. Морозов¹, Ю.Г. Егорова²,
Р.Б. Суханов¹, Е.А. Безруков¹

¹*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека, Сеченовский университет,
Москва, Россия*

²*ООО «Аналитикс Групп», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, лазерная энуклеация, дистанционное консультирование, программа-опросник, база данных.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний среди мужчин старше 50 лет. Учитывая тенденцию к увеличению продолжительности жизни во всех развивающихся странах, увеличивается и количество пациентов с ДГПЖ. Это делает актуальным поиск новых путей совершенствования качества медицинской помощи. На данный момент одним из самых эффективных и высокотехнологичных методов хирургического лечения гиперплазии простаты является лазерная энуклеация. Тем не менее в небольшом проценте случаев возможно развитие осложнений. *Цель исследования:* улучшить результаты хирургического лечения больных гиперплазией простаты, снизить нагрузку на врачей за счет оптимизации послеоперационного наблюдения за пациентами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Планируется проведение проспективного, рандомизированного, одноцентрового, интервенционного, открытого исследования. Размер выборки рассчитан на основании критерия superiority между двумя бинарными категориями и составляет 158 пациентов (79 в каждой группе). В исследование будут включены пациенты, перенесшие лазерную энуклеацию гиперплазии простаты, с дооперационными значениями $Q_{max} < 15$ мл/с и/или $IPSS > 20$. Пациентам будет

предложено участие в данной работе на этапе нахождения в урологическом стационаре. В случае согласия и подписания формы информированного добровольного согласия пациенты будут рандомизированы в соотношении 1:1 между группами дистанционного консультирования и стандартного ведения. Пациенты, попавшие в экспериментальную группу, еженедельно на протяжении 6 недель после операции будут получать сообщения посредством смс-мессенджеров для прохождения специально разработанной электронной программы-опросника с целью уточнения состояния, сбора жалоб и результатов проведенных исследований. При необходимости с пациентом будет связываться врач-уролог для уточнения информации. В случае отклонений от нормального течения послеоперационного периода врач своевременно даст рекомендации по обследованию и лечению, что будет способствовать раннему выявлению и лечению осложнений. Через 4 недели после операции пациентам также придет оповещение для заполнения опросника GAD-7 с целью определения уровня тревожности. Пациенты контрольной группы не будут получать дистанционные консультации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы разработали специальную электронную программу-опросник для самостоятельного заполнения пациентом. Результаты данного опроса автоматически заносятся в электронную базу данных, также специально созданную для данной группы пациентов. После подписания пациентом информированного согласия на участие в исследовании его исходные данные заносятся врачом на стартовую страницу программы, далее рассылка опросников осуществляется автоматически. Также данной программой производится автоматический анализ получаемой от пациентов и врача информации и формирование аналитического отчета.

Исследование запущено, ожидаются первичные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы предполагаем, что применение дистанционного консультирования позволит улучшить функциональные результаты и качество жизни пациентов за счет своевременного выявления отклонений от нормального течения послеоперационного периода и их коррекции, а также за счет уменьшения уровня тревожности. Потенциально

этом может отразиться и на частоте осложнений.
Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Результаты хирургического лечения вторичного склероза шейки мочевого пузыря

ОПЫТ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ИНЦИЗИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ СКЛЕРОЗЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

В.Н. Павлов¹, А.А. Казихинов¹,
 Р.А. Казихинов¹, М.А. Агавердиев¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Республика Башкортостан,
 Уфа, ул. Ленина, 3, 450008

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стромально-васкулярная фракция, клеточные технологии, вторичный склероз шейки мочевого пузыря, трансуретральная электролазерная инцизия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено проспективное клиническое исследование, объектом которого являются 153 мужчины, перенесшие оперативное лечение на простате по поводу доброкачественной гиперплазии сроком менее одного года, имеющие клинические признаки вторичного склероза шейки мочевого пузыря. *Цель исследования:* улучшение результатов эндоскопического лечения пациентов с вторичным склерозом шейки мочевого пузыря с применением стромально-васкулярной фракции, полученной из аутологичной жировой ткани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в условиях урологического отделения РКБ им. Г.Г. Куватова и ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, Клиника БГМУ, г. Уфа в период с 2020 по 2022 г. Было проанализировано 153 пациента с диагнозом вторичный склероз (стеноз) шейки мочевого пузыря, перенесших ранее трансуретральную (ТУ) резекцию простаты. В I контрольной группе выполнена классиче-

ская ТУ электроинцизия шейки мочевого пузыря (ШМП) (38 пациентов). Пациентам II контрольной группы (32 пациента) выполнена классическая ТУ лазерная инцизия ШМП. В I группе (35 пациентов) выполнена классическая ТУ электроинцизия ШМП с введением СВФ, а пациентам II группы (48 пациентов) выполнена классическая ТУ лазерная инцизия ШМП с применением СВФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контроль результатов осуществляли с помощью урофлоуметрии ($\Delta Q_{\text{макс}}/\Delta Q_{\text{сред}}$), Δ IPSS, Δ QoL в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев после операции.

Таблица. Данные исследований уродинамики у больных основных и контрольных групп (12 месяцев)

	Количество пациентов	Урофлоуметрия, мл/сек	Δ IPSS, баллы	Δ QoL, баллы
I контрольная группа. ТУ электроинцизия ШМП	38	13,9/8,1	17,1	3,7
II контрольная группа. ТУ лазерная инцизия ШМП	32	14,8/8,3	14,5	3,7
I исследуемая группа. ТУ электроинцизия ШМП с применением СВФ	35	15,5/11,1	13,9	3,5
II исследуемая группа. ТУ лазерная инцизия ШМП с применением СВФ	48	16,2/12,8	11,9	3,4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные методики позволили снизить

частоту рецидива вторичного склероза шейки мочевого пузыря при использовании ТУ электроинцизии с применением СВФ с 28 до 16%, при использовании ТУ лазерной инцизии с применением СВФ с 17 до 8%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Хирургическое лечение ДГПЖ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

А.С. Панферов¹, Е.А. Бекреев¹, В.В. Елагин¹,
Е.В. Медведева¹, В.С. Ястребов¹, А.В. Игошкин¹

¹Медицинский центр «Медассист», Центр урологии, Курск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

комбинированные вмешательства, простата, сочетанная патология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 614 пациентов, разде-

ленные на две группы: первая группа – 83 больных, в лечении которых были использованы одномоментные хирургические вмешательства. Данные пациенты в сочетании с ДГПЖ имели такие нозологии, как: камни, дивертикулы мочевого пузыря, образования мочевого пузыря, почки, тонкого кишечника, паховые грыжи, гидроцеле, фимоз. Вторая группа – 531 пациент, оперированный изолированно. При гиперплазии простаты объемом до 120 см³ операции выполнялись трансуретрально, при большем объеме предстательной железы выполнялась лапароскопическая трансвезикальная аденомэктомия. Средний возраст пациентов составил 66,7±16,4 года. Риск по шкале ASA среди всех пациентов составил: ASA II – 92,7%, ASA III – 7,3%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ. Терапия, хирургия
Рубрика: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Хирургическое лечение

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ: ЧТО-ТО НОВЕНЬКОЕ?

Д.В. Перлин^{1,2}, А.О. Шманев^{1,2},
Ш.Н. Шамхалов¹, П.А. Куликов¹

¹ГБУЗ «Волгоградский областной
уронефрологический центр»

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ВолгГМУ»
Минздрава России, Волгоград, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

хирургия, урология, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) является широко распространенным заболеванием среди мужчин старше 60 лет. Эта нозология встречается у более чем 80% мужчин этой возрастной категории. В связи с широким применением консервативных методов лечения доля пациентов, обратившихся за хирургической помощью в поздней стадии заболевания и, как следствие, с большим объемом простаты постоянно увеличивается.

Согласно клиническим рекомендациям по оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы, предлагается трансуретральная резекция или энуклеация, позадилоная или лапароскопическая аденомэктомия. Однако недостатками всех этих методов является удаление или травматическое повреждение практически всего простатического отдела уретры. Иногда это сопровождается повреждением наружного сфинктера уретры, что влечет за собой стойкие послеоперационные расстройства, значительно снижающие качество жизни пациентов и порой требующие хирургической коррекции в будущем. *Цель исследования:* снижение анатомических повреждений и функциональных расстройств при оперативном лечении ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лапароскопической экстраперитонеальной уретросберегающей аденомэктомии, выполненных в Волгоградском областном уронефрологическом центре 31 пациенту с верифицированным диагнозом ДГПЖ. Воз-

раст пациентов – от 57 до 79 лет, объемом железы – от 80 до 280 см³.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность операции варьировалась от 68 до 230 мин., объем кровопотери – от 50 до 500 мл. Ни одному пациенту в послеоперационном периоде не понадобились гемотрансфузии. Время нахождения в стационаре в среднем составило 5,1 дня.

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Трансуретральная хирургия ДГПЖ.
Оценка результатов лечения

МЕТОДЫ ПЛАЗМЕННОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Перчаткин^{1,2}, Н.Р. Акрамов¹,
Я.В. Прокопьев¹, А.П. Андреев²,
Ф.А. Севрюков³

¹Кафедра урологии и нефрологии КГМА-
филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, Казань

²ГАУЗ «ГКБ № 7», Казань

³Кафедра урологии им. Е.В. Шахова, ФГБОУ
ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний
Новгород

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, биполярная плазменная трансуретральная энуклеация предстательной железы, биполярная плазменная трансуретральная резекция предстательной железы, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно рекомендациям Российского общества урологов, основными методами хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) являются варианты трансуретральной эндоскопической энуклеации: плазменной и лазерной, которые сопоставимы по радикальности с открытой хирургией, но значительно превосходят ее по безопасности и более быстрой реабилитации. *Цель исследования:* оценить эффективность трансуретральной плазменной хирургии в лечении ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В центре эндоурологии ГАУЗ «ГКБ № 7» (Казань) проведен анализ хирургического лечения пациентов с ДГПЖ в период с марта 2015 г. по март 2023 г. При выполнении операций использовалось оборудование фирмы Olympus – биполярный резектоскоп и электрохирургический блок ESG 400. В качестве ирригационной жидкости применялся физиологический раствор. Всего оперированы 1592 пациента. Основным методом лечения являлась плазменная трансуретральная энуклеация простаты (П-ТУЭП); выполнена у 1547 пациентов (97,2%). В остальных 45 случаях – плазменная трансуретральная резекция простаты (П-ТУРП) (2,8%), которая применялась при небольших объемах предстательной железы, не превышающих 40 см³. С малым объемом (до 40 см³) оперированы 111 пациентов (7%), со средним (от 40 до 80 см³) – 494 (31%), крупным (от 80 до 250 см³) – 961 (60,4%) и гигантским (более 250 см³) – 26 (1,6%). Камни мочевого пузыря обнаружены у 143 пациентов (9%), опухоль мочевого пузыря – 32 (2%), стриктуры уретры – 29 (1,8%), установленная ранее эпицистостома – 287 (18%). У большинства пациентов (82%) выявлены сопутствующие соматические заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время операции для П-ТУРП составило 42 мин. (от 20 до 160 мин.), для П-ТУЭП – 81 мин. (от 25 до 230 мин.). Средний объем удален-

ной ткани составил 72 см³ (от 11 до 485 см³). Расход ирригационной жидкости – 12–55 л (средний расход – 24 л). Средний срок послеоперационного дренирования мочевого пузыря – 2,7±0,1 дня (от 1 до 4 дней). Средняя длительность пребывания в стационаре – 5,4±0,8 дней (от 3 до 14 дней). Из осложнений раннего послеоперационного периода отмечено 17 случаев массивной гематурии, потребовавшей ревизии и коагуляции кровоточащих сосудов (1,1%). Острая задержка мочеиспускания наблюдалась у 46 пациентов (2,9%). В отдаленном послеоперационном периоде стриктура уретры выявлена у 21 пациента (1,3%), четырем из них потребовалась оперативная коррекция, остальным было достаточно бужирования. Склероз шейки мочевого пузыря выявлен у 36 пациентов (2,3%). Стрессовое недержание мочи в течение первого месяца после операции выявлено у 285 больных (17,9%), через год наблюдалось только у 5 пациентов (0,3%). Летальность 0,06% (пациент с присоединившейся ковидной пневмонией).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод трансуретральной плазменной энуклеации в лечении ДГПЖ отличает высокий уровень безопасности и эффективности независимо от объема простаты, что позволяет его применять у пациентов с различной сопутствующей соматической патологией и приеме антикоагулянтов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, хирургия

**МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНАЯ
АДЕНОМЭКТОМИЯ И ТУЛИЕВАЯ
ВОЛОКОННАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ПРИ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ БОЛЬШИХ
РАЗМЕРОВ (>120 СМ³)**

В.С. Петов¹, А.К. Базаркин², М.С. Тараткин¹,
Д.В. Еникеев^{1,3}, М.Э. Еникеев¹, Е.А. Безруков¹,
Р.Б. Суханов¹, Е.В. Шпоть¹, А.М. Дымов¹,
Л.М. Рапопорт¹

¹*Институт урологии и репродуктивного
здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва,
Россия*

²*Институт клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый*

*МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
Москва, Россия*

*³Кафедра урологии, Венский медицинский
университет, Вена, Австрия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, тулиевая волоконная лазерная энуклеация простаты (ThuFLEP), лапароскопическая аденомэктомия (ЛПР-А), робот-ассистированная аденомэктомия (РА-А).

ВВЕДЕНИЕ

Согласно рекомендациям Российского общества урологов, как и Европейской ассоциации урологов, основными методами хирургического лечения пациентов с гиперплазией простаты больших размеров (>80 см³) являются эндоскопическая энуклеация (лазерная/биполярная) и открытая аденомэктомия. Альтернативным методом может служить минимально-инвазивная аденомэктомия (МИ-А; лапароскопическая/робот-ассистированная). Однако исследования, посвященные ее эффективности и безопасности, немногочисленны. *Цель исследования:* сравнить периоперационные результаты лазерной энуклеации и минимально-инвазивной аденомэктомии при гиперплазии больших размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ данных пациентов с 2020 по 2023 г., которым выполнено одно из вмешательств: тулиевая волоконная лазерная энуклеация простаты (ThuFLEP), лапароскопическая (ЛПР-А) или робот-ассистированная аденомэктомия (РА-А). Критерии включения: симптомы нижних мочевых путей тяжелой степени (IPSS>20) и/или Qmax <15 мл/сек. и объем простаты >120 см³. Эффективность операции оценивалась по времени, массе удаленной ткани, скорости резекции, безопасности – уровню падения гемоглобина, частоте осложнений (по Clavien-Dindo). Также оценивалась длительность катетеризации и госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В анализ включены данные 268 пациентов (ThuFLEP – 225, ЛПР-А – 33, РА-А – 10 пациентов соответственно). Группы не отличались по возрасту (p=0,60), объему остаточной мочи (p=0,50), Qmax (p=0,93), и баллу по IPSS (p=0,05). Статистически значимая разница выявлена в отношении объема простаты (ThuFLEP – 161±89 см³,

ЛПР-А – 205±48 см³, РА-А – 183±60 см³; p<0,01). Длительность операции значительно больше в группах МИ-А (ThuFLEP – 102±35 мин., ЛПР-А – 146±52 мин., РА-А – 165±73 мин.; p<0,01). В то же время масса удаленной ткани не различалась (ThuFLEP – 121±31 г, ЛПР-А – 139±34 г, РА-А – 130±46 г; p=0,10). Тем не менее скорость резекции выше при энуклеации (ThuFLEP – 1,2±0,4 г/мин., ЛПР-А – 0,98±0,34 г/мин., РА-А – 0,77±0,44 г/мин.; p=0,04). Уровень падения гемоглобина не различался (p=0,29), однако частота гемотрансфузий выше при ЛПР-А (ThuFLEP и РА-А – 0%, ЛПР-А – 15,5%; p<0,01). Частота других осложнений Clavien-Dindo ≤II также значительно ниже в группе ThuFLEP (p=0,01), в то же время частота Clavien-Dindo ≥III сопоставима (p=0,99). Дополнительные вмешательства (цистолитотомия, герниопластика, вазэктомия) чаще выполнялись при МИ-А (ThuFLEP – 4%, ЛПР-А – 51%, РА-А – 30%; p<0,01). Длительность катетеризации, как и госпитализации, значительно ниже при ThuFLEP (p<0,01).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Минимально инвазивная аденомэктомия может рассматриваться как альтернативный энуклеации метод у пациентов с гиперплазией простаты больших размеров, особенно при наличии сопутствующей патологии (множественные камни, паховая грыжа и др.).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Лечение СНМП

ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (СНМП) ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

А.Д. Петров¹, Н.К. Гаджиев¹, А.Г. Шкарупа¹, И.А. Горгоцкий¹, И.А. Лабетов¹, Д.Д. Шкарупа¹, С.Г. Винцовский²

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9

²ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, эмболизация простатических артерий, суперселективная эмболизация простатических артерий.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эмболизация простатических артерий (ЭПА) – современный минимально-инвазивный хирургический метод лечения пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП) при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), включенный в клинические рекомендации Минздрава России. Показаниями к выполнению данной процедуры являлись невозможность выполнения открытого или трансуретрального вмешательства или желание пациента. *Цель исследования:* оценить результаты лечения методом ЭПА пациентов с СНМП при ДГПЖ: показатели IPSS и QOL, динамику уровня общего ПСА крови, объема предстательной железы, а также максимальную скорость мочеиспускания до и после выполнения процедуры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 100 пациентов, из которых 84 завершили исследование. Анализ результатов лечения пациентов с ДГПЖ методом ЭПА проводился с ноября 2016 г. по декабрь 2022 г. Средний возраст пациентов – 64,2±9,4 года, 15 (18%) пациентам была ранее установлена эпицистостома и 17 (20%) ранее выполнялась биопсия простаты. Все пациенты за сутки до операции и далее через 3,6 и 12 месяцев заполняли опросники IPSS и QOL, также в указанные сроки выполнялось исследование крови на общий ПСА и измерение объема простаты по УЗИ. Для катетеризации простатических артерий применяли микрокатетеры 2,0–2,8 Fr и микропроводники 4–5 Fr, а для эмболизации – гидрогелевые микросферы диаметром 100–300 и 300–500 µm, а также микрочастицы поливинилалкоголя (ПВА) диаметром от 100 до 500 µm. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было отмечено значительное улучшение оцениваемых параметров по сравнению с исходными значениями (табл. 1).

Таблица 1. Результаты эмболизации артерий предстательной через 3, 6 и 12 месяцев соответственно

Характеристики	До исследования, n=84	Через 3 мес. *, n=84			Через 6 мес. *, n=84			Через 12 мес. *, n=84		
		Показатель	Различие	p-value	Показатель	Различие	p-value	Показатель	Различие	p-value
Объем предстательной железы, см ³	131±50	107±42	24 (-18,3%)	<0,001	89±42	24 (-32,1%)	0,009	84±47	47 (-35,9%)	<0,001
Объем остаточной мочи, мл	134±69	94±42	40 (-29,9%)	<0,001	65±24	69 (-51,5%)	<0,001	46±21	88 (-65,7%)	<0,001
ПСА, нг/мл	6,8±4,1	5,6±2,9	1,2 (-7,6%)	0,037	4,09±2,34	2,7 (-9,7%)	<0,001	3,52±2,09	3,2 (-7,1%)	<0,001
Баллы опросника IPSS	26,4±3,9	19,5±3,9	7 (-26,5%)	<0,001	11,6±3,2	15 (-57,7%)	<0,001	10±3	16 (-61,5%)	<0,001
Баллы опросника качества жизни QOL	4,79±0,82	4,04±0,88	0,75 (-15,7%)	<0,001	3,09±0,71	1,7 (-35,5%)	<0,001	2,62±0,86	2,2 (-45,9%)	<0,001
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/сек	12,6±3,8	14,5±5,0	1,90 (15,1%)	<0,001	16,6±6,0	4,4 (31,7%)	<0,001	17,2±6,6	4,6 (36,5%)	<0,001

* Данные представлены как среднее значение ± среднее квадратичное отклонение.

В ходе наблюдения в послеоперационном периоде средний уровень IPSS снизился на 61,5% за 12 месяцев, в свою очередь по опроснику качества жизни отмечено улучшение (QOL) на 45,9%.

Объем предстательной железы уменьшился на 32,1% в течение 6 месяцев и на 35,9% в течение 12 месяцев. У 15 пациентов (18%) с троакарной цистостомой через 1,5±0,7 месяца после ЭПА восстановлено самостоятельное мочеиспускание и дренаж был удален. Осложнения или нежелательные явления не наблюдались ни у одного из оперированных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмболизация простатических артерий может быть самостоятельным методом лечения пациентов с СНМП при ДГПЖ. Методика ЭПА показала высокую эффективность и безопасность.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ больших объемов. Выбор метода хирургического лечения

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДГПЖ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ

С.В. Попов^{1,2,3}, И.Н. Орлов^{1,3}, И.В. Сушина¹,
Е.А. Гринь¹, С.М. Малевич¹, П.В. Вязовцев¹

¹СПб ГБУЗ «Клиническая больница
Святителя Луки», Городской центр
эндоскопической урологии и новых технологий,
Санкт-Петербург

²ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

³СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, диагностика, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При выборе хирургического метода лечения больных с ДГПЖ важной составляющей является эффективность, радикальность и безопасность. С учетом анатомических особенностей, возникающих в мочевом пузыре и предстательной железе у пациентов с объемом аденомы простаты более 80 см³, часто – наличия сопутствующих камней мочевого пузыря, грыж передней брюшной стенки возникает необходимость пересмотреть приоритеты выбора оперативного доступа. *Цель исследования:* улучшить результаты хирургического лечения больных с доброкачественной

гиперплазией предстательной железы большого объема.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках одной клинической базы проведен сравнительный анализ результатов применения основных методик трансуретральной резекции, биполярной плазмокинетической, тулиевой и гольмиевой энуклеации простаты, эндовидеохирургической аденомэктомии в лечении ДГПЖ больших объемов.

Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 315 пациентов с ДГПЖ больше 80 мл. Анализировались следующие данные: объем предстательной железы, ПСА крови, оценка симптомов нарушенного мочеиспускания по шкале IPSS, качества жизни по шкале QoL; сохранение эрекции по шкале МИЭФ-5; показатели урофлоуметрии, наличие ретроградной эякуляции, недержания мочи, стриктур уретры и склероза шейки мочевого пузыря; наличие осложнений (кровотечения, осложнения воспалительного характера, инсульта или инфаркта, летального исхода) в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все исследуемые методы хирургического лечения ДГПЖ позволяют одинаково эффективно устранить инфравезикальную обструкцию и снизить выраженность симптомов нижних мочевых путей у пациентов с ДГПЖ больших объемов. Эндовидеохирургическая аденомэктомия имеет наименьшую частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Реабилитация больных после эндоскопических методик происходит быстрее, чем после эндовидеохирургической аденомэктомии, ввиду более короткого периода катетеризации мочевого пузыря и госпитализации в лечебном учреждении. Наиболее значимые показатели восстановления эректильной функции по шкале МИЭФ-5 выявлены при применении биполярной плазмокинетической энуклеации на 162% и при эндовидеохирургической аденомэктомии на 128%, восстановление качества жизни при эректильной дисфункции отмечается после применения эндовидеохирургической аденомэктомии и биполярной плазмокинетической энуклеации на 66,7%. Сохранение нормальной эякуляции достигается при применении эндовидеохирургической аденомэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Персонализированная оценка коморбидного фона, критериев качества жизни пациента, возможности выполнения симультанных операций позволяют индивидуализировать выбор метода хирургического лечения, имеющего меньшее количество осложнений и значимо улучшающего качество жизни пациента (до 100%).

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия.

Рубрика: Оперативное лечение ДГПЖ. Оценка копулятивной функции

СОСТОЯНИЕ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Попов^{1,2,3}, И.Н. Орлов^{1,3}, Т.М. Топузов¹,
А.И. Неймарк⁴, Б.А. Неймарк⁴, Е.А. Гринь¹,
И.В. Сушина¹, С.М. Малевич¹, А.Р. Орлов⁵

¹Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница Святого Луки», Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра урологии, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

³Кафедра урологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

⁴Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия

⁵Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная энуклеация, эндовидеохирургическая аденомэктомия, копулятивная дисфункция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В литературе отсутствуют данные о влиянии различных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) на состояние копулятивной функции (КФ) в различные сроки послеоперационного периода, а также не представлена комплексная оценка их влияния на состояние КФ в целом с результатами изучения нейрорефлекторного статуса и гормонального фона, а также взаимосвязи последнего с продолжительностью ночного сна. *Цель исследования:* улучшить результаты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы за счет сохранения эректильной и фертильной функции у сексуально активных пациентов после применения энуклеативных методик из различных доступов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное контролируемое исследование состояния КФ пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу ДГПЖ с использованием малоинвазивных методик в Клинической больнице Святого Луки за период с 2017 по 2021 г.

В исследование вошли 346 больных ДГПЖ в возрасте 67–77 лет. В 102 случаях выполнялась трансуретральная механическая энуклеация аденомы биполярным электродом (ТУЕВ), в 124 – гольмиево-лазерная энуклеация (HoLEP), в 120 – эндовидеохирургическая аденомэктомия (ЭВХ-АЭ).

У пациентов оценивали КФ на основании опросников МИЭФ-15, AMS, шкалы МКФ, также исследовали бульбокавернозный рефлекс, определяли содержание общего и свободного тестостерона и глобулина, связывающего половые гормоны. Также проводилась актиграфия для определения продолжительности времени сна и бодрствования с целью оценки влияния продолжительности сна на концентрацию тестостероно-

вых фракций в периферической крови. Пациентов обследовали до операции, спустя 6 и 12 месяцев после нее.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. В послеоперационном периоде состояние КФ во всех группах улучшается, за исключением эякуляторной составляющей. При наблюдении в 6-месячный срок нейрорефлекторный статус улучшается с последующим ухудшением через 1 год после операции. При этом через 1 год наблюдения больший процент пациентов с ретроградной эякуляцией отмечен в группах ТУЕВ (58,8%) и НоLEP (45,2%), против группы ЭВХ-АЭ (15%).
2. Во всех исследованных группах больных уровень общего и свободного тестостерона повышается при наблюдении в 6-месячный срок с последующим снижением (в пределах референсных интервалов) через 1 год.
3. В послеоперационном периоде во всех группах больных произошло увеличение продолжительности ночного сна (по данным актиграфии). Отмечена прямая корреляция между продолжительностью ночного сна и уровнем тестостероновых фракций в периферической крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная механическая энуклеация биполярным электродом, гольмиевая лазерная энуклеация могут быть предпочтительны у сексуально активных больных ДГПЖ, не придающих значения ретроградной эякуляции. Эндовидеохирургическая аденомэктомия оптимальна для пациентов с ДГПЖ, заинтересованных в продолжении сексуальной активности, сохранении нормального фертильного статуса и имеющих критическое отношение к ретроградной эякуляции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Введение пациентов с ДГПЖ в послеоперационном периоде

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Г. Саидов¹, К.М. Арбулиев^{1,2}

¹Отделение урологическое, ГБУ Республики Дагестан «Республиканская клиническая

больница № 2», Махачкала, Россия
²Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ»
Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

озонотерапия, ДГПЖ, ТУР ДГПЖ, аденомэктомия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГП), особенно у пациентов с цистостомой, часто сопровождается инфекционно-воспалительными осложнениями (29%), высокой (6%) летальностью, что обусловлено исходным вторичным иммунодефицитом и стойким микробным обсеменением, часто плохо поддающейся антибактериальной терапии в результате устойчивости флоры. Несоввершенство методов антисептической обработки дренированного мочевого пузыря и ложа аденомы простаты после трансуретральной резекции и аденомэктомии при инфекционно-воспалительных осложнениях в послеоперационном периоде, приводит к увеличению сроков реабилитации, возникновению случаев инвалидизации больных. *Цель исследования:* показать эффективность применения озонированного физиологического раствора (ОФР) у пациентов, перенесших ТУР предстательной железы и аденомэктомию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 70 пациентов, которым проведены оперативные вмешательства по поводу ДГПЖ. Средний возраст пациентов составлял 61 ± 6 лет. Пациенты методом случайных чисел были разделены на две группы: группа А – 36 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилась терапия ОФР. Группа Б – 34 пациента, которые в послеоперационном периоде получали стандартный физиологический раствор. Пациенты из обеих групп перенесли ТУР простаты.

Пациентам группы А в послеоперационном периоде через трехходовый уретральный катетер производилось введение ОФР в мочевой пузырь в течение трех дней, с экспозицией раствора 15–20 мин. С этой целью применялся озонированный физиологический раствор, полученный путем барбатирования на аппарате «Медозонс УОТА 60-01», концентрация озона в физиологическом растворе составляла 5 мг/л. Для поддер-

жания указанной концентрации озона в физрастворе производили измерения на неселективном озонметре НФ-254\1. В группе Б пациентам ОФР не вводился. Оценка эффективности терапии оценивалась по следующим критериям: повышение температуры тела в послеоперационном периоде, эпизоды макрогематурии, длительность госпитализации, эпизоды задержки мочеиспускания после удаления уретрального катетера. Также оценивались данные УЗИ и результаты гистологического исследования в обеих группах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группа А: у 6 пациентов отмечалось повышение температуры до 37,5 °С; эпизод макрогематурии, не потребовавший назначения гемостатиков был отмечен у 5 пациентов; средняя длительность госпитализации составила 5±2 дня.

Группа Б: у 9 пациентов отмечалось повышение температуры тела до 38,0 °С; 12 эпизодов макрогематурии, потребовавшее назначения гемостатиков; у 3 пациентов отмечалась задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде после удаления уретрального катетера; средняя длительность госпитализации составила 9±3 дня.

Воздействия ОФР на мочевой пузырь, гнойный фибриновый налет в мочевом пузыре и ложе удаленной ДГП изучали гистологически, где отмечались активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. На фоне применения ОФР, по данным УЗИ, уплотнения, трабекулярность и отечность стенок мочевого пузыря менее выражены по сравнению с состоянием стенок мочевого пузыря больных, которых лечили при помощи терапии без озона.

После окончания курса лечения посевы отделяемого и соскобы из мочевого пузыря роста бактерий не дали.

ВЫВОДЫ

Таким образом, озонотерапия после ТУР по поводу ДГПЖ ускоряет клиническую реабилитацию больных, сокращая сроки пребывания в стационаре, а также увеличивает эффективность мер по снижению грозных воспалительных осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, диагностика

НОКТУРИЯ И НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Сивков, В.В. Ромих, В.В. Пантелеев

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, ночная полиурия, ноктурия, дневники мочеиспускания, нарушения мочеиспускания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Жалоба на частое мочеиспускание в ночное время распространена у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), оказывает выраженное влияние на общее качество жизни пациентов, негативно отражается на их социальной адаптации. Вероятность ночной полиурии (НП) у пожилых пациентов часто остается недооцененной из-за акцентирования внимания на инфравезикальной обструкции и связанной с ней ноктурией. Проведение дифференциальной диагностики причин учащенного ночного мочеиспускания – важная клиническая задача. *Цель исследования:* определить частоту ноктурии и ночной полиурии в группе пациентов с ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включен 41 пациент (возраст 67,5±6,1 года) с ДГПЖ и жалобами на учащенное ночное мочеиспускание. Для оценки объективного статуса выполнены: трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы, урофлоуметрия (УФМ) с определением максимальной скорости мочеиспускания – Q_{max} мл/с и объема остаточной мочи – PVR мл. Для оценки мочеиспускания использовали дневники мочеиспусканий с обязательным определением частоты ночного мочеиспускания, объема выпиваемой жидкости и индекса ночной полиурии-NPI (норма менее 33%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний объем предстательной железы – 59,7±7,2 см³, Q_{max} – 12,4±2,7 мл/сек, PVR – 98,9±42,1 мл. При анализе дневников мочеиспу-

скания у 24 (58,5%) NPI был в пределах нормативных значений ($27,8 \pm 11,7$). В данной подгруппе учащенное ночное мочеиспускание определено как ноктурия, что может быть связано с наличием инфравезикальной обструкции и/или функциональным снижением объема мочевого пузыря, его гиперактивностью. У 17 (41,5%) пациентов выявлена ночная полиурия (NPI – $54,8 \pm 14,1\%$). Среди них у 3 (17,6%) мужчин выявлено увеличение суточного потребления жидкости ($41,8 \pm 9,7$ мл/кг) без подтвержденных клинических причин, а у 6 (35,3%) – ночная полиурия была связана с приемом диуретиков или вечерним приемом бета-блокаторов. У 8 (47,1%) пациентов отмечен повышенный диурез, на фоне сахарного диабета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных ДГПЖ с учащенным ночным мочеиспусканием в 41,5% имела место ночная полиурия, требующая оптимизации питьевого режима и применения препаратов, снижающих ночной диурез. Дневник мочеиспусканий с расчетом NPI – эффективный инструмент дифференциальной диагностики причин ночных мочеиспусканий у пациентов с ДГПЖ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ. Хирургическое инвазивное лечение: оценка исходов, наблюдение

ЧАСТОТА РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Р.Н. Симанов^{1,2}, Р.Э. Амдий³, С.Х. Аль-Шукри³

¹*Отделение урологическое, ГБУЗ РК
«Республиканская больница им. В.А. Баранова»,
Петрозаводск, Россия*

²*Кафедра госпитальной хирургии и урологии
медицинского института ФГБОУ ВО
«Петрозаводский государственный
университет» Минобрнауки РФ, Петрозаводск,
Россия*

³*Кафедра урологии с курсом урологии
с клиникой, ФГБОУ ВО «Первый
Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, инфравезикальная обструкция, трансуретральная резекция простаты, гиперактивный мочевой пузырь, нарушения мочеиспускания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

У части больных после трансуретральной резекции простаты (ТУРП) сохраняются симптомы нижних мочевых путей, ухудшающие качество жизни. Количество исследований, позволяющих оценить расстройства мочеиспускания в отдаленном послеоперационном периоде после ТУРП, невелико. *Цель исследования:* определить частоту расстройств мочеиспускания и оценить качество жизни у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после ТУРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены опрос и обследование 176 пациентов в клиниках Санкт-Петербурга и Петрозаводска, оперированных по поводу ДГПЖ в сроки от 1 года до 3 лет с 2017 по 2021 г. Средний срок составил $29,2 \pm 0,8$ мес., средний возраст больных – $69,1 \pm 6,9$ года. Пациенты пожилого и старческого возраста составили большую часть больных. На приеме проводили подписание информированного согласия, сбор анамнеза и анкетирование по шкале IPSS. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием компьютерной программы SPSS Statistics 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Удовлетворенность оперативным лечением оценивали по шкале от 0 до 10, где 0 – «неудовлетворен», 10 – «удовлетворен» лечением. Средний балл удовлетворенности составил $8,5 \pm 0,1$. Минимальное значение – 3 балла, максимальное – 10 баллов. Были удовлетворены лечением 100 (56,8%) пациентов, а 76 (43,2%) пациентов неудовлетворены. 94 (53,4%) пациента после ТУРП не предъявляли жалоб на расстройства мочеиспускания, 82 (46,6%) больных отмечали нарушения мочеиспускания. Самыми частыми жалобами после операции были ноктурия, слабый на-

пор струи мочи и поллакиурия, ухудшающими в большей степени качество жизни.

Отсутствие симптоматики по шкале IPSS после ТУРП отметили 16 (9,1%) пациентов, легкую симптоматику – 76 (43,2%) больных. У 84 (47,7%) пациентов сохранялась умеренная и тяжелая симптоматика, связанная с возрастом пациентов. Исследование показало, что у 9 (15,3%) пациентов в возрасте от 71 до 80 лет и у 4 (19,05%) пациентов старше 80 лет сохранялась тяжелая симптоматика по шкале IPSS после ТУРП, а умеренная симптоматика – у 24 (40,7%) и 13 (61,9%) пациентов соответственно. Умеренная симптоматика по шкале IPSS была у 66 (37,5%) пациентов, тяжелая – у 18 (10,2%) больных. Большинство больных с тяжелой симптоматикой составили пациенты 71–80 лет.

У 38 (21,6%) пациентов качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания было неудовлетворительным, плохим и очень плохим, при этом как прекрасное и хорошее оценили качество жизни 74 (42,0%) пациента, как удовлетворительное и смешанное – 64 (36,4%).

Выявлена связь между возрастом пациента и качеством жизни вследствие расстройств мочеиспускания. Большинство пациентов групп «до 60 лет» и «61–70 лет» (63,6 и 49,2% соответственно) оценили качество жизни как прекрасное и хорошее, в то время как большинство из возрастных групп «71–80 лет» и «старше 80 лет» (40,6 и 57,1%) считают качество жизни удовлетворительным или смешанным. Качество жизни после оперативного лечения ДГПЖ было значительно хуже у пациентов старшего возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

После ТУРП в отдаленном послеоперационном периоде 10,2% пациентов отмечают выраженные, а 37,5% – умеренные расстройства мочеиспускания. Эти расстройства мочеиспускания ухудшают качество жизни пациентов, а их частота выше у больных старших возрастных групп.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Лечение консервативное

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Э. Ситдыкова¹, И.Р. Нуриев¹,
Р.М. Шайдуллин¹, А.Ю. Зубков¹

¹Кафедра урологии им. акад. Э.Н. Ситдыкова, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия, задержка мочи, уретральный катетер, консервативная тактика, мочеиспускание.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) – одно из самых серьезных осложнений такого распространенного заболевания у мужчин, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и связанных с ним симптомов нижних мочевых путей (СНМП). *Цель исследования:* повысить эффективность консервативной тактики лечения ОЗМ при ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы 47 случаев лечения пациентов с диагнозом «ДГПЖ. ОЗМ» в урологическом отделении ГАУЗ «Клиника медицинского университета» Казани за период с 2015 по 2022 г. Медиана возраста пациентов – 67 лет, объем простаты – 69 см³. У 21 пациента была выявлена «средняя доля» ДГПЖ. Объем мочевого пузыря варьировался от 600 до 1800 мл. Медикаментозную терапию (МТ) по поводу СНМП/ДГПЖ ранее получали 36 пациентов, 11 пациентов были без МТ. Всем пациентам устанавливали постоянный уретральный катетер на срок до 7 дней. Назначались суппозитории с нестероидными противовоспалительными средствами, $\alpha 1$ -адреноблокатор ($\alpha 1$ -АБ) (тамсулозин или силодозин), антибиотик. Через 7 дней удаляли уретральный катетер и инициировали самостоятельное мочеиспускание.

Была оценена роль следующих параметров: возраст пациента, предшествующий прием $\alpha 1$ -а-

дреноблокаторов, выраженность СНМП до эпизода ОЗМ по данным I-PSS, степень внутрипузырной протрузии и наличие «средней доли» ДГПЖ, объем мочевого пузыря и предстательной железы. Сравнительный анализ проводился с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После удаления уретрального катетера самостоятельное мочеиспускание восстановилось у 26 пациентов. В 21 случае самостоятельное мочеиспускание не восстановилось: 14 пациентам была установлена троакарная эпицистостома, а в 7 случаях выполнено оперативное лечение ДГПЖ (аденомэктомия). Анализ результатов показал, что у исследуемых пациентов по данным I-PSS до ОЗМ преобладали обструктивные СНМП.

В группе пациентов с эффективной консервативной тактикой ($n=26$) были следующие параметры: средний возраст – 62 года, объем простаты – $61,5 \text{ см}^3$, уровень IPSS до эпизода ОЗМ – 6,5 балла, МТ $\alpha 1$ -адреноблокаторами до ОЗМ была у 5 (19%) пациентов, внутрипузырная протрузия – 6 мм, отсутствие «средней доли» ДГПЖ было у 89% пациентов, объем мочевого пузыря – 850 мл.

В группе пациентов, у которых самостоятельное мочеиспускание не восстановилось ($n=21$), медиана возраста составила 73 года, объема простаты – 75 см^3 , уровень IPSS до ОЗМ – 18 баллов. Пациенты получали $\alpha 1$ -адреноблокатор 8 лет, внутрипузырная протрузия была 15 мм, «средняя доля» ДГПЖ имела у 86% пациентов, объем мочевого пузыря составил 1250 мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, консервативная терапия ОЗМ имеет высокий шанс на успех у пациентов с ДГПЖ в возрасте менее 65 лет, с умеренными СНМП до эпизода ОЗМ, объемом ПЖ менее 70 см^3 , отсутствием «средней доли», внутрипузырной протрузией менее 10 мм и объемом мочевого пузыря менее 1000 мл.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Лекарственная терапия

ОФФ-ЛЕЙБЛ ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.А. Соколов^{1,2}, Е.И. Велиев^{1,2}, О.Б. Лоран^{1,2}

¹Кафедра урологии и хирургической андрологии,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
Москва, Россия

²ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» ДЗМ, Москва,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

симптомы нижних мочевых путей, мочекаменная болезнь, нарушения мочеиспускания, лекарственная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возможности применения α -адреноблокаторов в урологической практике не ограничены доброкачественной гиперплазией предстательной железы и связанными с этим состоянием симптомами нижних мочевых путей. Появляется все больше значимых научных данных, указывающих на эффективность применения этой группы препаратов при целом ряде других урологических состояний. *Цель исследования:* выполнить обзор литературы и анализ имеющихся научных исследований, касающихся офф-лейбл применения α -адреноблокаторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен анализ научной литературы за 2018–2022 гг. (электронные научные библиотеки PubMed, eLIBRARY). Для последующего анализа отобраны исследования, имеющие наибольшую значимость с позиции доказательной медицины (рандомизированное клиническое исследование [РКИ], системный обзор/метаанализ). Дополнительно выполнен анализ нормативной и юридической базы относительно правовых аспектов офф-лейбл применения медикаментозных препаратов в Российской Федерации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным метаанализа *Cui et al.*, включившего 56 РКИ и суммарно 9395 пациентов, применение тамсулозина 0,4 мг в сравнении с плацебо было связано с достоверно большей частотой самостоятельного отхождения конкрементов диаметром более 5 мм (ОР 1,44; $p < 0,01$), а также с меньшим

временем до отхождения, меньшей частотой почечной колики и потребностью в анальгетиках, меньшей частотой последующих инвазивных вмешательств. По данным метаанализа *Chen et al.*, включившего 8 РКИ и суммарно более 1000 пациентов, терапия тамсулозином улучшает мочеые симптомы (-7,56; $p=0,0001$), уменьшает боли и имеет позитивное влияние на сексуальную функцию у пациентов со стент-ассоциированными жалобами. Согласно результатам РКИ *Minardi et al.*, терапия тамсулозином, а также комбинация тамсулозина и методики биологической обратной связи у женщин с рецидивными инфекциями мочевых путей и дисфункцией мочеиспускания обеспечили значимое снижение частоты рецидивов инфекции и улучшение уродинамических показателей. В двойном слепом РКИ *Chapman et al.* изучена эффективность тамсулозина 0,4 мг в сравнении с плацебо в отношении профилактики послеоперационной задержки мочи у женщин после хирургии пролапса тазовых органов: отмечено существенное снижение частоты послеоперационной задержки мочи (8,8 и 25,8%; $p=0,02$). Согласно РКИ *Tsirkas et al.*, назначение тамсулозина на фоне наружной лучевой терапии рака предстательной железы привело к значительно меньшей частоте острой задержки мочи (1,8 и 12,9%; $p=0,027$) и улучшению суммы баллов по шкале IPSS через 6 месяцев (-1,5 в группе тамсулозина / +1,5 в группе контроля; $p<0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая большой объем доступной научной и клинической информации, селективные α -адреноблокаторы являются эффективной и безопасной группой препаратов, имеющих широкий потенциальный спектр применения в урологической практике. Появление все большего количества исследований позволяет надеяться на постепенный переход некоторых таких показаний из разряда офф-лейбл в официально признанные инструкцией показания к применению. В настоящее время этого не случилось, необходимо учитывать имеющиеся медицинские и юридические риски такого лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия
Рубрика: ДГПЖ

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ

Г.А. Степаненко

*Кафедра хирургических болезней НАО «МУК»,
Казахстан, Караганда*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей, трансуретральная биполярная электроэнуклеация.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящего к обструкции нижних мочевыводящих путей и нарушению качества мочеиспускания.

ДГПЖ – состояние, неразрывно связанное со старением, оно часто встречается у пожилых мужчин и может проявляться в возрасте уже после 40 лет. При аутопсиях у мужчин моложе 40 лет ДГПЖ встречается крайне редко, достигая 88% после 80 лет. Пальпируемое увеличение ПЖ выявляют у 20% мужчин 60–70 лет и у 43% в возрасте 80–90 лет.

В настоящее время виды операций при ДГПЖ разделены на пять частей:

- 1) резекция;
- 2) энуклеация;
- 3) вапоризация;
- 4) альтернативные методы аблации;
- 5) неаблативные методики.

Цель исследования: оценить безопасность и эффективность трансуретральной биполярной электроэнуклеации ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2019 по 2022 г. на базе многопрофильной больницы № 1 Караганды проведено 115 операций по поводу ДГПЖ методом биполярной электроэнуклеации. Объем предстательной железы составлял от 70 до 100 см³.

Всем больным операция проводилась под спинномозговой анестезией. Средняя продолжительность операции 1 час 30 мин. Операция заканчи-

ввалась установкой в мочевого пузыря 3-ходового уретрального катетера Фолея на срок от 1 суток до 3 дней, система орошения прекращалась не следующий день после оперативного вмешательства, после чего пациент активизировался.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все больные операцию перенесли удовлетворительно. В послеоперационном периоде больные получали обезболивающую и антибактериальную терапию. Среднее время пребывания в стационаре составило 5,5 суток.

Ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В позднем послеоперационном периоде (через 1 месяц после операции) у двух пациентов развилось внутривезикулярное кровотечение, у одного – острый орхоэпидидимит, через 6 месяцев у одного пациента сформировался склероз шейки мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная биполярная электроэнуклеация ДГПЖ наиболее радикальный и «анатомический» метод удаления гиперплазированной ткани предстательной железы в сравнении с ТУР. Является эндоскопическим аналогом открытой аденомэктомии. Выполнима и эффективна при любом размере гиперплазированной ткани предстательной железы. В настоящее время ТУЭП занимает одно из ведущих мест в лечении ДГПЖ больших размеров, являясь аналогом открытой аденомэктомии.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Лечение хирургическое (инвазивное)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ И ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.И. Сулейманов^{1,2}, В.В. Мусохранов²,
А.С. Бабкин², З.И. Ашуров², А.А. Тягун²,
А.М. Агузаров², Д.А. Федоров²

¹ФГАОУ ВО «РУДН», Москва

²ГБУЗ «ГКБ № 13» ДЗМ, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, биполярная трансуретральная энуклеация предстательной железы, ThuLEP, HoLEP.

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – широко распространенное заболевание среди мужчин среднего и пожилого возраста. В современной урологии в оперативном лечении ДГПЖ применяется трансуретральная резекция (ТУР) и ее модификации. В течение последних десятилетий наблюдается активная тенденция развития лазерных технологий в урологии. Исходя из вышесказанного, актуальным остается поиск наиболее совершенных методик трансуретрального удаления аденомы простаты путем сравнения результатов лечения пациентов с применением различных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Трансуретральная энуклеация предстательной железы с применением различных технологий была выполнена 473 пациентам с ДГПЖ в условиях урологического отделения ГБУЗ «ГКБ № 13» ДЗМ в период с 2021 по 2023 г. В исследование были включены пациенты в возрасте от 55 до 88 лет с PSAобщ. менее 4 нг/мл или гиперплазией предстательной железы, подтвержденной по результатам проведенного гистологического исследования биопсийного материала при PSAобщ. более 4 нг/мл. Размеры предстательной железы варьировались от 40 до 210 см³ с медианой 85 см³ 157 пациентам выполнена биполярная трансуретральная энуклеация предстательной железы, 121 больному выполнена тулиевая энуклеация простаты (ThuLEP), 195 пациентов подверглись выполнению гольмиевой энуклеации предстательной железы (HoLEP). Для оперативных пособий были использованы лазерная установка Auriga XL 50W, лазерная установка FiberLase U2, высокочастотный генератор AUTOCON III 400, биполярный резектоскоп Karl Storz. Сумма баллов по International Prostate Symptom Score (IPSS) составляла от 21 до 33 баллов, медиана – 26 баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время биполярной энуклеации составило от 35 до 124 мин. с медианой 47 мин., ThuLEP – от 42 до 105 мин. с медианой 52 мин., HoLEP – от 36 до 110 мин., медиана – 44 мин. В раннем послеоперационном периоде активное

кровотечение отмечено в 6 случаях применения биполярной технологии, 3 случая применения тулиевого лазера, в 5 случаях применения гольмиевого лазера, в ходе стабилизации состояния была проведена консервативная гемостатическая терапия, дополнительных оперативных пособий в объеме коагуляции кровоточащих сосудов и гемотрансфузий отмечено не было. В послеоперационном периоде при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев осложнения в виде элементов симптоматики гиперактивного мочевого пузыря возникли у 23 человек (4,9%) (у 8 [5%] – при применении биполярной технологии, у 4 [3,3%] – при использовании тулиевого лазера, у 11 [5,6%] – при гольмиевой энуклеации). Сумма баллов IPSS через 1 месяц после проведенного оперативного вмешательства составила от 0 до 7 с медианой 3, 2, 3 по группам применения биполярной технологии, ThuLEP, HoLEP соответственно. Случаев недержания мочи, стриктур уретры в послеоперационном периоде отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов лечения и послеоперационных осложнений позволили сделать вывод о целесообразности активного применения и отсутствии недостатков, а также серьезных осложнений при применении различных методик трансуретральной энуклеации предстательной железы.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Оценка исходов, наблюдение, профилактика

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ЦИСТОСТОМИИ

Ю.В. Сушкова¹, И.Э. Мамаев^{1,2}, С.В. Котов²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова» ДЗМ; д. 26, ул. Бакинская, Москва, 115560, Россия

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ; д. 1, ул. Островитянова, Москва, 117198, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы, задержка мочеиспускания, цистостомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

У ряда пациентов с цистостомой качество мочеиспускания является неудовлетворительным или мочеиспускание вовсе не восстанавливается после хирургической ликвидации инфравезикальной обструкции. *Цель исследования:* определение предикторов результата хирургического лечения гиперплазии предстательной железы у пациентов, имеющих цистостомический дренаж.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 52 мужчины с цистостомой, выполненной по поводу задержки мочеиспускания на фоне ДГПЖ. В последующем всем пациентам была выполнена ТУР простаты. Возраст пациентов составил от 48 до 85 лет. Были проанализированы клинические и уродинамические данные пациентов. Учитывались возраст, баллы по шкале IPSS, рост микрофлоры в бактериологическом посеве мочи, количество эпизодов задержки мочеиспускания, объем задержки мочеиспускания, объем предстательной железы, наличие внутривезикулярного роста простаты, наличие гиперактивности детрузора, возможность самостоятельного мочеиспускания на фоне цистостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У четырех (7,6%) пациентов самостоятельное мочеиспускание не восстановилось после ТУР предстательной железы, и они нуждались в продолжении дренирования мочевого пузыря после операции. У 48 (92,4%) пациентов самостоятельное мочеиспускание было восстановлено после хирургического устранения инфравезикальной обструкции, и они были избавлены от цистостомического дренажа. Возраст (старше 80 лет), объем задержки мочеиспускания (более 1500 мл), отсутствие гиперактивности детрузора коррелируют с отсутствием самостоятельного мочеиспускания после оперативного лечения. Сохраненная возможность мочеиспускания у пациентов с цистостомой является предиктором хорошего клинического результата хирургического лечения. Показатель IPSS (отражающий качество мочеиспускания в течение месяца, предшествующего цистостомии), объем предстательной железы, наличие внутривезикулярного роста простаты, количество эпизодов задержки мочеиспускания, наличие роста микрофлоры в бактериологическом посеве мочи не влияли на восстановление самостоятельного мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов старше 80 лет с объемом задержки мочеиспускания более 1500 мл и отсутствием гиперактивности детрузора высока вероятность неэффективности оперативного лечения и необходимости продолжения дренирования мочевого пузыря после операции. Следует рассматривать целесообразность ее проведения у этой группы пациентов с учетом их соматического статуса.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: ДГПЖ, терапия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ СНМП, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ДГПЖ, ПРЕПАРАТОМ АЛФУПРОСТ® М

М.А. Узденов¹, А.М. Узденов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Северо-Кавказская государственная академия, Медицинский институт, кафедра Хирургических болезней, Черкесск, Россия

²РГБУЗ «Городская клиническая больница», г. Черкесск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП), α 1-адреноблокаторы (α 1-АБ), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), гемодинамика.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время α 1-адреноблокаторы (α 1-АБ) занимают ведущее место в терапии симптомов нижних мочевых путей (СНМП), обусловленных ДГПЖ. Имеются исследования, показывающие высокую эффективность препарата Алфупрост® МР 10 мг однократно в сутки при лечении пациентов с функциональными СНМП, обусловленными ДГПЖ. *Цель исследования:* оценить в клинической практике влияние препарата Алфупрост® МР 10 мг однократно в сутки на СНМП, обусловленные ДГПЖ, гемодинамические показатели и половую функцию пациентов при длительности его применения в течение 3 мес.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 29 мужчин с функциональными СНМП, обусловленными

ДГПЖ. Средний возраст пациентов – 59,2 года ($\pm 4,65$). Критерии включения: факт назначения препарата Алфупрост® МР для лечения СНМП при ДГПЖ с расстройствами мочеиспускания умеренной степени выраженности (8–19 баллов по IPSS); возраст мужчин – 50–72 года; объем ПЖ (по данным УЗИ) – 30–80 см³, стадия компенсации; Qmax – 6–13 мл/с; сексуальная активность в любом ее проявлении; уровень ПСА <4 нг/мл; добровольное информированное согласие пациента на проведение исследования. Наблюдение состояло из трех визитов: визит включения в программу пациентов с ранее назначенным препаратом Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки (визит 1), визит 2 – через 30 (± 5) дней после включения в программу и визит 3 – через 90 (± 5) дней после включения в программу. При каждом визите анализировались жалобы пациента, проводился физикальный осмотр. Пациенты заполняли опросник Международного индекса симптомов при заболеваниях простаты (International prostate symptom score, IPSS) и шкалы качества жизни (Quality of life, QoL); опросник для оценки Международного индекса эректильной функции (МИЭФ); шкалу Лайкерта для пациента и врача. Также проводились лабораторные и инструментальные исследования: определение общего простатспецифического антигена (ПСА) крови; УЗИ мочевого пузыря; трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты; урофлоуметрия (показатель максимальной скорости потока мочи [maximum flow rate, Qmax]); измерение систолического и диастолического АД; измерение ЧСС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 3 мес. терапии препаратом Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки зафиксировано достоверное ($p < 0,05$) улучшение всех показателей уродинамики: уменьшение на 55% среднего балла по IPSS и улучшение качества жизни пациентов в среднем на 2,46 балла (по QoL); увеличение на 53% Qmax; уменьшение объема остаточной мочи до нормальных значений. На фоне существенного улучшения качества мочеиспускания у пациентов положительной была и динамика сексуального здоровья мужчин. Так, средний суммарный показатель по шкале МИЭФ достоверно ($p < 0,05$) вырос с 45,35 до 53,65 балла. Отмечена также положительная динамика всех показателей мужской копулятивной функции. Гемодинамические показатели на протяжении 3

мес. наблюдения оставались стабильными. Нежелательные реакции (НР) за весь период наблюдения отмечались только у одного (3,44%) из 29 пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в реальной клинической практике данные по применению препарата Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки демонстрируют высокие показатели эффективности монотерапии в купировании СНМП при ДГПЖ и сексуальных расстройств, при минимальном клинически незначимом вазодилиатирующем эффекте при наблюдении на протяжении 3 мес. терапии.

Препарат Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки может быть рекомендован как препарат первой линии терапии СНМП при ДГПЖ, в том числе для сексуально активных пациентов, имеющих различные проявления сексуальных расстройств.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Гиперплазия предстательной железы

ВЛИЯНИЕ АНГИОАРХИТЕКТониКИ МАЛОГО ТАЗА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсегян¹,
Е.С. Скрябин¹, Е.И. Косарев¹, Д.И. Марчак²,
М.А. Масленников²

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперплазия предстательной железы,
эмболизация, эмболизация артерий простаты,
нарушение мочеиспускания.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансартериальная эмболизация (ТАЭ) зареко-

мендовала себя как один из эффективных методов лечения гиперплазии простаты. Во время выполнения ТАЭ используется ангиография и последующая эмболизация. Данный метод направлен на остановку кровотока в ткань, вызывая тем самым ишемические повреждения и некроз, что приводит к уменьшению размеров последней. Наиболее частое отхождение артерии простаты отмечается в средней трети внутренней половой артерии. Общее отхождение артерии простаты и верхней пузырной артерии наблюдается в среднем в 20–35% случаев. *Цель исследования:* изучить влияние ангиоархитектоники малого таза на эффективность эмболизации простатических артерий в лечении гиперплазии предстательной железы (ГПЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов первой группы через 3 месяца после ЭПА отмечено повышение Q_{max} до 11 (±4) мл/сек и снижение баллов опросника IPSS до 20 (±3) баллов. У пациентов второй группы через 3 месяца после ЭПА отмечено повышение Q_{max} до 16 (±4) мл/сек и снижение баллов опросника IPSS до 14 (±4). У пациентов второй группы в раннем послеоперационном периоде отмечен более выраженный болевой синдром, потребо-

вавший применения опиоидных анальгетиков. По истечении 6 месяцев после ЭПА пациенты первой группы отметили повторное ухудшение: снижение Q_{max} до 10 (± 5) мл/сек, повышение балла IPSS до 23 (± 5), в то время как у пациентов второй группы не выявлено статистически значимого снижения показателей. Ни у одного пациента не наблюдалось уменьшения суммы баллов по опроснику IPSS.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Оценка результатов лечения

АКТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

Д.П. Холтобин¹, С.А. Неклюдов¹,
Д.В. Устинов¹, А.О. Набиев¹, Н.В. Анисимов¹,
Е.В. Кульчавеня^{1,2,3}

¹АО МЦ «Авиценна» ГК «Мать и дитя»,
Новосибирск, Россия

²Кафедра физиопульмонологии ФГБОУ ВО
«НГМУ» Минздрава РФ, Новосибирск, Россия

³Кафедра урологии им. Е.В. Шахова ФГБОУ ВО
«ПИМУ» Минздрава РФ, Нижний Новгород,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острая задержка мочи, ДГПЖ, биопсия простаты, рак простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Острая задержка мочи (ОЗМ) – неотложное уро-

логическое состояние, лечение которого стандартно начинают с установки уретрального катетера и назначения альфа-аденоблокаторов. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность активной тактики ведения пациентов с ОЗМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое ретроспективное наблюдательное неконтролируемое исследование включили 192 пациента (средний возраст – 71,3 года), обратившихся в частный центр по поводу ОЗМ в 2017–2022 гг. При поступлении всем больным устанавливали уретральный катетер, оценивали продолжительность и степень выраженности симптомов нижних мочевых путей и определяли риск неблагоприятного прогноза консервативного лечения. Определяли уровень ПСА, по показаниям выполняли биопсию простаты, сохраняя уретральный катетер. При отсутствии факторов риска рецидива ОЗМ уретральный катетер через 3 дня удаляли. При рецидиве ОЗМ, выявлении локализованных и местно-распространенных форм рака простаты проводили оперативное лечение. При наличии генерализованных форм рака простаты начинали гормональную терапию, не удаляя уретральный катетер. Все хирургические пособия выполняли в течение первых 2–8 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Этиологическим фактором ОЗМ были ДГПЖ у 124 (64,6%) пациентов, рак простаты – у 41 (10,9%), рак мочевого пузыря – у 9 (4,7%), стриктура уретры – у 3 (1,6%), абсцесс простаты – у 2, в единичных случаях – инородное тело, неврологические нарушения. Биопсия простаты на уретральном катетере была выполнена 53 (27,6%) пациентам. Среди 124 больных ДГПЖ, осложненной ОЗМ, консервативное лечение было эффективным у 26 (21%), 11 (8,9%) пациентам была установлена троакарная цистостома. Трансуретральная резекция (ТУР) или энуклеация была выполнена 87 (70,1%) пациентам. Инфекционные осложнения развились у 3 (3,4%) из 87 пациентов (острый эпидидимит, купирован консервативно). Осложнений Clavien III, IV, V не было. У всех больных восстановилось мочеиспускание после операции.

Из 41 пациента с выявленным раком простаты 20 (48,8%) была назначена максимальная андрогенная блокада на уретральном катетере. Моче-

испускание у них было восстановлено в сроки от 2 до 4 недель. Лапароскопическая радикальная простатэктомия была выполнена 18 (43,9%), 3 (7,3%) была наложена цистостома. Инфекционно-воспалительных осложнений после лапароскопической радикальной простатэктомии на фоне постоянного уретрального катетера не было.

Двум пациентам с абсцессом выполнено трансуретральное вскрытие абсцесса без установки цистостомы. Цистостома была наложена всем 3 больным со стриктурой уретры из-за невозможности иного временного отведения мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными причинами ОЗМ были ДГПЖ (64,6%) и рак простаты (10,9%). Обеспечив временное отведение мочи уретральным катетером (при наличии технических возможностей его установки), мы получали время для проведения полного обследования, выполнения биопсии простаты. Если в течение первой недели с момента возникновения ОЗМ мочеиспускание не удается восстановить консервативным путем, показано выполнение радикального хирургического лечения без выполнения промежуточной цистостомы. Радикальное лечение было эффективным у всех оперированных больных. Инфекционные осложнения отмечены у 3,4% больных после трансуретральной резекции (энуклеации простаты).

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Прогнозирование функциональных результатов и осложнений хирургических методов лечения ДГПЖ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ И ПОЗАДИЛОННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

И.А. Чехонацкий¹, И.В. Лукьянов¹,
А.В. Серегин^{1,2}, О.Б. Лоран^{1,2}

¹Кафедра урологии и хирургической андрологии
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская
академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России, Москва
²ГБУЗ «Городская клиническая больница им.
С.П. Боткина» ДЗ г. Москвы

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ДГПЖ, биполярная трансуретральная резекция простаты, позадилонная аденомэктомия, искусственный интеллект.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время стремительно совершенствуются технологии искусственного интеллекта, которые позволяют анализировать значительные массивы данных и составлять прогностические модели. *Цель исследования:* оценить возможность применения искусственного интеллекта для прогнозирования функциональных результатов и осложнений биполярной трансуретральной резекции простаты и позадилонной аденомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Хирургическое лечение гиперплазии простаты выполнено 250 пациентам на базе ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы. В качестве обучающей выборки (I группа) использовались результаты обследования и лечения 210 пациентов: 109 (52%) – после биполярной трансуретральной резекции простаты (бТУРП) – подгруппа Ia и 101 (48%) – после позадилонной аденомэктомии (ПАЭ) – подгруппа Ib. Экзаменационную выборку (II группа) составили 20 пациентов после бТУРП (подгруппа IIa) и 20 пациентов после ПАЭ (подгруппа IIb). Прогнозирование результатов осуществлялось на языке программирования Python путем использования нейросетевой библиотеки TensorFlow, а также оптимизации гиперпараметров модели нейронной сети с помощью кросс-валидации с помощью SciKit Learn – библиотеки KFold. Входными данными явились возраст пациента, объем простаты, величина интравезикальной простатической протрузии, наличие конкрементов мочевого пузыря, наличие цистостомы, биопсия простаты в анамнезе, сахарный диабет в анамнезе, индекс массы тела, уровень ПСА крови, исходная величина Qmax, IPSS, QoL и объема остаточной мочи. Прогнозируемыми факторами явились продолжительность операции, величина падения уровня ге-

моглобина, вероятность гемотрансфузии, частота рекатетеризации, возникновение гиперактивности детрузора, стриктуры уретры, продолжительность ирригации, катетеризации мочевого пузыря, госпитализации, а также величина Qmax, IPSS, QoL и объем остаточной мочи (ООМ) через 1, 3 и 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Созданная нами прогностическая модель на основе искусственного интеллекта на экзаменационной выборке продемонстрировала точность, равную 86,9% в отношении результатов бТУРП (наибольшая Qmax через 1 месяц – 96,5%, IPSS через 6 месяцев – 95,9% и Qmax через 6 месяцев – 95,6%; наименьшая – ООМ через 1, 3 и 6 месяцев – 76,7%, 74,9% и 69,7% соответственно) и 90,8% в отношении результатов ПАЭ (наибольшая – IPSS через 6 месяцев – 95,8%, продолжительность операции – 94,5% и QoL через 3 месяца – 94,2%; наименьшая – ООМ через 6 месяцев – 84,5%, QoL через 1 месяц – 83,5% и ООМ через 1 месяц – 83,2%). Общая точность составила 88,9%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты демонстрируют высокую точность прогностической модели на основе искусственного интеллекта в прогнозировании функциональных результатов и осложнений бТУРП и ПАЭ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Оптимизация применения эмболизации простатических артерий в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.М. Шапаров^{1,4}, В.К. Карпов^{1,2,3},
А.Г. Златовратский², О.А. Османов^{1,2},
А.А. Камалов^{1,3}

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

²Городская клиническая больница № 31 ДЗ
г. Москвы

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

⁴Городская клиническая больница № 17 ДЗ
г. Москвы

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения пациентов с ДГПЖ методом эмболизации простатических артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ангиоархитектоника органов малого таза у пациентов с ДГПЖ имеет следующие особенности: асимметричность отхождения простатических артерий с разных тазовых сторон – 85,7% пациентов; удвоение простатической артерии – 8,6% тазовых сторон; анастомозы с другими артериями органов малого таза – 24,4% тазовых сторон. Техника PErFeCTED статистически значимо превосходит классическую суперселективную ЭПА по параметрам снижения общего количества баллов IPSS (на 25,8%) и QoL (на 10,3%), уровня

общего ПСА крови (на 25,3%), объема предстательной железы (на 10,6%) и остаточной мочи (на 22,9%), а также в увеличении максимальной скорости потока мочи (на 37,1%), при сопоставимой частоте встречаемости осложнений. При сравнении RErFesTED-эмболизации гидрогелевыми микросферами и микрочастицами PVA в группе микрочастиц PVA осложнения встречались на 36,5% чаще.

ВЫВОД

Артерии малого таза имеют крайне сложную анатомию, разные варианты отхождения, а также анастомозы с другими ветвями внутренней подвздошной артерии, что осложняет выполнение суперселективной эмболизации простатических артерий. RErFesTED-эмболизация статистически значительно превосходит в эффективности классическую суперселективную ЭПА по всем функциональным показателям при сопоставимой частоте встречаемости осложнений. Сочетание техники RErFesTED и гидрогелевых микросфер является оптимальным для выполнения суперселективной эмболизации простатических артерий.

Тема сессии: Хирургическое лечение ДГПЖ

Рубрика: ДГПЖ терапия, хирургия

ДОСТУП И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ

С.В. Шкодкин^{1,2}, Д.А. Золотухин¹, Д.В. Михайлов¹, А.В. Полищук¹, С.В. Чирков¹, Х. Мухамедов¹, Ж.Х. Аскар¹

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

²Белгородская областная клиническая больница Святого Иоасафа, Белгород, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аденома простаты, ДГПЖ, ТУР, энуклеация, аденомэктомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургическое лечение ДГПЖ больших размеров несут с собой как гордость хирурга, так и большой риск осложнений. *Цель исследования:* оценить ближайшие результаты хирургического лечения ДГПЖ больших размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

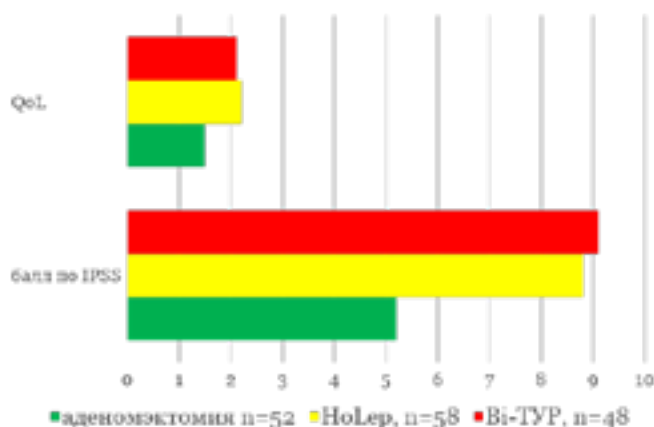
Проанализированы результаты 52 позадилонных

аденомэктомий, выполненных по оригинальной методике обработки дорзального венозного комплекса и тригонизации шейки мочевого пузыря в сравнении с 48 биполярными ТУР и 58 HoLep у аналогичных пациентов без цистолитиаза, объем предстательной железы которых превысил 100 см³. В основной группе частота цистолитиаза достигла 35,4%. Группы были сопоставимы по возрасту, весу, числу стомированных пациентов и по объему простаты. В послеоперационном периоде оценивали воспалительные и геморрагические осложнения, показатели УЗИ, урофлоуметрии, выраженность СНМП на основании IPSS. Различия считали достоверными при вероятности события более 95%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследуемые группы достоверно различались по времени хирургического пособия, частоте инфекционных осложнений и инконтиненции более чем первой степени в раннем послеоперационном периоде. Эти показатели составили в основной группе 67±22 мин., 9,6 и 0%, в контроле для HoLep – 195±41 мин., 55 и 40%, для ТУР – 138±27 мин., 38 и 16% соответственно (p<0,01). Нам было трудно сравнивать выраженность гематурии, которая в основной группе наблюдения имела, по-видимому, большую продолжительность. Однако потребность использования плазмы в раннем послеоперационном периоде в этой группе была ниже и составила 13,5% против 25% и 17,8% в контроле в группах HoLep и ТУР соответственно (p<0,05). Гематурия не сказывалась на сроках трансуретрального дренирования и восстановления микции, которые не различались в группах наблюдения, аналогичная тенденция отмечена для максимального потока и резидуальной мочи (p>0,05). Основная группа через месяц после хирургического лечения имела преференции в отношении СНМП (рис.)

Рисунок. Выраженность СНМП через месяц после хирургического лечения ДГПЖ



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Энуклеация и ТУР ДГПЖ у пациентов с объемом аденомы предстательной железы, превышающим 100 см³, сопровождается ростом воспалительных осложнений и инконтиненции в сравнении с позадилоной аденомэктомией, что требует взвешенного подхода к выбору хирургического пособия в этой группе пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Базовые исследования

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АНГИО- И ГИСТОАРХИТЕКТОНИКА ДЕТРУЗОРА

И.С. Шорманов^{1,2}, С.В. Куликов²,
А.С. Соловьёв¹, Н.С. Шорманова²

¹Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

²Кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детрузор, артерии, гиалиноз, склероз, старение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинически и уродинамически возрастные изменения нижних мочевых путей проявляются снижением скорости потока мочи и емкости мочевого пузыря, появлением его гиперактивности, а также увеличением объема остаточной мочи. Причины данных морфофункциональных нарушений на сегодняшний день до конца не изуче-

ны и в литературе описываются противоречиво. **Цель исследования;** изучение структурных изменений детрузора и его сосудистого русла у лиц пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ВЫВОДЫ

1. В процессе старения человека во внеорганных крупных артериях эластомышечного типа выяв-

ляются атеросклеротические изменения.

2. Во внутриорганных крупных артериях мышечного типа наблюдается гиперэластоз и утолщение средней оболочки, а мелкие артерии подвергаются гиалинозу. Данные изменения являются маркерами артериальной гипертензии.

3. На фоне редуцированного кровотока в мочевом пузыре формируются замыкающие артерии, роль которых сводится к «переключению» транспорта артериальной крови в зависимости от функциональной потребности детрузора.

4. Со временем в медию артерий, а также в функциональном слое замыкающих сосудов нарастает склероз, а просвет их продолжает суживаться.

5. Вены мочевого пузыря утрачивают гладкомышечный слой и подвергаются склерозу, что ведет к затруднению оттока крови.

6. Со временем нарастают нейродегенеративные изменения в стенке мочевого пузыря.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Базовые исследования

КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА СОСУДИСТОГО РУСЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

И.С. Шорманов¹, С.В. Куликов², А.С. Соловьёв¹,
Н.С. Шорманова²

¹Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

²Кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детрузор, гиперплазия простаты, артерии, регуляторные структуры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стадийность патоморфологических изменений детрузора в условиях любой инфравезикальной обструкции, в т.ч. и обусловленной гиперплазией простаты (ГП), является общебиологическим трендом и на сегодняшний день достаточно хо-

рошо изучена. Тем не менее детали ремоделирования мочевого пузыря и, в частности, роль сосудистой перестройки органа в эволюции заболевания до сих пор не полностью раскрыты. *Цель исследования:* изучить закономерности сосудистой перестройки детрузора в условиях возрастных изменений и ГП разных стадий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

Детрузор в серии «ГПд» подвергался грубым структурным изменениям в виде развития его атрофии и склероза, которые имели уже диф-

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При ГП детрузор и его сосудистое русло структурно перестраиваются уже на фоне имеющих сенильных трансформаций. При этом детрузор подвергается очаговой гипертрофии, которая обеспечивается функционированием целого комплекса регуляторных сосудистых образований. При сохраняющейся ИВО детрузор подвергается выраженной атрофии и диффузному склерозу, что является следствием не только предшествующей хронической ишемии, но и результатом склероза регуляторных сосудистых структур. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: ДГПЖ, терапия, хирургия

Рубрика: Базовые исследования

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

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

Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хроническая болезнь почек, гиперплазия простаты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди причин возникновения ХБП, наряду с ГБ, СД и аутоиммунными заболеваниями, большинство исследователей называют обструктивную уропатию. Несмотря на практическую важность проблемы, вопрос о связи нарушения отто-

ка мочи, вызванного гиперплазией предстательной железы (ГП), с развитием повреждения почечной ткани и его ранней диагностикой остается малоизученным. *Цель исследования:* выявление предикторов прогрессирования ХБП у мужчин с ГП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования 96 мужчин с ГП, обратившихся к урологу в период с 2019 по 2021 г. Оценивали данные УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, остаточного объема мочи (ООМ), ПСА, тяжести СНМП (IPSS), наличие АГ и СД, курения и факта злоупотребления НПВП. Снижение функции почек оценивалось как снижение СКФ, рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ, менее 60 мл/мин/1,73 м². Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка или критерия Колмогорова-Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения – с помощью медианы (Ме) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от норм, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение долей при анализе четырехпольных таблиц выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Для оценки значимости количественных признаков при прогнозировании исхода применяли метод ROC-кривых. Значение количественного признака в точке cut-off определяли по тах значению индекса Юдена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст участников составил 58,5±12,8 года; ИМТ – 28 (24–30); снижение СКФ было выявлено у 40,6% (39/96), ДИ 30,7 – 51,1; СД выявлен у 22,9% (22/96), ДИ 15,0 – 32,6; АГ определялась у 56,2% (54/96), ДИ 45,7 – 66,4; табакокурение – 18,8% (18/96), ДИ 11,5 – 28,0; злоупотребление НПВП выявлено в 13,5% (13/96), ДИ 7,7–19,3. Исходя из полученных данных, при оценке взаимосвязи почечной дисфункции и ООМ были установлены существенные различия между группами (p=0,016) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни). Так, в группе пациентов с СКФ (СКД-ЕРІ) <60 мл/мин/1,73 м² ООМ составил 30 (30–150), n=39; в группе пациентов с СКФ (СКД-ЕРІ) >60 мл/мин/1,73 м² ООМ - 20 (0-30), n=57. Анализ чувствительности

и специфичности модели в зависимости от пороговых значений ООМ: площадь под ROC-кривой составила $0,641 \pm 0,058$ с 95% ДИ: 0,527–0,755. Пороговое значение ООМ в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 150 мл. Наличие ХБП прогнозировалось при значении ООМ выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность модели составили 53,6 и 79,5% соответственно. При проведении оценки зависимости снижения СКФ от наличия СД были установлены существенные различия между группами ($p=0,045$). Шансы наличия почечной дисфункции в группе СД были выше в 2,667 раза, по сравнению с группой без СД, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,006–7,068).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ исходных данных показал зависимости почечной дисфункции от двух факторов: наличия СД, а также ООМ выше 150 мл.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ МОЛОДЫХ УРОЛОГОВ РОУ И ОРДИНАТОРОВ В УРОЛОГИИ

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Локализованный рак паренхимы почки. Результаты

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ИНДЕКСОВ НЕФРОМЕТРИИ (RENAL, PADUA, C-INDEX) ВРАЧАМИ УРОЛОГАМИ И РЕНТГЕНОЛОГАМИ В ПРОГНОЗЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ПОСОБИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ

А.Р. Аджиев¹, Е.С. Сирота¹, П.В. Глыбочко¹,
Д.В. Бутнару¹, Ю.Г. Аляев¹, М.М. Черненький¹,
И.М. Черненький¹, Д.Н. Фиев¹, А.В. Проскура¹,
А.А. Измайлова¹, И.П. Саркисян¹,
М.Ю. Алексеева¹, К.Б. Пузаков¹

¹ *Институт урологии и репродуктивного здоровья человека. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мультиспиральная компьютерная томография, индексы нефрометрии, рак почки, 3D-технологии, лапароскопия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ оценки индексов RENAL, PADUA, C-index врачами урологами и рентгенологами в прогнозе периоперационных результатов органосохраняющих операций у пациентов с локализованным раком паренхимы почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы результаты лапароскопических резекций у 70 пациентов с новообразованиями паренхимы почки. Расчеты индексов RENAL, PADUA, C-index выполнены одним урологом по данным 3D-построений и рентгенологом по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) до операции. Средний возраст больных – 55,27 года (48–62). Время операции – 124,7 мин. (90–150), время тепловой ишемии – 10,07 мин. (0–16,2), кровопотеря – 193,5 мл (100–300). Послеоперационные осложнения были зафиксированы у 6(8,6%) пациентов. Уровень СКФ: перед операцией – 75,85 (62–92,5) мл/мин./1,73 м², через 24 часа – 72,05 (58,75–83,25) мл/мин./1,73 м². Методами однофакторного и многофакторного логистического регрессионного анализа оценена возможность использования расчетов значения индексов врачами урологами и рентгенологами как статистически значимых предикторов в отношении длительности ишемии, времени операции и объема кровопотери.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ индексов нефрометрии по данным МСКТ и 3D-моделям показал статистически значимое различие ($p < 0,0001$) – средняя сумма баллов: RENAL_{3D} – 7,21 (6–9), RENAL_{МСКТ} – 7,82 (6–9); PADUA_{3D} – 8,34 (7–10), PADUA_{МСКТ} – 9,38 (8–11); C-index_{3D} – 2,98 (1,69–4,12), C-index_{МСКТ} – 1,48 (0,8–1,8).

Индекс PADUA_{3D} статистически значим при однофакторном ($p=0,009$) и многофакторном ($p=0,035$) анализе в прогнозе времени ишемии.

Ни один из индексов, рассчитанных по данным МСКТ и 3D-моделям, не показал статистически значимую при многофакторном и однофакторном анализе в прогнозе длительности операции и объема кровопотери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Балльная оценка индексов нефрометрии RENAL, PADUA, C-index врачами урологами по данным 3D-построений и специалистами лучевой диагностики по данным МСКТ имели статистически значимое различие. Лучшей прогностической значимостью времени тепловой ишемии является индекс PADUA_{3D}. В прогнозе длительности операции и объема кровопотери ни один из индексов статистически не достоверен.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Импортзамещение: настоящее и что в будущем

СОЗДАНИЕ ПУНКЦИОННОЙ НАСАДКИ ДЛЯ КОНВЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДАТЧИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ 3D-ПЕЧАТИ

А.А. Алоян¹, И.А. Горгоцкий¹, А.Г. Шкарупа¹, Н.В. Пивень¹, Д.Д. Шкарупа¹, Н.К. Гаджиев¹

¹Урологическое отделение, КВМТ им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «СПбГУ», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, нефролитиаз, перкутанная нефролитотрипсия, 3D-печать, пункционная насадка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перкутанная нефролитотрипсия является одним из методов оперативного лечения пациентов с нефролитиазом. Для создания доступа в ЧЛС под ультразвуковым (УЗ) наведением возможно использование пункционной насадки с направляющей для иглы, фиксирующейся к датчику. Существующие металлические направляющие имеют ряд недостатков: высокая стоимость, наличие множества шарнирных сочленений и пружинных механизмов, приходящих в негодность. Кроме того, сложность рельефа и суммарная площадь

поверхности приводят к снижению эффективности стерилизации. Поломка такой детали требует как материальных, так и временных затрат, связанных с поставками из-за рубежа. *Цель исследования:* разработка дешевой, воспроизводимой пункционной насадки для УЗ-датчика с использованием технологии 3D-печати.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оригинальная металлическая насадка для УЗ-датчика отсканирована с помощью лазерного 3D-сканера. В модель внесены необходимые изменения для эксплуатации. С использованием технологии 3D-печати создана из полиамида пункционная направляющая для УЗ-датчика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При апробации напечатанной направляющей на тренажере УРОСОН для пункции под УЗ-контролем было экспериментально подтверждено строгое соответствие пунктирной линии направляющей на мониторе УЗ-аппарата аналогично оригинальной металлической насадке. Полиамид может быть стерилизован без нарушений свойств полимера. К преимуществам стоит также отнести экологичное производство и высокую скорость печати при необходимости быстрой замены сломавшейся насадки.

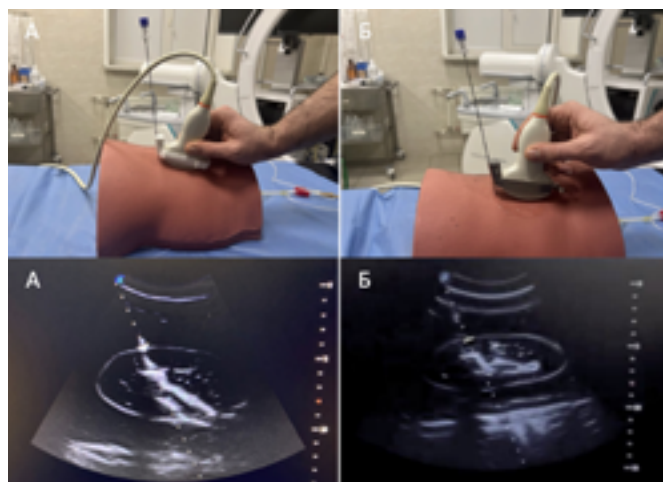


Рисунок. А – внешний вид пункционной насадки из полиамида на УЗ-датчике и движение иглы в тренажере УРОСОН, соответствующее направляющей на мониторе УЗ-аппарата. Б – внешний вид оригинальной пункционной насадки на УЗ-датчике и движение иглы в тренажере УРОСОН, соответствующее направляющей на мониторе УЗ-аппарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование 3D-печати позволяет создать

пункционную насадку для УЗ-датчика, обладающую по сравнению с оригинальной металлической насадкой рядом преимуществ, среди которых дешевизна производства, воспроизводимость технологии, возможность тиражирования и импортозамещения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Лечение эректильной дисфункции

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.Ю. Архипова¹, Б.А. Неймарк^{2,3}, А.И. Неймарк³

¹*Отделение патологии беременности № 3, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр ДАР» Минздрава России, Барнаул, Россия*

²*Отделение урологии, ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» города Барнаул», Барнаул, Россия*

³*Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

эректильная дисфункция, оксид азота, ингибитор 5-ФДЭ, PAI-1, ЭТ-1, гомоцистеин, hs-CRP.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность приведенных схем лечения больных с нарушением эрекции при наличии стрессогенного повышения артериального давления путем определения изменения уровня маркеров сосудистого повреждения, вазоконстрикции, тромбообразования и воспаления в крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное неинтервенционное контролируемое исследование, проводимое в 2021–2023 гг. Проанализированы данные 65 мужчин – машинистов подвижных составов в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст – 48,09±0,7 года), страдающих гиперто-

нической болезнью и эректильной дисфункцией. Они принимали гипотензивные лекарственные препараты по индивидуальным схемам, подобранными врачом-кардиологом. Пациентам 1-й группы (n=20, средний возраст – 46,7 ±1,5 года) дополнительно назначен прием активатора эндогенной NO-синтазы (Афалаза). Мужчинам 2-й группы (n=25, средний возраст – 48,7±1,17 года) назначена комбинация активатора эндогенной NO-синтазы (Афалаза) и ингибитора 5-ФДЭ (Тадалафил). Группа контроля (n=20, средний возраст – 48,5±1,2 года) получала базовую гипотензивную терапию. Курс лечения в каждой группе составил 4 месяца.

Оценка эффективности в каждой группе оценивалась по показателям динамики гематологических маркеров – ингибитору активатора плазминогена 1 типа (РАI-1), эндотелину – 1 (ЭТ-1), гомоцистеину, высокоселективному С-реактивному белку (hs-CRP) – при вступлении в обследование и через 120 дней после начала лечения, а также по шкалам степени выраженности эректильной дисфункции (МИЭФ) и количественной оценке мужской копулятивной функции (МКФ). Значимость различий показателей оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровни маркеров у пациентов на скрининге превышали значения нормы, что говорит о высоком риске деструктивных процессов кровеносных сосудов. Через 4 месяца лечение по 2-й схеме показало лучшие результаты – достигли границ нормы показатели PAI-1 (с 5,59±0,3 до 3,06±0,16), ЭТ-1 (с 2,68±0,28 до 0,95±0,07), гомоцистеина (с 18,04±0,3 до 9,6±0,7) и hs-CRP (с 2,13±0,17 до 1,51±0,09), в то время как в 1-й группе лишь hs-CRP вернулся в референтные пределы (с 2,48±0,21 до 1,65±0,13), а концентрация PAI-1 отметила тенденцию к снижению (с 5,29±0,26 до 3,67±0,19), но не приняла нормальные значения. Это говорит о недостаточности монотерапии активатором NO-синтазы и сохраняющимся риском повреждения эндотелия сосудов с развитием в них тромбоза.

Анализ шкалы МКФ, ее эректильной и копулятивной составляющих показал увеличение количества баллов в первых двух группах, однако лучший результат продемонстрировала 2-я группа (с 25,37±0,49 до 31,58±0,67). По результа-

там МИЭФ группа мужчин, получающих комбинированную терапию также набрала наибольшее количество баллов (с 57,56±1,18 до 70,36±0,62). В 3-й группе исследуемых анализ уровня маркеров крови и результатов опросников значимых различий с первоначальными результатами не выявил.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комплексной терапии с воздействием на основные звенья патогенеза развития гипертонической болезни и эректильной дисфункции оказывает эндотелиопротекторное действие, снижая риск развития прямого повреждения и стойкой вазоконстрикции, воспаления и тромбообразования в сосудистом русле. В результате чего происходит нивелирование проявлений эректильной дисфункции, а лечебный эффект сохраняется на долгое время.

Благодарности/Источники финансирования: благодарность за помощь в проведении исследования фармацевтическим компаниям «Материя Медика» и «Северная звезда».

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Диагностика и хирургическое лечение. Оценка исходов и наблюдение

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Г.В. Бадаквa^{1,2}, С.В. Котов^{1,2,3}, А.Г. Юсуфов^{1,3},
А.Д. Болотов^{1,2}, А.П. Семенов^{1,3},
Д.А. Богданов^{1,3}, М.А. Совьяк¹

¹Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета ФGAOУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

²Отделение урологическое, Клиника ГБУЗ «ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова» ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

³Отделение урологическое, Клиника ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстатель-

ной железы, КУДИ, хирургия, диагностика, гиперактивность детрузора.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Причиной симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) помимо инфравезикальной обструкции (ИВО) может являться вторичная по отношению к ней гиперактивность детрузора (ГД). *Цель исследования:* оценить распространенность ГД у пациентов с ДГПЖ, требующей проведения оперативного лечения, оценить динамику изменения уродинамических показателей у пациентов, имевших гиперактивность детрузора до оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2023 гг. В исследование включены 204 пациента, которым перед оперативным лечением ДГПЖ помимо стандартного обследования, включающего заполнение опросника IPSS, комплексное УЗИ мочевыводящих путей и урофлуометрию, выполнено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Исходя из результатов КУДИ, пациенты были разделены на две группы: пациенты с гиперактивностью детрузора и без нее. В срок от 3 до 6 месяцев после проведенной операции пациенты повторно заполняли опросник IPSS. 48 пациентам, имевшим гиперактивность детрузора до операции, через 3–6 месяцев было проведено контрольное КУДИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 204 пациентов гиперактивность детрузора по данным КУДИ была выявлена у 166 (81,37%) пациентов, 38 пациентов (18,63%) не имели признаков ГД. Предоперационные показатели данных групп пациентов представлены в таблице.

Показатели	Среднее у пациентов без ГД М ± SD	Среднее у пациентов с ГД М ± SD	Разница средних
IPSS, баллы	17,6±8	20,2±7,7	2,6
IPSS опорожнения, баллы	10,6±4,5	11,4±5,2	0,8

Показатели	Среднее у пациентов без ГД M ± SD	Среднее у пациентов с ГД M ± SD	Разница средних
IPSS накопления, баллы	7±3,7	8,8±3,6	1,8
Объем простаты, см ³	82,7±31,8	88,9±40,6	6,2
Qmax, мл/с	8,1±4,5	8,3±4,4	0,2
Максимальная цистометрическая емкость	325,2±124,6	199,3±105,5	-125,9
Примечание: M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; IPSS – международная шкала симптомов простаты International Prostate Symptom Score; Qmax – максимальная скорость потока мочи.			

У пациентов, имевших ГД до оперативного лечения, СНМП были выражены больше, преимущественно за счет симптомов накопления, также у данной группы пациентов отмечено значительное снижение максимальной цистометрической емкости. Спустя 3–6 месяцев в обеих группах отмечалось сохранение СНМП легкой или умеренной степени выраженности, в группе пациентов с ГД СНМП были выражены сильнее (IPSS 7,9±5,8 vs 4,9±3,6), преимущественно за счет симптомов накопления (4,7±3,1 vs 1,8±1,9).

Контрольное КУДИ продемонстрировало, что у 43 из 48 пациентов (89,6%) ГД сохранялась, несмотря на устранение ИВО, однако при оценке уродинамических показателей было отмечено, что после устранения ИВО отмечается увеличение объема наполнения, при котором впервые возникает произвольное сокращение детрузора (93,1±45,7 – до операции; 126,3±67,6 – после операции) и уменьшение амплитуды произвольных подъемов детрузорного давления (67,4±42,3 – до операции, 34,5±23,8 – после операции).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У подавляющего большинства пациентов, которым необходимо проведение оперативного ле-

чения по поводу ДГПЖ имеется сопутствующая ГД. При этом среди СНМП у данных пациентов преобладают симптомы накопления. Оперативное лечение ДГПЖ позволяет устранить ИВО, однако сопутствующая ей гиперактивность детрузора может сохраняться в течение длительного времени, что может вести к ухудшению качества жизни пациента и требовать назначения дополнительной терапии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии.

Рубрика: Хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли. Комплексное лечение

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Д.В. Борисенко¹, Б.А. Неймарк^{1,2},
А.И. Неймарк³

¹Урологическое отделение, ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Барнаул, Россия

²Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хронический простатит, гиперкапническая гипоксия, консервативное лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

ХАП/СХТБ является предметом многих исследований, в связи с чем предложены различные способы консервативной терапии. Поиск новых и патогенетически обоснованных методов терапии таким пациентам представляется весьма актуальным. *Цель исследования:* оценить влияние эффекта гиперкапнической терапии на клиническое течение ХАП/СХТБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 106 мужчин с симптомами ХАП/СХТБ и отсутствием инфекционного фактора. Пациенты разделены на две группы по 53 человека. Всем пациентам назначена ба-

зовая терапия первой линии. Антибактериальная терапия: левофлоксацин по 500 мг 1 раз в день, 4 недели. НПВС – ректальные свечи с диклофенаком по 100 мг 1 раз в день, 10 дней, затем ситуационно при болях. Тадалафил по 5 мг при нарушении эректильной функции. Альфузозин по 10 мг 1 раз в день при наличии дизурии. Пациентом 2-й группы добавлены дыхательные тренировки с эффектом гиперкапнической гипоксии, который достигался при помощи тренажера «Карбоник». Динамика течение ХАП/СХТБ оценивалась при помощи анкет NIH-CPSI, МКФ и MIEF-5 до лечения, через 30 и 90 дней после лечения. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение симптомов ХАП/СХТБ среди выборки пациентов представлены в таблице.

Таблица. Распределение симптомов ХАП/СХТБ среди выборки пациентов

Симптомы ХАП	Всего (n=106)		1-я группа (n=53)		2-я группа (n=53)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сексуальные расстройства	25	23,5	12	22,6	13	24,5
Боли различной локализации	106	100	53	100	53	100
Дизурические явления	37	35	20	37,7	17	32,07

Примечание: n – количество пациентов.

Как видно из таблицы, болевой синдром был преобладающим и взят за основу выборки пациентов. В большом количестве наблюдений имело место сочетание двух и более симптомокомплексов. Отмечено, что сексуальные расстройства преобладали у пациентов с индексом выраженности симптомов ХАП/СХТБ более 15 баллов по данным NIH-CPSI.

NIH-CPSI. Боль до лечения: 1-я группа – $10,8 \pm 0,68$, 2-я группа – $11,05 \pm 0,62$. Боль через 90 дней после лечения: 1-я группа – $10,2 \pm 0,61$, 2-я группа* – $5,9 \pm 0,4$. Дизурия до лечения: 1-я группа – $6,03 \pm 0,36$, 2-я группа – $5,3 \pm 0,38$.

Дизурия через 90 дней после лечения: 1-я группа – $4,5 \pm 0,3$, 2-я* группа – $3,2 \pm 0,24$.

МИЭФ-5. До лечения: 1-я группа – $16 \pm 0,33$, 2-я группа – $17,3 \pm 0,56$. Через 90 дней после лечения: 1-я группа – $18 \pm 0,3$, 2-я группа* – $21,4 \pm 0,35$. МКБ. До лечения: 1-я группа – $44,75 \pm 1,09$, 2-я группа – $40,38 \pm 1,4$. Через 90 дней после лечения: 1-я группа – $45,8 \pm 0,8$, 2-я группа* – $56,7 \pm 0,97$.

* $p < 0,05$ с показателем 1-й группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная терапия, дополненная тренировкой на дыхательном тренажере «Карбоник», наиболее позитивно влияет на течение заболевания. Данный вид терапии способствует повышению результатов лечения ХАП/СХТБ и сохранению длительности безрецидивного периода.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Этические аспекты в применении искусственного интеллекта

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОДУКТОВ

С ИСКУССТВЕННЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ

А.О. Васильев^{1,2,3}, Ю.А. Ким^{1,2}, П.А. Арутюнян¹, А.В. Говоров^{1,2}, Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, Москва, Россия

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ, Москва, Россия

³ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

КЛЮЧЕВАЯ СЛОВА:

искусственный интеллект, этика, машинное обучение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современные требования к развитию систем на основе искусственного интеллекта (ИИ) были обозначены на законодательном уровне (Указ Президента РФ от 10.10.2019 г. № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской

Федерации»), в рамках которого была утверждена Национальная стратегия развития искусственного интеллекта в Российской Федерации на период до 2030 г., направленная на лидерство России в области ИИ. Наряду с несомненными преимуществами систем на основе ИИ, которые потенциально призваны помочь специалистам в их рутинной практике, отсутствие нормативных документов, регламентирующих деятельность последних, могут затруднить интеграцию разрабатываемых систем с текущей клинической деятельностью. *Цель исследования.* Провести обзор имеющихся источников по проблемам активного внедрения систем на основе ИИ в клиническую практику; изучить этические аспекты реализации исследований, направленных на разработку новых программ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен всесторонний анализ имеющейся мировой литературы, опубликованной в период с 2018 по 2022 г., касающейся этических аспектов применения ИИ в медицинской деятельности. Анализу подвергнуты 15 статей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе анализа данных были сформулированы 7 основных правовых принципов регулирования ИИ: недопустимость причинения вреда человеку, уважение человеческого достоинства и конфиденциальности, автономность воли, информированное согласие (или презумпция несогласия), справедливость, раскрытие информации о разработке (а также о производстве и использовании программ ИИ). Определены ключевые правила взаимодействия с ИИ: доверие, инклюзивность, ответственность, беспристрастность, надежность и соблюдение прав и свобод человека. Определяющими факторами в формировании принципов «этики» ИИ являются: непричинение вреда, автономия, справедливость, благодеяние и объяснимость / прозрачность решений ИИ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальный вопрос активного внедрения систем на основе ИИ заключается в том, что до конца не ясно, кто несет ответственность за применение ИИ – врач или разработчик программ? В этой связи Национальный кодекс этики в сфере ИИ четко определяет позиции, подчеркивая, что главным приоритетом в развитии технологий ИИ является защита интересов людей, отдельных групп и каждого человека, а при создании и ис-

пользовании ИИ необходимо полностью осознавать ответственность, которая в рамках применения ИИ всегда лежит на специалисте, применяющем технологии ИИ. С целью минимизации рисков неправильного применения ИИ данные технологии следует внедрять только там, где это принесет несомненную пользу людям, а информирование об уровне развития технологий ИИ, их возможностях и рисках будет максимально прозрачным и правдивым.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых

урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВЫБОР ДОСТУПА И ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЕМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Д.А. Галицкая, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко,
А.Б. Вардак, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин

*НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детская урология, удвоение верхних мочевых путей, хирургия, лапароскопия, эктопия устья, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уретероцеле, гидронефроз, нефункционирующая почка, дети, перкутанная нефролитолапаксия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Удвоение верхних мочевых путей (ВМП) имеет различное клиническое проявление в зависимости от состава порока и является сложной клинической задачей для врача уролога. *Цель исследования:* улучшить результаты лечения детей с удвоением верхних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НИИ урологии с 2011 по 2022 г. наблюдались 42 пациента с сочетанием удвоения верхних мочевых путей (ВМП) с пороками развития: с полным – 32; с неполным – 10. Распределение по половой принадлежности: 29 – мальчики; 13 – де-

вочки. Распределение пациентов по стороне удвоения ВМП: справа – 16; слева – 15; двухстороннее – 11 (две стороны были оперированы – 1; правая – 5; левая – 5). Верхняя половина поражена у 19 пациентов, нижняя – у 7, обе половины – у 15 детей. Первично обратились 27 пациентов, ранее оперированы 15 (уретероцистоанастомоз (УЦА) – 3; геминефрэктомия – 2; коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) – 7; пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) – 1; уретеростомии – 2; рассечение уретероцеле – 3; перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛП) – 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования для удобства структурирования групп пациентов (в связи с большой разрозненностью вариантов пороков) мы ввели классификацию – простой порок и сочетанный. В простой порок входила группа пациентов с удвоения ВМП и ПМР (13) или уретероцеле (4). Данной группе пациентов выполнялась хирургическая коррекция с использованием цистоскопического доступа: эндопластика устья мочеточника объемообразующим веществом или надсечение уретероцеле.

В группу сочетанного порока (21) вошли пациенты с удвоением ВМП и эктопией устья мочеточника (1)/ мегауретером (2) или с удвоением ВМП с сочетанием нескольких диагнозов 2 (12) и более 2 (6) (ПМР, нефункционирующая почка, уретероцеле, мегауретер, эктопия устья мочеточника, дистопия почки). Эктопия устья мочеточника встречалась у 6 пациентов: внепузырная локализация (открытие во влагалище) – 3; внутрипузырная локализация (открытие в шейку мочевого пузыря) – 3. Ложное недержание мочи проявлялось у 4 пациентов. Хроническая инфекция мочевых путей наблюдалась у 14 пациентов. В связи с выраженным снижением функции почки была выполнена лапароскопическая геминефрэктомия (4) и нефруретероэктомия (1). Лапароскопическая реимплантация мочеточника выполнена 18 (с продольным обуживанием мочеточника – 6); коррекция ПМР объемообразующим веществом – 10; рассечение уретероцеле – 5; лапароскопическая пластика ЛМС – 1. Комбинированное лечение получили 8 пациентов: пневмозикоскопическая реимплантация мочеточника с иссечением уретероцеле – 2; рассечение уретероцеле с цистолитоэкстракцией – 1; реимпланта-

ция мочеточника единым блоком – 3; двусторонняя реимплантация мочеточника – 1; коррекция ПМР двух мочеточников с одной стороны – 1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с большой разрозненностью составных элементов порока (удвоение верхних мочевых путей и сопутствующей патологии уретероцистального сегмента), редкой встречаемостью – определение тактики лечения и выбор оптимального объема хирургического вмешательства оказывает прямое влияние на отдаленные результаты и функцию удвоенной почки.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Аугментационная хирургия наружных половых органов мужчин. Оценка исходов и осложнений

РАССЕЧЕНИЕ ПОДВЕШИВАЮЩЕЙ СВЯЗКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

К.С. Гулузаде¹, С.И. Гамидов^{1,2}, Т.В. Шатылко²

¹*Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)*

²*Отделение андрологии и урологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аугментационная хирургия, лигаментотомия, рассечение подвешивающей связки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сообщить об эффективности и возможных осложнениях при рассечении подвешивающей связки полового члена у пациентов с неудовлетворенностью длиной полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное ретроспективное исследование, которое проводилось с января 2022 г. по январь 2023 г.,

включает 20 физически здоровых мужчин неудовлетворенных длиной полового члена. Критериями исключения были врожденные или приобретенные заболевания полового члена, микропенис, наличие психических заболеваний. В предоперационном периоде пациенты были консультированы, информированы о возможных осложнениях. Обсуждены ожидания пациентов от возможного оперативного лечения. После получения информированного согласия выполнялось физикальное обследование. Измерялись размеры полового члена в состоянии покоя, в растянутом состоянии, эрекции. Среднее значение длины полового члена в состоянии покоя – 7,8 см, в растянутом состоянии – 11,9 см, эрекции – 12,02 см. В качестве оперативного пособия использовалась техника рассечения подвешивающей связки с V-Y-образной кожной пластикой в собственной модификации, не требующей интерпозиции и ношения экстендера. Также оценивалось интраоперационное измерение длины подвешивающей связки полового члена. После окончания операции измерялся прирост длины полового члена на операционном столе. Пациенты наблюдались в течение периода до снятия швов, повторные явки были запланированы на 3-й и 6-й месяц после операции. Оценивались также наличие и выраженность осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прирост длины полового члена составил $2,92 \pm 1,2$ см. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции составила 3 дня. Серьезных осложнений не было отмечено. У 5 пациентов отмечалась серома, что было вылечено консервативными методами, у 2 пациентов отмечалось грубое рубцевание операционной раны. Не было отмечено патологического укорочения полового члена в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассечение подвешивающей связки полового члена в комбинации с кожной пластикой является наиболее безопасным методом хирургического удлинения у пациентов с неудовлетворенностью длиной полового члена. Преимуществами этого метода являются небольшая продолжительность операции, относительная простота оперативной техники, короткие сроки стационарного наблюдения в послеоперационном периоде, отсутствие выраженных осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Криоабляция

КАРБОКСИКРИОАБЛЯЦИЯ СВИНОЙ ПОЧКИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

А.Д. Дамиев, Е.В. Шпоть, Г.Н. Акопян, Р.Р. Харчилава, М.А. Газимиев

ВВЕДЕНИЕ

Впервые криоабляция почки в эксперименте на животных была выполнена в 1974 г. Но из-за сложности самой процедуры и техники выполнения методика не получила широкого применения. Стремительное развитие науки и техники последнее десятилетие привело к существенному усовершенствованию криоинструментов, и методика криоабляции нашла применение в лечении рака почки и рака предстательной железы с применением аргона и гелия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить возможность выполнения криоабляции почки при помощи углекислого газа, а также определить влияние низких температур углекислого газа на «живой» кровоснабжаемый орган (свиная почка).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Институте урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, на базе учебного центра Praxi Medica с декабря 2020 г. была выполнена серия лапароскопических криоабляций свиной почки при помощи модифицированного криозонда, который вводился в почку путем пункции почечной ткани под лапароскопическим контролем. В экспериментах использованы почки свиной самки линии мини-пиг 35 кг/6 мес. Криоабляция выполнялась с помощью оборудования Erbecryo. В процессе эксперимента сравнивались различные режимы криоаморозки почечной ткани в следующих режимах: экспозиция 60, 90 и 120 сек. Криоабляция проводилась в различных сегментах почки. По завершении процедуры почка немедленно извлекалась лапаротомным доступом и отправлялась на гистологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным гистологических заключений было отмечено, что по периферии от места установки криозонда наблюдалась массивная зона некроза почечной ткани. Во всех представленных фрагментах криоабляции зону некроза окружало демаркационное воспаление – фокусы кровоизлияний, отдельные резко расширенные полнокровные сосуды. Эпителий канальцев в демаркационной зоне в состоянии белковой (гиалиново-капельной и гидropической) дистрофии. Также было отмечено, что выраженная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, обычно характерная для воспалительной инфильтрации при различных формах некроза, в данном случае не наблюдалась. Присутствовали единичные лейкоциты. Также отмечена прямая взаимосвязь между режимом экспозиции и размерами зоны некроза. Так, наиболее обширная зона некроза (до 10 мм) была достигнута при выполнении криоабляции режимом 120 сек.

ВЫВОДЫ

Криоабляция углекислым газом является эффективным методом криоабляции почечной ткани свиной почки в эксперименте, однако исследования с применением CO₂ требуют дальнейших исследований в отношении эффективности и безопасности.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Лечение хирургическое (инвазивное)

УРЕТРОПЛАСТИКА В РАННИЕ СРОКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.В.Капенкин¹

¹ *Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ»
Минздрава России, Волгоград, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма уретры, уретропластика, хирургия, лечение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание клинического случая посттравматического разрыва уретры с ранней отсроченной уретропластикой.

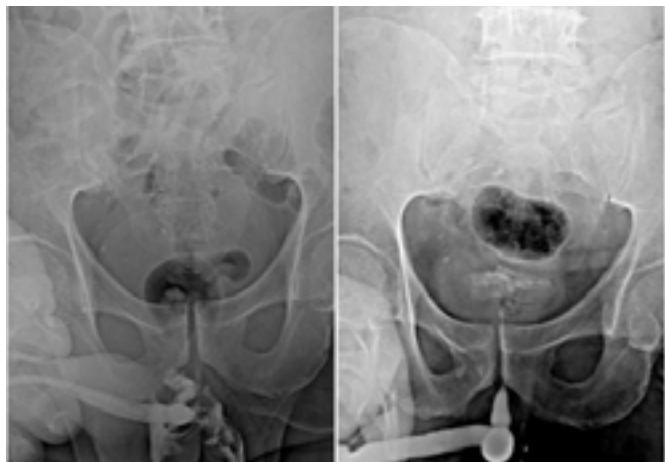
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлены данные клинического наблюдения пациента с посттравматическим разрывом уретры, которому в ранние сроки была выполнена уретропластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент И., 54 года, поступил 09.11.2022 г. в урологическое отделение ГУЗ «КБ № 12» г. Волгограда по экстренным показаниям, через 12 часов после ДТП, с жалобами на примесь крови в моче, боль тупого характера, средней интенсивности в мошонке с иррадиацией в промежность, увеличение мошонки в размерах, подтекание крови в области промежности. Выполнена ретроградная уретрография, по данным которой в области бульбозного отдела уретры экстрavasация контрастного препарата за пределы уретры. В день поступления пациенту, ввиду острой задержки мочеиспускания и невозможности установки уретрального катетера, была выполнена эпицистостомия. На фоне консервативной терапии состояние пациента нормализовалось к седьмым суткам. На 10-е сутки, у пациента отмечались признаки мочевого затека мошонки, ввиду которого 20.11.2022 г. пациенту была выполнена скрототомия, ревизия мошонки, вскрытие и дренирование мочевого затека, уретрография. Во время операции было установлено, что уретра в области бульбозного отдела полностью пересечена, вентральная стенка уретры отделена и имbibирована кровью. В ходе оперативного вмешательства было решено выполнить одномоментную реконструктивную анастомотическую пластику. Без натяжения был сформирован анастомоз на силиконовом уретральном катетере, который был укрыт лоскутом луковично-губчатой мышцы. Послеоперационный период прошел без особенностей. Пациент выписан через 26 суток от начала госпитализации. Уретральный катетер у пациента был оставлен на 8 недель, после проведения рентген-контроля пациенту были удалены эпицистостома и уретральный катетер, через неделю наблюдения мочеиспускание восстановилось в полном объеме.

Рисунок. Ретроградная уретрография: А – 09.11.2022; Б – 16.02.2022



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным большинства отечественных и зарубежных рекомендаций по диагностике и лечению травматических повреждений уретры, реконструкция уретры проводится в среднем через 3–6 месяцев с момента получения травмы. Данный клинический пример успешной реконструкции уретры после полного ее пересечения в ранние сроки указывает на возможный успех подобной тактики, что является подспорьем к дальнейшим клиническим исследованиям.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Синдром хронической тазовой боли. Интерстициальный цистит

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ

А.Е. Карасев¹, О.Д. Маркова¹, Г.Р. Касян¹

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

интерстициальный цистит, синдром болезненного мочевого пузыря, Гуннеровское поражение.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Интерстициальный цистит/синдром болезненно-

го мочевого пузыря до сих пор остается одной из частых причин хронической тазовой боли. Несмотря на длительное и активное изучение данной нозологии, дефиниции, подходы к диагностике и лечению далеки от совершенства. *Цель исследования:* создания и валидация диагностического опросника для пациентов с интерстициальным циститом язвенной формы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлены промежуточные результаты послеоперационного наблюдения пациентов с подтвержденным диагнозом интерстициальный цистит язвенной формы. Респондентам предлагалось пройти опрос, состоящий из 15 пунктов. Возможность прохождения опроса была обеспечена в онлайн- или оффлайн-вариантах. Проанализированы истории болезней пациентов с диагнозом интерстициальный цистит, проходившие хирургическое лечение на базе ГКБ им. Спасокукоцкого. Среди 80 пациентов с исследуемым диагнозом 55 соответствовали критериям включения. Согласие на участие в опросе подтвердили 34 пациента. Важнейший критерий включения – отсутствие хирургического лечения за последние 3 месяца, подтвержденные Гуннеровские поражения эндоскопическим методом в анамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В опросе приняли участие 34 пациента, среди которых 1 мужчина, 33 женщины. Несмотря на отсутствие общепринятой тактики поддержания межприступного периода, средний балл пациентов в этом периоде, согласно визуальной аналоговой шкале боли составил 4,7 баллов. Более высокие показатели визуальной аналоговой шкалы боли отмечались у 8 пациентов, поступившие для выполнения хирургического лечения 6,25 балла. Бактериологический анализ мочи с позитивной культурой отмечался у 53% респондентов. Облегчение симптомов на фоне приема антибактериальных препаратов отмечалось у 50% респондентов. Наличие боли в других участках малого таза, за пределами мочевого пузыря отметили 79% респондентов. Наиболее частая локализация боли в других участках малого таза отмечается в уретре и промежности. Подавляющее большинство опрошенных в своей терапии используют пентосан полисульфат, amitриптилин, препараты нитрофурановой группы. Среднее время от начала симптомов до установки окончательного диагноза у респондента составило около 6 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что инфекция является критерием исключения диагноза интерстициальный цистит, более 50% пациентов имеют положительную бактериальную культуру в моче. Полученные результаты говорят о необходимости усовершенствования существующих подходов к диагностике данного заболевания, а также разработки алгоритмов лечения синдрома болезненного мочевого пузыря в межприступном периоде. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Острое повреждение почек

ВЛИЯНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТКОНТРАСТНОМ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК

М.М. Кондрашов¹, Е.А. Шумакова¹,
Е.С. Герасимова¹

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «КГМУ»
Минздрава России, Курск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

постконтрастное острое повреждение почек, эритропоэтин, йогексол.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отмечается рост вмешательств, сопровождающихся введением рентгенконтрастных средств, в том числе за счет пациентов урологического профиля. Однако спектр вмешательств для профилактики одного из возможных осложнений – постконтрастного острого повреждения почек, существенно ограничен и заключается, как правило, в проведении гидратации. *Цель исследования:* оценить влияние эритропоэтина на динамику функциональных показателей при экспериментальном постконтрастном остром повреждении почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на 18 белых лабораторных половозрелых крысах-самцах, массой 180–220 г. Моделирование постконтрастного острого повреждения почек производилось путем последовательного введения нестероидного противо-

воспалительного средства – диклофенака (в дозе 10 мг/кг); N-нитро-L-аргинин метилового эфира (в дозе 10 мг/кг) внутривенно и йогексола (в дозе 3 г йода/кг) – внутривенно (в хвостовую вену). Интервалы между введениями составляли 30 мин. Введение исследуемого препарата эритропоэтина осуществлялось в дозе 500 МЕ/кг (выбор дозы обусловлен анализом литературных данных) за 30 мин. до введения диклофенака. Через 48 часов после введения фармакологических агентов под наркозом осуществлялся забор крови из правого желудочка лабораторных животных. Далее производилась оценка концентрации в крови креатинина и мочевины. Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Последовательное введение диклофенака, N-нитро-L-аргинин метилового эфира и йогексола приводило к изменению концентрации биохимических показателей, креатинина и мочевины, через 48 часов от начала эксперимента. Так, концентрация креатинина в группе с моделированием постконтрастного острого повреждения почек составила $100,6 \pm 5,9$ мкмоль/л, а мочевины – $11,5 \pm 0,9$ ммоль/л, что сопоставимо с данными, полученными в других лабораториях, а также клинической практикой и определением постконтрастного острого повреждения почек (характеризуется повышением концентрации сывороточного креатинина на 25% и более). Предварительное введение эритропоэтина (Эральфон, «Фарм-Фирма «Сотекс») в дозе 500 МЕ/кг способствовало статистически достоверному снижению указанных показателей до уровней $84,4 \pm 3,2$ мкмоль/л и $8,8 \pm 0,5$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительное введение эритропоэтина в дозе 500 МЕ/кг крысам-самцам на фоне моделирования постконтрастного острого повреждения почек способствует уменьшению тяжести патологических изменений, о чем свидетельствует тенденция к снижению концентрации креатинина и мочевины. Необходимы дальнейшие исследования по оценке функционального состояния почек, а также поиск новых агентов – производных эритропоэтина, более эффективных при данной патологии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии
Рубрика: Инфертильность, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМ ВАРИКОЦЕЛЕ

Н.Д. Корочкин^{1,2}, С.В. Котов^{1,2}

¹Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

²Отделение урологическое, Клиника ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

варикоцеле, рецидив варикоцеле, микрохирургическая варикоцелэктомия, операция Мармара, мужское бесплодие.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Существует множество вариантов хирургического лечения варикоцеле, большинство из которых имеют исключительно историческое значение ввиду высокой частоты рецидивов и осложнений. Методом выбора при первичном лечении можно считать микрохирургическую варикоцелэктомию, однако в 1–3% случаев впоследствии выявляется рецидив. *Цель исследования:* оценить эффективность оперативного лечения пациентов с рецидивным варикоцеле, определить оптимальную хирургическую тактику в зависимости от метода первичного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное наблюдательное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021–2023 гг. В исследование включены 77 пациентов, которым было выполнено хирургическое лечение варикоцеле в различных медицинских учреждениях.

В зависимости от первичного лечения пациенты были разделены на две группы: 1-я – рецидив после немикрохирургических операций (n=36), 2-я – рецидив после микрохирургической операции (n=41). Пациентам 1-й группы выполнялась операция Мармара. Пациентам 2-й группы выполнялась эндоваскулярная операция (n=14) или повторная операция Мармара (n=27). В срок от 6

до 12 месяцев пациентам выполнялись объективный осмотр и УЗИ органов мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов первой группы был достигнут клинический эффект, однако один пациент имеет УЗ-признаки повторного рецидива варикоцеле. Частота повторного рецидива составила 2,7%, что сопоставимо с результатами первичной микрохирургической операции.

Во 2-й группе у 7 пациентов (33,3% от числа тех, кому предлагалось эндоваскулярное вмешательство) при флебографии отсутствовала техническая возможность эмболизации в связи с анатомическими особенностями строения яичковой вены – этим пациентам была выполнена повторная операция Мармара. У всех пациентов, которым выполнялось эндоваскулярное вмешательство, был верифицирован рецидив реносперматического типа. Пациентов с илеосперматическим рефлюксом, а также синдромом Мея-Тернера не выявлено.

У 8 пациентов 2-й группы (19,5%) сохраняются УЗ-признаки рецидива (расширение вен гроздевидного сплетения более 3 мм в сочетании с ретроградным кровотоком более 3 сек.).

Метод повторного лечения	Количество пациентов	Частота повторного рецидива, %
Эндоваскулярная эмболизация	14	28,57 (n=4)
Повторная операция Мармара	20	5 (n=1)
Диагностическая флебография+повторная операция Мармара	7	42,86 (n=3)

В 6 случаях повторный рецидив – субклинический, у одного пациента сохраняется болевой синдром, еще у одного – бесплодный брак.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При рецидиве после немикрохирургических вариантов лечения варикоцеле методом выбора является операция Мармара. При рецидиве после микрохирургического вмешательства предпочтительным методом является повторная операция, демонстрирующая более низкую частоту

повторного рецидива. Можно рассматривать вариант эндоваскулярной эмболизации, информировав пациента о преимуществах и недостатках данного метода.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Гидронефроз. Оперативное лечение. Показания

ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОНЕФРОЗА У ВЗРОСЛЫХ

А.И. Махмадалиев², А.А. Серегин^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина», Москва, Россия

²Кафедра урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидронефроз, пиелозктазия, ДНСГ, хирургия, диуретическая динамическая нефросцинтиграфия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Широкое распространение скрининговых методик лучевой диагностики привело к увеличению частоты выявления пиелозктазий у взрослых. Стандартная динамическая нефросцинтиграфия (ДНСГ) в 35% случаев не позволяет дифференцировать пиелозктазию от обструкции, характерной для гидронефроза. Проведение функциональной пробы с фуросемидом при ДНСГ предлагается для дифференциальной диагностики таких неравнозначных состояний. *Цель исследования:* оценка эффективности применения диуретической ДНСГ в диагностике пациентов с гидронефрозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2018 г. по январь 2023 г. в радиологической и урологической клиниках РМАНПО были обследованы 173 пациента с расширением ЧЛС. 86 пациентов имели клинические симптомы гидронефроза: боли на стороне поражения, пиелонефрит и уrolитиаз в анамнезе. Всем пациентам

проведена стандартная ДНСГ в положении сидя. В качестве радиофармпрепарата использовался ^{99m}Tc-ДТРА. В 147 случаях проведена диуретическая проба с фуросемидом в дозе 20 мг, который вводился на 20 минуте исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время полувыведения менее 10 мин., что свидетельствует об отсутствии нарушения уродинамики, отмечено у 20 (14%) (из 147) пациентов при стандартной ДНСГ. Еще у 63(44%) пациентов отмечена нисходящая кривая и быстрое достижение времени полувыведения в течение 10 мин. после введения фуросемида (диуретическая ДНСГ). Из них только у 10 пациентов имелись эквивокальные изменения при стандартной ДНСГ (время полувыведения – от 10 до 20 мин.). У 59(42%) пациентов сохранилась обструктивная кривая и время полувыведения не было достигнуто за время исследования. Интересно, что из 86 пациентов с клиническими симптомами 75 больных (94%) имели обструктивную кривую при стандартной ДНСГ и только 65(81%) пациентов – при диуретической. У 15 пациентов (19%) кривая не носила обструктивный характер. При оценке функционального вклада почек выявлено, что у 22 (15,5%) пациентов дифференциальная почечная функция (реноиндекс) на стороне поражения составила менее 25%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение диуретической динамической нефросцинтиграфии позволило выявить в три раза больше пациентов (44 против 14%) с отсутствием обструкции при расширении ЧЛС, чем при стандартной ДНСГ, что позволило этим пациентам избежать оперативного лечения.

Выявленные отличия свидетельствуют о необходимости введения диуретической динамической нефросцинтиграфии в стандарты обследования пациентов с подозрением на гидронефроз.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТ ПОЧЕК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

П.А. Симонов^{1,2}, М.А. Фирсов^{1,2}, Т.А. Гаркуша^{2,3}, Д.И. Лалетин^{1,2}, Е.А. Безруков^{2,4}, Д.А. Дунц²

¹Урологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

²Кафедра урологии, андрологии и сексологии с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

³КГБУЗ «Красноярское краевое патологоанатомическое бюро», Красноярск, Россия

⁴Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическое иссечение кист почек, кисты почек, морфологическое исследование.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным отечественных и зарубежных авторов, киста почки является одним из распространенных урологических заболеваний. В общей популяции распространенность кист почек составляет 20–50%. На сегодняшний день все большую распространенность получает лапароскопическое иссечение стенки кисты почки, которое дает возможность провести гистологическое исследование ткани. *Цель исследования:* изучить патоморфологические изменения кист почек категории 1 и 2 по Bosniak, в зависимости от локализации и размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 25 историй болезней пациентов, которые находились на стационарном лечении по поводу симптоматических кист почек на базе урологического отделения Краевой клинической больницы г. Красноярска. Всем пациентам предварительно сделана мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием. По категории Bosniak кисты оценены как 1 и 2 категория. Всем пациентам выполнялось лапароскопи-

ческое иссечение стенок кист, также проведено гистологическое исследование резецированных стенок кист. Средний возраст пациентов составил 57 ± 25 лет. Из них женщин – 10 (40%), мужчин – 15 (60%). Средний размер кист составил $79,7 \text{ ср} \pm 12,5$ мм. Распределение по группам отражены в таблице.

Таблица. Характеристика иссеченных стенок кист почек

Размер кисты	Средний размер (мм)
Менее 5 см (4 случая – 16%)	47
более 5 см (16 случаев – 64%)	86
Парапельвикальные кисты (5 случаев – 20%)	83

РЕЗУЛЬТАТЫ

Описанная фаза морфологического исследования демонстрирует, что у стенок кист небольших размеров в структуре стенки и подлежащих тканей преобладает склероз (100%), в 75% выявлены атрофические каналы. Средняя толщина базальной мембраны – 3 мкм. У кист больше 5 см в структуре стенки и подлежащих тканей преобладает гиалиноз (81%), уплощенный эпителий (75%), а также отмечено увеличение степени воспалительной инфильтрации. Средняя толщина базальной мембраны – 2,1 мкм. В стенках парапельвикальных кист преобладает гиалиноз и уплощенный эпителий (100%). Средняя толщина базальной мембраны – 1,2 мкм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Используя морфометрические данные по отношению к кистам почек возможно обосновать необходимость оперативного лечения. Изменения структуры стенки кисты свидетельствуют о длительности процесса, что связано с давлением на ткани вокруг кисты, вызывая соответствующую симптоматику у пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии
Рубрика: Разработка новых стандартов в диагностике, а также показаний к активному наблюдению и лечению кист почек

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КИСТ ПОЧЕК НА ПОЧЕЧНУЮ ФУНКЦИЮ

С.О. Сухих¹, В.А. Малхасян^{1,2}, Т.Б. Махмудов¹,
Ю.Ш. Гильфанов³, И.В. Семенякин⁴,
Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Городская клиническая больница им.

С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, Москва, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

³МДДС ООО «СберМедИИ», Москва, Россия

⁴АО «Группа компаний «Медси», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

кисты почки, функция почки, объем почечной паренхимы, лучевые методы диагностики кист почек.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кисты почек – одно из самых распространенных заболеваний в урологии, встречающееся чаще всего на этапе амбулаторного скрининга у людей старшего возраста, вне зависимости от пола. Влияние кист на функциональное состояние основных органов и систем в организме человека до сих пор активно обсуждаются специалистами. В этой связи изучение влияния простой кисты почки на функцию почки, выявление характеристик кисты, влияющих на функцию почки с целью формулирования показаний к хирургическому лечению, является актуальным на сегодняшний день.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2022 по 2023 г. проведено проспективное, когортное исследование на базе кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. В исследование включены 109 пациентов. В исследование включались пациенты с солитарной кистой правой или левой почки I–II степени по классификации Bosniak. Всем пациентам проводился расчет клиренса креатинина, СКФ, а также инструментальные методы исследования, такие как МСКТ мочевыделительной системы с контрастным усилением и ангиофросцинтиграфия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных было получено, что наибольший размер кисты составил 201 мм, минимальный – 46 мм. Объем паренхимы пораженной почки составила 174 (137; 206) мл, объема атрофированной или утраченной паренхимы (объем кратера кисты) составил 49 (27; 71) мл. Доли утраченной паренхимы составила 28% (19%; 37%). Средняя разница СКФ здоровой и пораженной кистой почки составила 11 [8,70; 13,44] мл/мин., что является статистически значимой величиной ($p=0$). Корреляционный анализ выявил статистическую значимую связь доли утраченной паренхимы с максимальным размером кисты: $r=0,37$ с 95% ДИ [0,20; 0,52] ($p=0$). Модель многофакторной логистической регрессии показала, что статистически значимым фактором, влияющим на вероятность существенного снижения СКФ, является доля утраченной паренхимы почки (ОШ=1,13; $p=0$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показали, что размер кисты почки связан с атрофией почечной паренхимы и влияет на снижение СКФ пораженной почки. Следует рассмотреть более углубленное обследование пациентов с кистами больших размеров, включение ангиофросцинтиграфии в методы диагностики данного заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии
Рубрика: Синдром хронической тазовой боли

ПАРАФУНИКУЛОВЕЗИКУЛЯРНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ КАК ИСТОЧНИК ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

А.С. Трапезов, С.В. Трапезов, К.Б. Пузаков,
С.К. Ефетов, М.М. Чёрный, С.П. Данилов,
Д.Н. Фиев, Е.А. Безруков, А.З. Винаров

ВВЕДЕНИЕ

Патогенез синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у мужчин остается неясным. Анализ характера и локализации тазовой боли позволил нам при ректальном пальцевом исследовании (РПИ) выявить наличие инфильтративных образований (ИО) в проекции тазового отдела семявыносящих путей (СВП), выше и латеральнее

простаты вне связи с ней. При пальпации ИО пациенты отмечали болевые ощущения, которые они определяли, как беспокоящую боль.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить возможности клинических и лучевых методов обследования в выявлении ИО, установить их взаимосвязь с СХТБ при наличии болевой симптоматики, симптомов нарушения мочеиспускания (СНМ) и эректильной дисфункцией (ЭД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 26 мужчин от 25 до 48 лет с жалобами на тазовые боли, боли в нижних отделах живота, подвздошно-паховых областях с иррадиацией в яички, внутреннюю поверхность бедер, крестец, анальную и нередко поясничную область, а также наличие СНМ и ЭД. Отбор пациентов с СХТБ проводился по шкалам ВАШ, IPSS, МИЭФ-5. Всем пациентам проведены общие клинические и специальные исследования с применением РПИ с одновременной компрессией передней брюшной стенки УЗ – датчиком в контрпозиции пальцу, введенному в прямую кишку, в надлобково-паховых областях и таким же бимануально-компрессионным приемом под УЗИ контролем с расширением зоны сканирования в области тазовой локализации СВП, через проекцию седалищных отверстий с обеих сторон. Всем пациентам было проведено ТРУЗИ, МРТ малого таза с контрастированием в режиме поиска параректальных свищей, КТ исследование малого таза при выявлении ИО по данным предшествовавшего МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами выявлены ИО размерами от 0,5x1,5 см до 2,5x3,5 см, как билатерально, так и с одной из сторон. Мы не нашли подобного описания таких ИО в доступной литературе. При ТРУЗИ эти ИО обнаружены не были. При МРТ малого таза по программе поиска параректальных свищей у 8 пациентов со сроком заболевания более 7 лет были выявлены ИО в проекции СВП разной локализации, как с одной, так и с обеих сторон, размерами, сопоставимыми с РПИ. При КТ только у 2 пациентов из этих 8 были выявлены ИО. При микроскопическом исследовании отделяемого, полученного при раздельном массаже в проекции ИО, у всех пациентов выявлено наличие скоплений слизи с деструктивным эпителием СВП без признаков бактериального воспаления. Всем пациентам проведено физиотера-

певтическое лечение с применением инъекционного электрофореза противовоспалительными и ферментативными препаратами с полным разрешением ИО и сопутствующей симптоматики, включая СНМ и ЭД.

ВЫВОДЫ

СХТБ может сочетаться и быть результатом ИО в парфунукуло-везикулярных зонах. Основным методом диагностики ИО является компрессионно-бимануальное РПИ под контролем УЗИ. Визуализация при МРТ выявляемых ИО возможна только в режиме поиска параректальных свищей, у пациентов со сроками заболевания более 7–10 лет.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Научные доклады ординаторов в урологии

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

А.С. Панферов¹, Е.А. Бекреев¹, В.С. Ястребов¹, В.В. Елагин¹, Е.В. Медведева¹, А.В. Игошкин¹

*¹Медицинский центр «Медассист»,
Центр урологии, Курск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Орхалгия, тромбоз яичковой вены, варикоцеле, операция Мармара.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Варикоцеле выявляют у 15% здоровых мужчин, у 35% – с первичным и у 80% – с вторичным бесплодием. По данным российских клинических рекомендаций, тромбоз яичковой вены является крайне редкой причиной развития варикоцеле в практике врача-уролога. *Цель исследования:* оценка эффективности проведения микрохирургической субингвинальной диссекции яичковых вен. Оценка возможность применения данного метода при варикоцеле, вызванного спонтанным тромбозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2018 г. по март 2023 г. по поводу варикозного расширения вен органов мошонки прооперированы 125 пациентов, средний возраст которых составил 29,32±2,7 года. Из этого числа 10 пациентов – с варикоцеле III ст. (8%), 115 – с варикоцеле II ст. (92%). Двустороннее поражение

было диагностировано у 9 пациентов (7,2%), одностороннее справа – 1 пациент (0,8%), одностороннее слева – 115 пациентов (92%) соответственно. 8 пациентов (6,4%) после уже проведенного хирургического лечения: 3 (2,4%) – после лапароскопической варикоцелэктомии; 3 (2,4%) – после эндоваскулярной эмболизации левой яичковой вены; 2 (1,6%) – после о. Иванисевича.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем вышеописанным больным по поводу основного заболевания хирургическое пособие выполнялось в объеме микрохирургической субингвинальной диссекции яичковых вен с пораженной стороны (сторон), или операции Мармара. Средняя продолжительность операции составила $43,7 \pm 9,3$ мин. У всех исследуемых срок госпитализации не превышал одних суток. Осложнений в послеоперационном периоде по классификации Cavien-Dindo не было выявлено ни у одного из пациентов. Выраженность болевого синдрома определялась при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) в раннем послеоперационном периоде и составила $0,81 \pm 0,54$ балла. Клинический случай: Мужчина, 41 год, обратился к урологу клиники с жалобами на периодически тянущую боль в левой половине мошонки. По данным физикального осмотра, в левой половине мошонки определяются варикозно-расширенные вены гроздьевидного сплетения, проба Вальсальвы положительная. При дообследовании: по данным спермограммы – астенотератозооспермия. По данным УЗИ органов мошонки: вены гроздьевидного сплетения: справа не расширены, слева расширены, диаметром лежа до 2,5 мм, стоя до 2,8 мм; с рефлюксом при пробе Вальсальвы. Было показано выполнение микрохирургической субингвинальной диссекции яичковых вен слева. В ходе операции при выделении одной из вен семенного канатика выявлено расширение и уплотнение ее стенки. При пересечении данной вены обнаружено плотное светло-серое образование, облитерирующее просвет вены, размерами $6 \times 3 \times 3$ мм. Материал извлечен, отправлен на гистологическое исследование.

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе исследуемых пациентов выявлено,

что рецидив варикоцеле после микрохирургической субингвинальной диссекции яичковых вен был зафиксирован у 2 (1,6%) пациентов. У одного пациента (0,8%) выявлен случай спонтанного тромбоза ветви яичковой вены, что привело к возникновению симптоматического варикоцеле. Операция Мармара является эффективным методом оперативного лечения варикоцеле при спонтанном тромбозе.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Мочекаменная болезнь. Лечение хирургическое

ОДНОМОМЕНТНАЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ МИНИ-ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ

С.В. Попов¹, Р.Г. Гусейнов^{1,2}, Е.В. Помешкин¹, А.В. Давыдов¹, И.С. Пазин¹, В.В. Перепелица¹, А.Р. Уразметов²

¹Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочекаменная болезнь, мини-перкутанная нефролитотрипсия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мочекаменная болезнь (МКБ) остается одной из самых частых причин госпитализации в урологические стационары и обращения за амбулаторной помощью. Одной из наиболее сложных форм МКБ, характеризующихся тяжестью течения заболевания, высокой частотой рецидивирования, является двусторонний нефролитиаз. В лечении крупных, множественных, коралловидных камней ведущее место занимает мини-перкутанная нефролитотрипсия (мини-ПНЛТ). В большинстве случаев мини-ПНЛТ при двустороннем нефролитиазе выполняется этапно с двумя и более госпитализациями. Однако в настоящее время развитие эндоскопических технологий и способов анестезии позволяет выполнять оперативное лечение двустороннего нефролитиаза в ходе одной операции. *Цель исследова-*

ния: оценить эффективность и безопасность одномоментной билатеральной мини-перкутанной нефролитотрипсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось с ноября 2021 г. по февраль 2023 г. В исследование включены 15 пациентов с двусторонним нефролитиазом. Критериями исключения были индекс массы тела более 35, высокий риск анестезиологического пособия, коралловидные камни КЗ, хроническая болезнь почек 3а и выше. Комплекс предоперационного обследования включал стандартные лабораторные тесты. Для уточнения особенностей строения полостной системы почек, конфигурации и плотности камней всем пациентам было выполнено КТ почек с контрастированием. Всем пациентам проводили стандартную мини-ПНЛТ в положении на животе. При выборе стороны первого этапа учитывались сторона с наличием болевого синдрома, блок почки, размер конкремента, выбор пациента. Интраоперационные факторы, ограничивающие выполнение билатеральной мини-ПНЛТ – кровотечение, продолжительность этапа нефролитотрипсии, литоэкстракции более 60 мин. В послеоперационном периоде оценивался объем кровопотери, длительность госпитализации. Уровень полного избавления от конкрементов оценивался по наличию или отсутствию резидуальных конкрементов в мочевыделительной системе при КТ через 4 недели после операции. Послеоперационные осложнения оценивались по пяти степеням в соответствии с классификацией Clavien-Dindo

РЕЗУЛЬТАТЫ

Одномоментная билатеральная мини-перкутанная нефролитотрипсия выполнена 15 пациентам. Среднее время оперативного вмешательства составило 101 ± 15 мин. Среднее время пребывания в стационаре – $4,0 \pm 0,5$ дня. Послеоперационные осложнения встретились у трех пациентов и были I степени по классификации Clavien-Dindo. Уровень полного избавления от конкрементов составил 84,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одномоментная билатеральная мини-перкутанная нефролитотрипсия является безопасным и эффективным оперативным вмешательством в группе хорошо отобранных пациентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии
Рубрика: Экспериментальное исследование в урологии

МЕЗЕНХИМНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА

А.Н. Ремезова¹, А.А. Горелова^{1,2},
А.Н. Муравьев^{1,3}, Н.М. Юдинцева⁴,
Т.И. Виноградова¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, РФ

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

³Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, РФ

⁴Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт цитологии Российской академии наук (ИНЦ РАН), Санкт-Петербург, РФ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мезенхимные стволовые клетки, туберкулез почек, противотуберкулезная терапия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы все чаще используются клеточные технологии, основанные на трансплантации в пораженный орган мезенхимных стволовых клеток (МСК). Эти клетки обладают выраженным регенеративным потенциалом и иммуномодулирующими свойствами. *Цель исследования:* изучение активности репаративных процессов при использовании МСК в комплексной терапии экспериментального туберкулеза (ТБ) почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Моделирование ТБ почек осуществляли по разработанной нами ранее методике (Патент на изобретение № 2776130 С1. Заявка № 2021120918 от 14.07.2021, опублик. 27.10.2022) путем введения

в корковый слой паренхимы левой почки кроликов (породы Шиншилла) суспензии штамма *M. tuberculosis* H37Rv, чувствительного к противотуберкулезным препаратам, и клинического штамма *M. tuberculosis* 5582 генотипа Beijing с множественной лекарственной устойчивостью. Развитие ТБ процесса подтверждали данными КТ и результатами «Диаскинтеста». В каждой серии экспериментов задействованы три группы животных: 1-я группа – контроль заражения (зараженные, без ПТТ); 2-я группа – контроль лечения (ПТТ); основная группа (ПТТ+МСК). В первой серии опытов кролики 2-й и 3-й группы, зараженные лекарственно-чувствительным штаммом, получали ПТТ: изониазид, пипразинамид, этамбутол. Во второй серии опытов кролики 2-й и 3-й группы, зараженные клиническим штаммом, получали следующую ПТТ: этамбутол, бекваксин, перхлорон, линезолид. Введение МСК выполняли внутривенно кроликам 3-й группы обеих серий через 2 месяца после начала ПТТ в концентрации 5×10^7 2 мл PBS. После выведения кроликов из эксперимента выполнялось гистологическое исследование. На трех сроках (исходно, через 18 дней и через 3 месяца) в крови определяли концентрацию креатинина (КР), щелочной фосфатазы (ЩФ), эластазы (ЭЛ) и ферментов пуринового метаболизма – общей аденозиндезаминазы (АДА) и ее изоферментов (АДА-1 и АДА-2), а также биохимические показатели воспалительного ответа (БПВО): церулоплазмин (ЦП) и альбумин (АЛ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Развитие туберкулезного процесса было подтверждено положительными результатами «Диаскинтеста» и КТ через 18 дней после инфицирования и сопровождалось значимыми изменениями функциональной активности почек (увеличением уровня КР) в сочетании с активацией показателей воспалительного ответа: значимым увеличением концентрации ЦП, снижением АЛ, ростом активности общей АДА, АДА-1, АДА-2 и ЭЛ.

По данным морфометрии, применение МСК в комплексе с ПТТ привело к снижению активности специфического воспаления, значимому снижению количественных показателей интерстициального воспаления и других функциональных показателей по сравнению с 1-й группой. Однако во второй серии опытов при сравнительном анализе площади интерстициального

фиброза максимальный уровень отмечен в группе контроля заражения, что закономерно вследствие специфического процесса. Фиброз выявлен и в группе с МСК, что связано с дифференцировкой их в фибробласты.

Согласно биохимическим данным, значимых различий выявлено не было, но отмечена тенденция к снижению уровня КР, наряду со снижением БПВО, таких как ЦП и ЭЛ. Направленность изменений биохимических показателей не была значимой и носила тот же характер, что и во 2-й группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение МСК в составе комплексной терапии ТБ почек в эксперименте ускоряет активность репаративных процессов и представляется перспективным направлением в терапии нефротуберкулеза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов в урологии

Рубрика: Образование

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА «ВЛИЯНИЕ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ НА СТАНОВЛЕНИЕ ВРАЧА

В.Р. Фараджуллаева¹, Ф.А. Медведев¹,
Е.П. Брянских¹, А.Л. Саруханян¹,
Р.В. Строганов², Д.Ю. Пушкарь¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

²Государственное бюджетное учреждение г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

студенты, научные работы, студенческий научный кружок.

ВВЕДЕНИЕ

В период обучения в университете перед студентом стоит сложный выбор будущей профес-

сии. Посещение студенческих научных кружков (СНК) позволяет познакомиться с различными специальностями, узнать о структуре работы разных клинических баз, а также получить базовые знания в конкретной специальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Инструмент создания опросников – Google форма. В опросе участвовали врачи от 23 до 60 лет. Анкета включала в себя 10 вопросов для первой группы и 6 вопросов для второй группы опрошенных. Выборка состояла из 150 врачей, которые были разделены на две группы: 1) врачи, которые посещали в студенчестве СНК – 93 человека (ординаторы, аспиранты, практикующие врачи, к.м.н., д.м.н.); 2) врачи, которые не посещали в студенчестве СНК – 57 человек (ординаторы, аспиранты, практикующие врачи, к.м.н., д.м.н.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам опроса большинство опрошенных (62%) посещали студенческие научные кружки в период обучения в университете. Основная причина посещения СНК – заинтересованность в предмете (86%). Также студентов интересовали возможность разбора клинических случаев, приобретение практических навыков, умение публично выступать, лекции от экспертов, умение работать с научной литературой и написание научных статей. Примерно половина из первой группы врачей отмечают фактическую пользу активного участия в СНК – они приобрели навык публичных выступлений, улучшили клиническое мышление, усвоили базовые практические навыки. Однако непосредственно в ординатуре бывшие участники СНК отмечают самым полезным приобретение базовых теоретических знаний в специальности (48,4%). По результатам исследования большей части респондентов посещение СНК помогло определиться с будущей профессией (61,3%) и поступить в ординатуру/аспирантуру по соответствующей СНК специальности (65,6%).

Вторая группа опрошенных – врачи, которые не посещали СНК во время образования в университете. Главной причиной непосещения респондентов является ограничение во времени, связанное с основной учебной деятельностью (63,2%). Половина респондентов сомневались с выбором интересующей специальности, что также являлось причиной непосещения. Опро-

шенные из второй группы также убеждены в том, что наличие СНК в структуре университета является полезным (91,2%).

Также мы опросили обе группы о возможных путях улучшения качества заседаний СНК. Респонденты отмечают необходимость обсуждения и разборов клинических случаев, получения практических навыков и увеличения количества заседаний с экспертами. Опрошенные из обеих групп хотели бы написать свою первую научную статью в период обучения в университете.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По мнению обеих групп, наличие СНК в структуре университета является полезным. Студенты, активно посещающие кружки, имеют возможность определиться с дальнейшей специализацией, получить теоретические знания и практические навыки. Респонденты отмечают необходимость получения достоверной информации, увеличения заседаний с экспертами. Реализация вышеизложенных критериев будет способствовать улучшению работы СНК, привлечению большего числа студентов и повышению уровня образования будущих врачей.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Научные доклады молодых урологов РОУ и ординаторов урологии

Рубрика: Социальная значимость посткоитального цистита

ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТОК НА ПРОБЛЕМУ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА

М.В. Шевнин, В.А. Тарасов

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочевой пузырь, посткоитальный цистит, качество жизни (КЖ).

ВВЕДЕНИЕ

Рецидивирующий цистит является одной из наиболее распространенных заболеваний у женщин всех возрастных групп. К его особой форме относят посткоитальный цистит (ПЦ). Клиницисты часто недооценивают его социальную значимость и влияние на жизнь пациенток. Мно-

гие врачи трактуют цистит как незначительное и легко поддающееся лечению заболевание, игнорируя тот факт, что частые рецидивы воспаления могут серьезно нарушить КЖ женщины и привести к психологическим проблемам.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение мнения пациенток о проблемах диагностики, профилактики и лечения ПЦ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей клинике с 2018 по 2023 г. 45 женщин с рецидивирующим ПЦ прошли анкетирование. Оно включало вопросы о проблемах диагностики, профилактики и лечения ПЦ. Мы также добавили количественный опрос, чтобы определить, как участницы оценивают проблему ПЦ в их жизни и восприятие того, как врачи интерпретируют серьезность данного заболевания. Для анализа были использованы порядковые значения от 1 балла (минимум) до 10 баллов (максимум). Статистический анализ полученных данных производился с применением программного обеспечения Statistica 10. Количественные показатели были описаны с помощью средних значений и стандартного отклонения, а порядковые данные – непараметрическими методами. Различия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ анкетирования показал, что среднее количество врачей, которые пациентки посетили с проблемой ПЦ, – $9,2 \pm 5,2$. С момента начала обострений цистита, стратегии профилактики им были предложены только через $3,5 \pm 2,3$ года. Все они отмечали, что искали самостоятельно решение проблемы ПЦ. Пациентки подчеркивали, что практикующие врачи к ПЦ относятся тривиально. Полученные результаты показывают, что медиана (Me)=2, межквартильный размах (IQR)=3, минимальное значение (min)=1, максимальное значение (max)=5, в то время как при оценке важности проблемы рецидивирующего ПЦ для самой пациентки получены следующие данные: $Me=10$, $IQR=0$, $min=8$, $max=10$ ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По мнению обследованных пациенток, ПЦ существенно нарушает их КЖ и может привести к психологическим проблемам. Все они выразили мнение, что проблема ПЦ часто недооценивается медицинскими работниками, в том числе отмечается позднее назначение стратегии лечения и профилактики.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В УРОЛОГИИ

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Лучевые методы диагностики в урологии. Оценка исходов перкутанной нефростомии, профилактика

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ РЕТЕНЦИОННО- ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕК

Р.З. Атаев

*Кафедра урологии им. акад. Э.Н. Ситдыкова,
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава
России, Казань, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ретенционно-обструктивные поражения почек, перкутанная нефростомия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) является малоинвазивным оперативным вмешательством, выполняемым для восстановления нарушенного пассажа мочи при невозможности установки внутреннего мочеточникового стента. По данным авторов Wah T, Weston M, Irving H (2004 г.), в 4% случаев развиваются различные осложнения, которые снижают качество жизни пациента. *Цель исследования:* определить характер осложнений, возникающий после выполнения перкутанной нефростомии, провести анализ причин возникших осложнений и определить методы их профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологической клинике КМУ с 2017 по 2022 г. было выполнено 39 чрескожных пункционных нефростомий. Возраст пациентов составил от 30 до 82 лет. Среди общего числа пациентов было 12 женщин и 27 мужчин. В 18 случаях нефростома была наложена слева, в 19 случаях – справа, в 2 случаях – с обеих сторон. У 20 пациентов причиной наложения нефростомы была окклюзия мочеточника камнем, у 7 – стриктура моче-

точника, у 4 пациентов – субтригональный рост аденомы простаты, у 3 – опухоль мочевого пузыря с блокадой устья, у 3 – опухоль матки с блокадой тазового отдела мочеточника, у 1 – пролапс органов малого таза и у 1 – позадибрюшинный фиброз (болезнь Ормонда).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 39 вмешательств у 12 пациентов манипуляция осложнилась болевым синдромом, что составило 30,7% от общего числа. Причиной боли явилась инвазивность процедуры или недостаточная степень анестезии. Болевой синдром купировался назначением спазмолитиков и анальгетиков. У 7 пациентов установка ЧПНС осложнилась гематурией, что составило 17,9%. Установка нефростомического дренажа, проходя через форникальный аппарат, травмировало почку, что и привело к возникновению гематурии. У 4 пациентов из 7 гематурия купировалась самостоятельно, 2 пациентам из 7 потребовалось внутривенное введение транексамовой кислоты в дозе 500 мг однократно, в 1 случае из 7 развилась на фоне гематурии тампонада лоханки сгустками, которые были лизированы введением хемотрипсина. У 6 пациентов наблюдался подъем температуры, что составило 15,4%. Подъем температуры был обусловлен ретенционно-воспалительными изменениями у данных пациентов. Назначенная противовоспалительная терапия с учетом посева мочи позволила в ближайший послеоперационный период нормализовать состояние пациентов. У 1 пациента, что составило 2,6%, развилось кровоизлияние в паранефральную клетчатку, что привело к формированию гематомы, которая разрешилась самостоятельно. У 2 пациентов, что составило 5,1%, наложение ЧПНС осложнилось перфорацией чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), что привело к экстравазации мочи. В обоих случаях коррекция нефростомического дренажа под рентгеновским контролем позволила исправить ситуацию. По данным анализа литературы, в 0,3% случаев встречается осложнение в виде ранения близлежащих органов. У проанализированных нами 39 пациентов таких осложнений не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чрескожная пункционная нефростомия является важным вмешательством, используемым в урологической практике, которая сопряжена с осложнениями. Правильно выбранная длина и ди-

аметр нефростомического дренажа, адекватная анестезия, наличие рентгено-телевизионного контроля, оценка степени расширения чашечно-лоханочной системы и возможных рисков у каждого пациента позволят избежать возможных осложнений.

Благодарности/ Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Ультразвуковая диагностика у пациентов с синдромом хронической тазовой боли

КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

О.Ю. Берлизева¹, И.А. Абоян¹, А.В. Амосов²,
Е.Е. Усенко¹

¹Отделение ультразвуковой диагностики, ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону», Ростов-на-Дону, Россия

²Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

синдром хронической тазовой боли, варикозная болезнь вен малого таза, синдром «шелкунчика», подвздошная венозная компрессия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить значение комплексного УЗИ венозного оттока в системе нижней полой вены в диагностике варикозной болезни вен малого таза (ВБВМТ) и дифференциальной диагностике видов ВБВМТ как причины СХТБ у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнено комплексное УЗИ венозного оттока в системе нижней полой вены (НПВ) 165 мужчинам с СХТБ с использованием конвексного, линейного и трансректального датчиков на ап-

парате Philips epig 5. Выполнена КТ- и МР-флебография, селективная флебография с разделением пациентов на группы: 1-я группа – 55 пациентов с ВБВМТ, 2-я группа – 110 пациентов без ВБВМТ. 1-я группа разделена на подгруппы: 1А – 27 пациентов с первичной ВБВМТ, 1В – 15 пациентов с вторичной ВБВМТ, обусловленной синдромом «шелкунчика», 1С – 13 пациентов с вторичной ВБВМТ, обусловленной подвздошной компрессией. Выполнен ретроспективный анализ и статистическая обработка данных комплексного УЗИ, КТ-и МР-флебографии, селективной флебографии для определения УЗ-параметров ВБВМТ и УЗ-дифференциальных параметров видов ВБВМТ. При выполнении статистической обработки применялись критерии Манна-Уитни, Крускокала-Уоллиса, χ^2 и Фишера. С целью определения прогностической значимости каждого УЗ параметра выполнен ROC-анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

УЗ-параметры ВБВМТ: диаметр вен парапростатического сплетения справа/слева (мм) Me-5,05 (ДИ 4,20 - 6,40) 10-90 перцентили - 3,80 - 7,00, Se-92,2%, Sp-95,1%; скорость кровотока в венах парапростатического сплетения (см/с): Me-2,30 (ДИ 2,10-2,90), 10-90 перцентили - 1,70 - 3,10, Se-90%, Sp-90,3%; УЗ-параметры синдрома «шелкунчика» как причины вторичной ВБВМТ: диаметр левой почечной вены в аорто-мезентериальной зоне (мм): Me – 3,05 (ДИ-2,20-4,1), 10-90 перцентили - 2,10-3,70, Se-92,8%, Sp-100%; максимальная линейная скорость кровотока в левой почечной вене в аорто-мезентериальной зоне (см/с): Me-129,0 (ДИ- 105-179), 10-90 перцентили- 114-189, Se-92,8%, Sp-100%; УЗ-параметры подвздошной компрессии как причины вторичной ВБВМТ: диаметр левой общей подвздошной вены в месте компрессии (мм) Me-4,0 (ДИ-3,30-4,50), 10-90 перцентили-3,10-5,0, Se-81,2%, Sp-93,2%; максимальная линейная скорость кровотока в левой общей подвздошной вене в месте компрессии (см/с): Me- 128,0 (ДИ-103,0-145,0), 10-90 перцентиль-100-145, Se-83,5%, Sp-95,9%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное УЗИ венозного оттока в системе НПВ обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике ВБВМТ и дифференциальной диагностике видов ВБВМТ как причины СХТБ у мужчин, что определяет не-

обходимость включения данного метода в алгоритм обследования пациентов с СХТБ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Компьютерная томография

ОСОБЕННОСТИ КТ КАРТИНЫ ЭКСТРАВАЗАЦИИ МОЧИ ПРИ ПИЕЛОСИНУСНЫХ РЕФЛЮКСАХ. ПРИЗНАК «ПСЕВДОДИССЕКЦИИ» ЛОХАНКИ

А.И. Громов^{1,2}

¹*НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия*
²*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

компьютерная томография, пиелосинусный рефлюкс, экставазация мочи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продемонстрировать типичные КТ-признаки пиелосинусных рефлюксов при небольшом объеме экставазации мочи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Аналізу подвергнуты данные КТ четырех наблюдений пиелосинусных рефлюксов, сопровождавшихся экставазацией мочи в почечный синус.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Типичным КТ проявлением пиелосинусного рефлюкса была картина «диссекции» лоханки почки в выделительную фазу, которая заключалась в наличии тонкой прослойки, «делящей» контрастированное содержимое лоханки на две части (рис.). Такая картина поначалу вызывала диагностические трудности, что привело к ложному суждению о наличии удвоения чашечно-лоханочной системы в одном случае. Анализ КТ-картины дальнейших случаев показал, что именно картина «псевдодиссекции» лоханки является типичной, а возможно, патогномичной для экставазации небольшого объема контрастиро-

ванной мочи в почечный синус. В двух случаях изменения были справа, в двух – слева. Причиной обструкции мочевых путей был уретеролиитаз в трех случаях и послеоперационная стриктура в одном наблюдении. В двух случаях уже через сутки после разрешения почечной обструкции контрастированная моча за пределами чашечно-лоханочной системы не определялась.

Рисунок. Компьютерная томография в выделительную фазу контрастирования. Корональная реконструкция. «Псевдодиссекция» лоханки правой почки. Имеется тонкая бесконтрастная полоса, делящая лоханку на две части (стрелка).



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление картины «псевдодиссекции» лоханки является практически патогномичным КТ-симптомом экстравазации мочи в результате пиелосинусного рефлюкса и разрыва чашек или лоханки. Разрешение мочеточниковой обструкции может приводить к полной нормализации компьютерно-томографической картины в течение суток.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Рентгенологические исследования, рентгеноконтрастные средства

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В УРОЛОГИИ

Н.М. Гусниев, А.Г. Гамзатов, К.М. Арбулиев, Г.А. Газимагомедов, Ш.М. Абдулкаримов

Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ионные и неионные рентгеноконтрастные средства, побочные аллергические реакции.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экскреторная урография и компьютерная томография с введением контрастных препаратов являются ведущими методами исследования в урологии, которые позволяют оценить функциональное и анатомическое состояние почек, лоханок, мочеточников и мочевого пузыря. Рентгеноконтрастные средства (РКС) можно разделить на ионные (триомбраст, тразограф, гипак, урографин) и неионные контрастные вещества (омнипак, ультравист – мономеры, изовист, визипак – димеры). Нежелательные реакции и осложнения при внутривенном введении рентгеноконтрастных препаратов чаще наблюдаются при использовании гиперосмолярных (ионных) рентгеноконтрастных веществ, реже – низкоосмолярных (неионных). Побочными эффектами могут быть тошнота, рвота, головокружение. Гораздо опаснее аллергические реакции на контрастные вещества в виде крапивницы, бронхоспазмов, анафилактического шока. *Цель исследования:* безопасное использование рентгеноконтрастных препаратов в урологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование проведено в течение 30 лет в ГБУ РД «Республиканский урологический центр» и ГБУ РД «Республиканский диагностический центр» г. Махачкала. В исследование включены 40 тыс. пациентов в возрасте от 18 до 82 лет, которым были выполнены экскреторные урографии и компьютерные томографии с введением контрастных препаратов. Перед введением РКС всем больным выполнялись общий анализ крови, мочи и биохимия крови. Большинство пациентов консультировал терапевт. Из 40 тыс. больных у 1,2 тыс. (3%) возникли аллергические реакции, преимущественно на введение гиперосмолярных (ионных) препаратов. Незначительными побочными эффектами были общая слабость, головокружение, тошнота и рвота, которые самостоятельно проходили. Гораздо опасней наблюдались аллергические реакции в виде крапивницы, бронхоспазма, анафилактического шока. В этих случаях применяли внутривенно

20 мл 30 % раствора тиосульфата натрия, эуфиллин, глюкокортикоиды, антигистаминные препараты, инфузионную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечено, что низкоосмолярные (неионные) препараты меньше вызывают побочные аллергические реакции, чем гиперосмолярные (ионные). При необходимости введения контрастного препарата у больных с аллергической реакцией на ранее введенный гиперосмолярный препарат в дальнейшем применяли только низкоосмолярный и предварительно проводили премедикацию глюкокортикоидами и антигистаминными препаратами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Неионные РКС обладают меньшим процентом побочных реакций при внутривенном введении, чем ионные РКС.
2. Для выполнения экскреторной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием целесообразно применять неионные РКС (омнипак, визипак, ультравист).
3. Ионные РКС следует применять для цистографии, уретрографии, ретроградной или антеградной пиелографии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Рак простаты. Базовые исследования, диагностика

Рубрика: Диагностика рака простаты

ОЦЕНКА РОЛИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МАЛОГО ТАЗА И НОМОГРАММЫ MSKCC В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭКСТРАКАПСУЛЯРНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ПЕРЕД РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИЕЙ

Д.А. Лахно¹, М.Б. Зингеренко¹, Ю.М. Семенова¹

¹*Отделение урологии, ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» ДЗМ, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рак простаты, МРТ, экстракапсулярное распространение, номограмма.

ВВЕДЕНИЕ

Традиционно экстракапсулярное распростра-

нение (ЭР) рака простаты либо прогнозируется с применением диагностических номограмм, такой, например, как номограмма Partin или MSKCC, основанных на комплексной оценке ПСА, данных пальцевого ректального исследования и показателя Gleason, либо оценивается на основании данных мультипараметрического МРТ ОМТ с контрастированием (мпМРТ ОМТ). Оценка на основании данных мпМРТ ОМТ с контрастированием более точна, кроме того, позволяет уточнить локализацию и распространенность ЭР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена ретроспективная оценка корреляции данных МРТ ОМТ с контрастированием (мощность 1,5 Т) и предоперационной номограммы MSKCC в оценке экстракапсулярного распространения рака простаты с результатами послеоперационного морфологического исследования простаты 364 пациентов, которым в 2018–2019 гг. в урологическом отделении МКНЦ им. А.С. Логинова выполнялась радикальная робот-ассистированная простатэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ЭР опухоли по данным предоперационной МРТ ОМТ с контрастированием диагностировано у 13 пациентов. Совпадение клинического и морфологического диагноза выявлено у 8 пациентов. Наоборот, по данным морфологического исследования простаты, ранее не диагностированное ЭР выявлено у 32 пациентов (pT3a-27, pT3b-5). Таким образом, чувствительность МРТ ОМТ в выявлении ЭР составила всего 20%. У этой группы пациентов риск экстракапсулярного распространения, рассчитанный по данным номограммы MSKCC, варьировался в интервале 17–94%, превысив 50% у 17 (53%) пациентов, в том числе у 4 пациентов с pT3b. Таким образом, сочетание методов позволило повысить чувствительность в выявлении ЭР до 62%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что мпМРТ ОМТ с контрастированием считается наиболее точным методом диагностики ЭР рака простаты, чувствительность метода в значительной степени зависит от субъективной оценки и опыта оператора. Низкая чувствительность мпМРТ ОМТ обусловлена невозможностью определить микроскопическое ЭР. Предоперационная оценка с применением номограммы MSKCC совместно с результатами МРТ

ОМТ позволяет существенно улучшить чувствительность метода в выявлении экстракапсулярного распространения.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Новые техники, технологии, стартапы, искусственный интеллект – инновации, которые удивляют

ТЕКСТУРНЫЙ АНАЛИЗ 3D-МОДЕЛЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ РАКА ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Е.С. Сирота^{1,2}, П.В. Глыбочко¹, Д.В. Бутнару¹,
Ю.Г. Аляев¹, М.М. Черненький¹,
И.М. Черненький¹, Д.Н. Фиев¹, А.В. Проскура¹,
А.В. Конышев¹, А.Р. Аджиев¹, С.А. Амрахов¹,
А.А. Измайлова¹, И.П. Саркисян¹,
М.Ю. Алексеева¹, В.Н. Гридин², П.В. Бочкарёв²,
И.А. Кузнецов²

¹ Институт урологии и репродуктивного здоровья человека. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия
² Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Центр информационных технологий в проектировании» Российской академии наук (ЦИТП), Подольск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радиомика, машинное обучение, текстурный анализ, 3D-технологии, морфология.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить возможности текстурного анализа 3D-моделей в наблюдениях со светлоклеточным вариантом почечно-клеточного рака в прогнозировании грейда по Фурману.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД

В ретроспективный анализ включены 190 наблюдений хирургического лечения светлоклеточного варианта почечно-клеточного рака. Всем больным проведено 3D-виртуальное планирование операций посредством программы 3D-моделирования Amira. Степень клеточной анаплазии G верифицирована, как G₁ в 67, G₂ – 52, G₃ – 62, G₄ – 9 наблюдениях. Были сформированы две группы анализа: первая группа – G₁₋₂, вторая группа – G₃₋₄. Выполнен текстурный анализ 3D-моделей

опухолей. Для построения прогнозной модели рассчитаны 300 текстурных признаков статистики первого, второго и высшего порядков, а также были использованы клинические данные. Для определения градации по Фурману решалась задача классификации с применением алгоритма машинного обучения Стохастического градиентного спуска и кросс-валидации k=5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Точность классификации для двух групп G₁₋₂ и G₃₋₄ составила 72,2 по метрике F1. Точность прогноза представлена на рисунке.

		Прогноз		
		Светоклет.G1-2	Светоклет.G3-4	Σ
Актуальные	Светоклет.G1-2	89.1 %	10.9 %	119
	Светоклет.G3-4	52.1 %	47.9 %	71
	Σ	143	47	190

Рисунок. Точность прогноза в группах G₁₋₂ и G₃₋₄ светлоклеточного варианта почечно-клеточного рака

Для построения модели были отобраны следующие наиболее значимые признаки: объем новообразования, индекс коморбидности Чарлсона, «Энергия», первый квартиль и второй дециль распределения яркости пикселей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование текстурного анализа 3D-моделей в прогнозе грейда по Фурману светлоклеточного варианта почечно-клеточного рака продемонстрировало удовлетворительное качество моделей для двух групп G₁₋₂ и G₃₋₄ клеточной анаплазии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Осложнения после эндовидеоскопических операций

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРОЛОГИИ

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсебян¹,
Е.С. Скрябин¹, Е.И. Косарев¹, Д.И. Марчак²,
М.А. Масленников²

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гемостаз, эмболизация, кровотечение, осложнение, эндовидеохирургия, камни почек, опухоль мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансартериальная эмболизация (ТАЭ) зарекомендовала себя как эффективный метод лечения не только неоперабельных гипертансивных образований, но и поврежденных участков ткани или сосудов. Несмотря на всю мини-инвазивность эндоскопических методов лечения, одними из самых грозных осложнений остаются геморрагические. Во время выполнения ТАЭ используется ангиография, при которой выявляется пораженный участок, после чего производится эмболизация сосуда. Данный метод направлен на остановку кровотока в необходимом участке, минимализируя ущерб от ишемии близлежащих структур. *Цель исследования:* изучить влияние рентгенэндоваскулярного гемостаза на эффективность купирования кровотечения при геморрагических осложнениях после выполнения эндовидеохирургических методов лечения урологических пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в 2016–2022 гг. В исследование включены 32 пациента. 27 пациентов

(84,4%) подверглись перкутанной нефролитолитаксии, 5 пациентов (15,6%) перенесли ретроградную нефролитотрипсию. В раннем послеоперационном периоде отмечены геморрагические осложнения: некупирующаяся макрогематурия, гемотампонада мочевого пузыря, паранефральные гематомы. При ОАК отмечено снижение уровня гемоглобина до 80 (± 10) г/л. Всем пациентам в экстренном порядке выполнена КТ-ангиография для определения локализации кровотечения. Для доступа к почечным артериям осуществлялся бедренный доступ, использовался интродьюсер 6 Fr, вводились микросферы Contour 350–500 мкм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов с мочекаменной болезнью, подвергшихся эндоскопическому хирургическому лечению, отмечено повреждение почечной артерии второго порядка. У 20 пациентов (62,5%) отмечено поражение на уровне нижнего полюса почки. После успешной эмболизации источника кровотечения в последующем проводилась чрескожная пункция и дренирование гематомы паранефральной клетчатки. При динамическом наблюдении после переливания Эр-взвеси дальнейшего ухудшения лабораторных показателей не отмечено. При контрольной КТ-ангиографии данных за рецидивное течение кровотечения не выявлено. 5 пациентам спустя месяц после эмболизации почечной артерии выполнена повторная перкутанная хирургия по поводу мочекаменной болезни – без осложнений. В послеоперационном периоде у 2 пациентов (6,2%) отмечено развитие постэмболизационного синдрома, купировано консервативно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В арсенале современного врача-уролога имеется множество методов лечения и диагностики пациентов с заболеваниями органов мочевыделительной системы. Несмотря на относительно высокую безопасность мини-инвазивных методов хирургического лечения, риски развития геморрагических осложнений в той или иной мере достигают до 10%. Суперселективная эмболизация артерий является эффективным и безопасным малоинвазивным методом остановки продолжающегося почечного кровотечения. Для более объективной оценки данных результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики и лечения – неотъемлемая часть урологии

Рубрика: Лучевые методы диагностики в урологии

СООТВЕТСТВИЕ ВИЗУАЛЬНЫХ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И РАДИОНУКЛИДНОЙ СЦИНТИГРАФИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК

К.А. Чиглинцев¹, А.Ю. Чиглинцев²

¹ *Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России, Екатеринбург, Россия*

² *МДЦ «Арника», Челябинск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма почки, сцинтиграфия, распределение радионуклида, относительная функция почки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Механические воздействия на почку приводят к нарушению структуры паренхимы, образованию кровоизлияний, классифицируемые по OIS/OI AAST, с развитием в последующем метаболических и гомеостатических дисфункций. При травматических повреждениях почки метод статической сцинтиграфии с ^{99m}Tc-DMSA позволяет визуализировать выраженность ишемических нарушений, наличие и распространенность девакуляризованных регионов паренхимы, тем самым стратифицировать риски развития необратимых последствий и возможных осложнений, а значит, способствовать принятию клинического решения в выборе оптимальных стратегий лечения. *Цель исследования:* визуальным анализом сцинтиграфических изображений и оценкой накопления «активности» ^{99m}Tc-DMSA поврежденной почкой оценить их соответствие классификации OIS/OI AAST.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сцинтиграфия проводилась в ближайшем посттравматическом периоде 196 пострадавшим, имевшим Grade I-IV, на протяжении временного периода с 2015 по 2022 г. Визуально оценивали форму, размер, контуры почек, равномерность, интенсивность включения индикатора в паренхиму. Степень и локализацию повреждения поч-

ки выявляли МСКТ, УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В остром периоде травмы контузионные поражения почки характеризовались в основном диффузно-неравномерным распределением радиотрассера, но с увеличением площади и объема повреждения появляется очаговая сцинтиграфическая симптоматика. Нарушения целостности паренхимы характеризовались очаговыми изменениями. Визуализация почки при разрывах проявлялась локализованной деформацией контура изображения, единичными или множественными и протяженными очагами. Установлено снижение относительной функции травмированной почки только после обширного контузионного поражения органа и высодифференцированной степени травмы. Сравнительная оценка результатов КТ с визуальными данными сцинтиграфии продемонстрировала симметричность визуальной информации с достаточной доступностью, восприимчивостью, точностью и убедительно соотносилась с классификацией OIS/OI AAST.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование статической сцинтиграфии с ^{99m}Tc-DMSA в комбинации с первичными методами диагностики тупой травмы почки (УЗИ, МСКТ) свидетельствует о патологических изменениях при повреждении, их локализации в паренхиме органа, обладает предсказуемостью к установлению необратимых изменений в органе. Радионуклидные изображения достаточно адекватно соответствуют общепринятой клинической систематизации степени тяжести OIS/OI AAST и анатомической сегментной ангиоархитектоники органа, чем упорядочивает радиологические понятия структурно-функциональных характеристик почки с особенностями травмы, стандартизирует интерпретационную терминологию для улучшения объективности и качества отчетов об исследовании.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Лучевые методы диагностики в урологии

Рубрика: Лучевые методы диагностики в урологии

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗДЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНосохраняющей операции по поводу односторонней опухоли на основании постпроцессингового анализа данных компьютерной томографии

З.С. Шомукимова, Х.М. Исмаилов, А.В. Проскура, В.В. Борисов, Д.В. Бутнару, Е.А. Безруков, М.М. Черненький, И.М. Черненький, А.Ю. Суворов, С.Н. Алленов, Д.Н. Фиев, Е.С. Сирота

ВВЕДЕНИЕ

Нефрон-сохраняющая операция (НСО) при сравнении с радикальной нефрэктомией, по данным многих исследователей, имеет схожие онкологические результаты. Несомненным преимуществом НСО является возможность пациентов данной группы оставаться с большими функциональными резервами. Обобщение опыта как отечественных, так и зарубежных работ показывает, что МСКТ с контрастированием вполне может быть использована для оценки суммарной и раздельной функции почек. В клинике урологии Сеченовского университета успешно применяется метод математического анализа данных МСКТ с контрастированием в оценке раздельной функции почек.

ЦЕЛЬ

Оценить динамику суммарных и раздельных функциональных почечных показателей в группе больных с односторонней опухолью почек, которым выполнялась НСО с пережатием основной почечной артерии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 30 пациентов обоего пола, которым по поводу одностороннего образования почки выполнена ее резекция на фоне пережатия основной почечной артерии. Большим проводился математический анализ данных компьютерной томографии почек с контрастированием до и через 3–6 мес. после оперативного

вмешательства с целью оценки раздельной почечной функции (оценивались такие показатели, как 3D-СКФ, 3D-перфузия, 3D-объем функционирующей паренхимы почек). Кроме того, исследовалась динамика суммарной скорости клубочковой фильтрации, основанной на применении расчетной формулы, а также суммарный 3D-объем почек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Не было получено значимой динамики как для всех общих функциональных почечных значений (уровень креатинина, суммарная СКФ, суммарный объем функционирующей паренхимы почек), так и для раздельной 3D-СКФ. При этом различия в динамике были значимы для таких раздельных функциональных почечных показателей, как 3D-перфузия почек и объем функционирующей паренхимы каждой почки в отдельности.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты свидетельствуют о достаточных резервных возможностях данного парного органа. Увеличение перфузии в послеоперационном периоде в непрооперированной почке, по всей видимости, является признаком перераспределения функциональных нагрузок между почками и может расцениваться как адаптационный механизм, а перераспределение объема функционирующей паренхимы в сторону здоровой, непрооперированной почки говорит о том, что она, вероятно, частично «берет» на себя функцию другой.

НЕЙРОУРОЛОГИЯ

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Диагностика

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ УРОФЛОУМЕТРИИ У МУЖЧИН СО СТРЕССОВЫМ И УРГЕНТНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

И.А. Абоян, В.Э. Абоян, С.В. Павлов, Ю.Н. Орлов

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», Ростова-на-Дону

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержанием мочи, симптомы нижних

мочевыводящих путей, диагностика, урофлоуметрия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Урофлоуметрия (УФМ) – неинвазивный диагностический метод, в связи с простотой выполнения играющий ведущую роль и широко применяемый в диагностике различных симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП). УФМ особенно широко применяется в диагностике СНМП у мужчин. Считается, что есть патогномоничные косвенные признаки ургентного и стрессового недержания мочи (НМ) – укорочение времени достижения максимальной скорости потока (T_{toQmax}) и кривая типа «гиперпоток». *Цель исследования:* выяснить, есть ли достоверные отличия параметров УФМ у мужчин с ургентным и стрессовым НМ в сравнении с мужчинами, имеющими иные СНМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведена ретроградная оценка данных УФМ, выполненных с 2013 по 2023 г. в трех группах пациентов: 214 мужчин со стрессовым НМ после выполненной радикальной простатэктомии, 592 мужчины с ургентным НМ и 6764 исследования мужчин с иными СНМП (1-я, 2-я и 3-я группы соответственно). Стоит отметить, что у всех пациентов с НМ было выполнено комплексное уродинамическое исследование, показавшее причину НМ в виде недостаточности сфинктера уретры или гиперактивности детрузора. Сравнивались следующие параметры: максимальная скорость потока (Q_{max}), T_{toQmax} , объем мочеиспускания и объем остаточной мочи. Все уродинамические исследования выполнялись и оценивались согласно стандартам ICS.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Q_{max} различалась минимально, составив 15,07 мл/с, 15,99 мл/с и 15,13 мл/с в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно ($p=0,36$ и $0,47$). Несмотря на бытующее мнение о «признаке» детрузорной гиперактивности в виде укорочения T_{toQmax} , этот параметр составил 12,1; 7,68 и 9,89 с по группам, при этом параметр p , несмотря на различия абсолютных величин, составил 0,48 и 0,23 соответственно. Объем мочеиспускания по группам составил 252,3; 247 и 248,9 мл (в обоих случаях $p=0,29$). Объем остаточной мочи оказался равен 30,7; 74,9 и 58 мл ($p=0,18$ и $0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный нами статистический анализ данных 7570 УФМ, выполненных у мужчин с различными СНМП с целью поиска патогномоничных изменений при наличии ургентного и стрессового НМ, наглядно показал, что единственным достоверным отличием является объем остаточной мочи в группе пациентов с ургентным НМ. Причем, несмотря на присутствие именно НМ, объем остаточной мочи в этой группе оказался достоверно самым большим, что, на наш взгляд, требует дальнейшего изучения. Таким образом, выполнение УФМ у мужчин с целью диагностики НМ любой формы лишено смысла в силу отсутствия каких-либо патогномоничных изменений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурология

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Е.А. Алексеева^{1,2}, Г.Р. Касян³, М.А. Фирсов^{1,2},
А.Н. Вохмин²

¹*Кафедра урологии, андрологии, сексологии
ИПО, ФГБОУ ВО «КрасГМУ» им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,
Красноярск, Россия*

²*Отделение урологии, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница», Красноярск, Россия*

³*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова», Москва,
Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

сексуальная дисфункция, эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция, рассеянный склероз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассеянный склероз (РС) является наиболее распространенным хроническим неврологическим заболеванием у молодых людей с многочисленными расстройствами мочеполовой системы. Сексуальная дисфункция (СД) является распространенным и стрессовым состоянием у людей

с РС и представляет собой значительную социальную проблему. Показано, что доля СД при РС больше, чем при других неврологических заболеваниях. Поскольку в литературе нет однозначного определения диагноза СД, в различных исследованиях сообщалось о распространенности СД у 50–90% мужчин с РС. По литературным данным, наиболее значимыми расстройствами сексуальной функции у мужчин с рассеянным склерозом являются эректильная дисфункция и преждевременная эякуляция. *Цель исследования:* оценить расстройства сексуальной функции у мужчин, страдающих рассеянным склерозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2021–2022 гг. в консультативно-диагностической поликлинике КГБУЗ «ККБ» на амбулаторном приеме нейроуролога обследованы 30 пациентов с установленным диагнозом «рассеянный склероз», предъявляющих жалобы на сексуальную дисфункцию. Пациентам проведено полное уроандрологическое обследование, включая КУДИ и оценку эректильной функции, проводилась оценка качества жизни (QoL). Для оценки эректильной функции были использованы опросники, шкала твердости эрекции, стандартные методы диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил $38,8 \pm 3,1$ года. Длительность основного заболевания – $5,1 \pm 2$ года. Сексуальные дисфункции составили 100%. В нашем исследовании самая частая сексуальная проблема – расстройство эректильной функции – 26 (86,6%), расстройство либидо – 16 (53,3%), расстройства эякуляции – 12 (40%), из них преждевременная эякуляция – 8 (66,6%), анэякуляция – 4 (33,4%). Расстройство оргазма выявлено у 6 (20%) человек, у 3 из них – аноргазмия. Средний показатель оценки качества жизни составил 3,4 балла. По результатам анализа выявлено, что возраст, продолжительность заболевания и инвалидность не были связаны с частотой или тяжестью СД. Отмечена достоверно положительная корреляция между СД как с возрастом пациентов, так и с их статусом занятости, а с продолжительностью заболевания достоверной связи не выявлено. Достоверно значимые корреляционные связи СД выявлены с расстройствами мочеиспускания. Гиперактивность детрузора коррелировала с преждевременной эякуляцией, а нарушения функции опорожнения нега-

тивно влияли на либидо и эректильную функцию. В нашем исследовании отмечено улучшение сексуальной функции у 8 (26,7%) пациентов на фоне коррекции расстройств мочеиспускания. Восстановление сексуальной функции не потребовало в этой группе медикаментозного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство пациентов, страдающих РС, молоды и находятся в репродуктивном возрасте. Ранняя диагностика и коррекция СД значительно улучшает качество жизни пациентов с РС. Это должно побудить клиницистов к более тщательному и деликатному подходу при оценке симптомов, связанных с рассеянным склерозом, и усилить внимание к сексуальным проблемам. Растущее осознание важности оценки сексуального функционирования при этом неврологическом расстройстве приводит к тому, что скрининг СД при РС можно рассматривать как один из показателей комплексной клинической оценки течения заболевания.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурология

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА У БОЛЬНЫХ ДГПЖ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Р.Э. Амдий¹, Р.Н. Симанов^{2,3}, С.Х. Аль-Шукри¹

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия*

²*Урологическое отделения ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск, Россия*

³*Кафедра госпитальной хирургии, онкологии, урологии ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперактивность детрузора, лечение, симптомы нижних мочевых путей, доброкачественная гиперплазия

предстательной железы, трансуретральная резекция предстательной железы, экстракорпоральная магнитная стимуляция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 5–49% пациентов, перенесших трансуретральную резекцию простаты (ТУРП) в связи с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), сохраняются симптомы нижних мочевых путей (СНМП). В отдаленном послеоперационном периоде после ТУРП гиперактивность детрузора (ГД) выявляют у 9,6–40% больных с СНМП после ТУРП. Количество исследований, посвященных терапии ГД после ТУРП, невелико. *Цель исследования:* повышение эффективности лечения ГД у пациентов после ТУРП в отдаленном послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 51 пациента с уродинамически подтвержденной гиперактивностью детрузора после перенесенной ТУРП в возрасте от 56 до 87 лет (в среднем $71,5 \pm 8,4$ года). В зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний и комедикации, факторов риска развития когнитивных нарушений 8 пациентам был назначен солифенацин, 9 – тропия хлорид, 34 – мирабегрон. При неэффективности терапии холинолитиками в течение 1 месяца они были отменены, и 7 пациентам был назначен мирабегрон. Общая длительность медикаментозного лечения составила 3 месяца. По окончании курса лечения, при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии мирабегроном, 19 пациентов продолжили комбинированное лечение мирабегроном в сочетании с экстракорпоральной магнитной стимуляцией (ЭКМС) по 3 раза в неделю в течение 3 месяцев. Шестерым пациентам, эффекта лечения у которых не было достигнуто на предыдущих этапах, выполнена интрадетрузорная инъекция ботулинического токсина типа А по стандартной методике. Эффективность лечения оценивали по субъективной оценке данных после заполнения опросника IPSS, дневника мочеиспускания, результатов ультразвукового исследования мочевого пузыря, почек, урофлоуметрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

32 (62,7%) пациента после окончания медикаментозной терапии оценили результат как отличный и хороший. Было выявлено снижение выраженности расстройств мочеиспускания более чем на 30%. После комбинированного лече-

ния ЭКМС и мирабегроном результаты лечения как отличные, хорошие или удовлетворительные оценили 10 (52,6%) больных. После интрадетрузорных инъекций ботулотоксина у 5 из 6 больных (83,3%) было выражено улучшение симптоматики. На основе результатов исследования нами предложен алгоритм лечения ГД у пациентов с расстройствами мочеиспускания в отдаленном послеоперационном периоде после ТУРП, который показал свою эффективность и безопасность. Как терапию первой линии у больных с ГД после ТУРП в отдаленном послеоперационном периоде, мы рекомендуем назначение вышеуказанных лекарственных препаратов с учетом возрастных особенностей организма, сопутствующей терапии и когнитивных расстройств. При ее неэффективности нами было обосновано комбинированное лечение ЭКМС и мирабегроном в стандартной дозировке. При сохранении жалоб после проведенной консервативной терапии мы рекомендуем введение ботулотоксина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уточнение причин дизурии позволяет назначить патогенетически обоснованную терапию больным с расстройствами мочеиспускания после ТУРП. Разработанный нами алгоритм лечения пациентов с СНМП после ТУРП в отдаленном послеоперационном периоде может быть использован в широкой клинической практике.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Синдром хронической тазовой боли

АНКЕТА ОЦЕНКИ ТАЗОВОЙ БОЛИ (PELVIC PAIN ASSESSMENT FORM): ЛИНГВОКУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ

Ю.А. Аносова¹, Т.Н. Макеева¹, Г.А. Ломанова¹,
Ю.И. Аносов², Ю.Ю. Мадыкин³

¹Медицинский центр «Олимп Здоровья»,
Воронеж, Россия

²Отделение урологическое № 1, БУЗ ВО «ВОКБ
№ 1», Воронеж, Россия

³Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Воронежский
ГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ России, Воронеж,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

синдром хронической тазовой боли, валидация, анкета оценки тазовой боли.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – междисциплинарная проблема, которая требует вовлеченности врачей различных специальностей. Состояние является крайне гетерогенным с клинической и патоморфологической сторон. Для согласованной работы междисциплинарной команды нужен инструмент, который может помочь в оценке всех составляющих доменов СХТБ для составления комплексного лечения, чем может являться анкета оценки тазовой боли. *Цель исследования:* создание русскоязычной версии анкеты оценки тазовой боли и ее валидация на популяции урогинекологических больных с СХТБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с международными стандартами валидация опросника включала лингвокультурную адаптацию и оценку психометрических свойств опросника. Тестирование подготовленной русскоязычной версии проводилось при первичном обращении пациентов с СХТБ в медицинский центр «Олимп Здоровья». В исследовании приняли участие 54 пациентки старше 18 лет. Критерии включения – диагноз СХТБ, отсутствие явной когнитивной дисфункции. Критерии исключения – возраст до 18 лет, наличие воспалительных изменений нижних мочевых путей и половых органов, наличие опущения передней стенки влагалища, пациенты с сопутствующими органическими заболеваниями (включая поражения позвоночника и первичные заболевания нервной системы). Шкала включает в себя вопросы по акушерско-гинекологическому анамнезу, анамнезу жизни, хирургическому анамнезу, семейному анамнезу, карту боли, оценку симптомов желудочно-кишечного тракта, особенностей образа жизни, способов преодоления стресса, вопросов по насилию в анамнезе (абьюз), включает опросник McGill, данные осмотра врача с картированием боли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе проведения лингвокультурной адаптации была разработана русскоязычная версия анкеты оценки тазовой боли. Существенных сложностей при прямом и обратном переводе текста анкеты не возникло. Для того, чтобы подобрать соответ-

ствующие русскоязычным реалиям эквиваленты содержания заданий, мы проводили сравнительный анализ лингвокультурных адаптаций, выносили спорные вопросы на обсуждение с разработчиком и заседание экспертной комиссии российских специалистов. В состав комиссии также вошли врачи: урологи, гинекологи, неврологи, гастроэнтерологи, психотерапевты и медицинские переводчики. После пилотного тестирования было проведено повторное заседание экспертной комиссии, утверждена финальная русскоязычная версия шкалы. На основании применения данной русскоязычной версии шкалы врачам смежных специальностей при первичном обращении пациенток с СХТБ возможно оценить степень вовлечения доменов в патологический процесс, подобрать врачей мультидисциплинарной бригады для дальнейшего лечения пациентки данной гетерогенной группы, выявить возможные причины возникновения тазовой боли при наличии психотравмирующих факторов насильственного характера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная русскоязычная версия анкеты оценки тазовой боли является доступным и понятным инструментом оценки составляющих доменов СХТБ, что может помочь врачам междисциплинарной бригады комплексно оценить состояние пациентки и правильно подобрать адекватное лечение.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Синдром хронической тазовой боли. Диагностика

АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА INTERSTITIAL CYSTITIS SYMPTOM AND PROBLEM INDEX ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ МОЧЕПУЗЫРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Н.А. Беккер^{1,2}, Е.С. Филиппова^{1,2},
А.В. Зырянов^{1,2}, И.В. Баженов^{1,2}

¹*Кафедра урологии, нефрологии
и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ»
Минздрава России, Екатеринбург, Россия*

²*Отделение урологическое 3, ГАУЗ «СОКБ № 1»,
Екатеринбург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

первичный мочепузырный болевой синдром, диагностика, опросник Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности диагностики и лечения больных с первичным мочепузырным болевым синдромом (ПМБС) является важной задачей современной урологии. Актуальность проблемы связана с различными причинами (высокая распространенность и значительное влияние на качество жизни пациентов, а также схожесть клинических проявлений с другими заболеваниями). Для объективации жалоб используются различные специальные опросники, в том числе Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index.

Цель исследования: оценить валидность русскоязычной версии опросника Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 62 человека. Основную группу составили 32 пациента с ПМБС (26 женщин и 8 мужчин). Средний возраст больных – 55 лет (от 24 до 78 лет). В контрольную группу вошли 30 условно здоровых добровольцев (20 женщин и 10 мужчин). Средний возраст – 46 лет (от 24 до 60 лет). Всем участникам исследования было предложено заполнить специализированный опросник Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index, переведенный на русский язык, а также PUF-Scale, I-PSS и дневник мочеиспускания. Полученные данные были использованы для оценки внутренней согласованности (альфа Кронбаха), внешней валидности (коэффициент корреляции Пирсона) и достоверности (коэффициент межклассовой корреляции) опросника. Всем пациентам с ПМБС под спинномозговой анестезией была выполнена цистоскопия и гидродистензия мочевого пузыря, при которых проводилась визуальная оценка слизистой, наличия гуннеровских поражений, анатомической емкости мочевого пузыря, объема наполнения мочевого пузыря, при котором появлялись изменения слизистой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний балл по результатам опроса в первой группе составил $31,55 \pm 7,07$, что достоверно превысило значения показателя в контрольной группе ($2,90 \pm 1,47$). Коэффициент альфа Кронбаха в целом для опросника, а также по доме-

нам «1», «2» равнялся 0,990, 0,834 и 0,854 соответственно, что указывает на высокую внутреннюю согласованность анкеты. Внешняя валидность подтверждена наличием высокой тесноты связи значений Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index с результатами других опросников. Сумма баллов опросника также коррелирует с клиническими проявлениями ПМБС, наличием гуннеровских поражений и емкостью мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Русскоязычная версия опросника Interstitial Cystitis Symptom and Problem Index является валидным и надежным инструментом оценки симптомов первичного мочепузырного болевого синдрома и может быть рекомендована к использованию в клинической практике. Результаты анкетирования коррелируют с тяжестью клинических проявлений и данными цистоскопии, а также с результатами других специализированных опросников.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нарушения уродинамики нижних мочевыводящих путей при нетравматической миелопатии

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ
НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
И КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫМИ ВАРИАНТАМИ
МИЕЛОПАТИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
ПОЗВОНОЧНИКА**

А.И. Горбунов¹, А.А. Горелова^{1,2}, Д.А. Каюмова¹,
М.А. Мушкин³, К.Х. Чибириков¹

¹Отделение урологии, ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
²Кафедра госпитальной хирургии, СПбГУ, медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия

³Отделение травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейрогенная дисфункция нижних

мочевыводящих путей, ИВПП, спондилит, уродинамика, миелопатия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая заболеваемость инфекционно-воспалительными поражениями позвоночника (ИВПП) составляет 2,2 случая на 100 000 в год. Сложности диагностики приводят к увеличению количества осложненных случаев, спинномозговые расстройства развиваются у 10–64% пациентов. *Цель исследования:* изучить взаимосвязь между результатами уродинамического исследования и клинико-лучевыми характеристиками миелопатий у пациентов с ИВПП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2022–2023 гг. В исследование включены 20 пациентов (15 (75%) мужчин и 5 (25%) женщин в возрасте 31–68 лет (медиана – 45,5 года) с ИВПП, осложненными нейрогенной дисфункцией нижних мочевыводящих путей (НДНМП), проходивших лечение в ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ с января 2022 г. по март 2023 г. Уродинамическое исследование выполняли с помощью установки Menphis Pico 3000, согласно рекомендациям ICS. Изменения спинного мозга оценивались по МРТ. При статистической обработке данных использовался критерий согласия Пирсона для анализа таблиц сопряженности. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После уродинамического исследования выделены следующие группы НДНМП: 1 – детрузорная гиперактивность (ДГ), $n=6$; 2 – ДГ и детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД), $n=6$; 3 – гипо/акоонтрактивность детрузора, $n=7$; 4 – гипоконтрактивность и нерасслабляющийся сфинктер уретры, $n=1$. В таблице представлено распределение параметров ИВПП в зависимости от типа дисфункции нижних мочевыводящих путей (НМП).

Таблица

Показатели	Тип НДНМП				Значение p^1
	1	2	3	4	
ASIA – n (%)					
-А	2	2	3	1	0,332
-В	0	1	0	0	
-С	0	3	2	0	
-D	2	0	2	0	
-Е	2	0	0	0	
уровень компрессии СМ – n (%)					
-нет компрессии	1	0	0	0	0,783
-проводящие пути/над поясничным утолщением	3	5	3	1	
-поясничное утолщение	0	0	1	0	
-конский хвост	0	0	1	0	
-проводящие пути и поясничное утолщение	1	0	2	0	
-проводящие пути, поясничное утолщение, эпиконус и конус	1	1	0	0	
Миелопатия по Vedantam – n (%)					
-тип 1	2	5	4	0	0,268
-тип2	2	0	1	1	
-нет изменения сигнала от СМ	2	1	2	0	
Примечание: n – количество пациентов; 1 – χ^2 -Пирсона; ASIA – шкала неврологической оценки спинальной травмы; СМ – спинной мозг; 1 – детрузорная гиперактивность; 2 – детрузорная гиперактивность и детрузорно-сфинктерная диссинергия; 3 – гипо/акоонтрактивность детрузора; 4 – гипоконтрактивность и нерасслабляющийся сфинктер уретры.					

По результатам статистического анализа ни один из изученных параметров не был связан с развитием конкретного типа нейрогенной дисфункции НМП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИВПП могут осложняться различными видами уродинамических нарушений. Не выявлено взаимосвязи между развитием какого-либо типа дисфункции НМП и уровнем компрессии и характе-

ром изменений спинного мозга по данным МРТ, а также выраженностью неврологических нарушений по шкале ASIA.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Детрузорная гиперактивность.

Диагностика, оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТРУЗОРНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Н.А. Колпакова¹, А.В. Солошенко^{1,2},
С.Г. Горелик³, П.Н. Белоусов⁴

¹Кафедра госпитальной хирургии Медицинского института НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

²Хирургическое отделение № 1 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

³Кафедра факультетской хирургии Медицинского института НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

⁴Урологическое отделение ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

детрузорная гиперактивность, недержание мочи, вегетативные дисфункции, психоэмоциональные расстройства, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические проявления детрузорной гиперактивности (ДГ) – повелительное, учащенное мочеиспускание, ургентное недержание мочи значительно отражаются на повседневной деятельности пациентов, оказывая тем самым выраженное негативное влияние на качество жизни. Непредсказуемые эпизоды ургентного недержания создают психологические проблемы и вызывают социальную дезадаптацию. *Цель исследования:* изучение встречаемости вегетативных дисфункций (ВД) и психоэмоциональных расстройств у пациентов с ДГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное observationalное неконтролируемое исследование. В исследование включены 16 пациентов в воз-

расте от 20 до 72 лет с впервые выявленной ДГ по результатам КУДИ. Исследование связи ДГ и ВД проводилось с помощью опросника для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейн. Исследование связи ДГ и психоэмоциональных расстройств проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для статистической обработки результатов исследования использованы методы оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия ϕ^* – угловое преобразование Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженность ВД по шкале А.М. Вейна у всех пациентов с ДГ составляла $30,7 \pm 1,04$ балла. Среди опрошенных у 14 (87,5%) пациентов результаты опросника для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна превышали значения нормы и составляли более 15 баллов, в том числе у 10 пациентов – более 30 баллов; количество результатов менее 15 баллов было у 2 (12,5%). При проведении цистометрии наполнения и исследования «давление/поток» в фазу наполнения регистрировалась ДГ с амплитудой 20–159 см H_2O . При ВД по шкале А.М. Вейна 15–29 баллов амплитуда ДГ составляла 20–120 см H_2O , 30–49 баллов при регистрации амплитуды более 120 см H_2O . Скрининг психоэмоциональных расстройств при ДГ выявил клинически выраженное смешанное тревожно-депрессивное состояние у 9 (56,25%), клинически выраженную тревогу с субдепрессивным компонентом – у 3 (18,75%), клинически выраженную депрессию с элементами тревоги – у 2 (12,5%), субклиническую тревогу и/или депрессию – у 2 (12,5%), пациентов с устойчивым психоэмоциональным состоянием не выявлено.

Клинически выраженные тревожно-депрессивные состояния достоверно были связаны с амплитудой ДГ более 40 см H_2O , максимальной емкостью мочевого пузыря 90–150 мл, выраженностью ВД по шкале А.М. Вейна более 30 баллов и более выраженным ухудшением качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Такими образом, ВД и психоэмоциональные расстройства сочетаются с ДГ, причем степень выраженности зависит от амплитуды детрузорного давления во время фазы накопления.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Медикаментозная терапия гиперактивного мочевого пузыря

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Г.Г. Кривобородов^{1,2}, О.Н. Ткачева²,
Н.С. Ефремов^{1,2}, Д.А. Ширин²

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра урологии и андрологии лечебного факультета
²Российский геронтологический научно-клинический центр

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперактивный мочевой пузырь, пожилой и старческий возраст, антихолинергические средства, бета-3-агонисты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) является часто встречающимся состоянием, с четкой тенденцией к увеличению числа больных в пожилом возрасте. Помимо значимого снижения качества жизни, urgentное мочеиспускание – основная причина падений у мужчин и женщин в возрасте старше 60 лет. Нередко падения приводят к повреждению проксимального отдела бедра с последующими тромбэмболическими осложнениями, что заставляет относиться к ГМП как к смертельно опасному состоянию. В связи с этим использование эффективных и безопасных методов лечения ГМП является актуальной задачей урогериатрии. *Цель исследования:* улучшение результатов лечения ГМП у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 78 пациентов пожилого и старческого возраста (26 мужчин и 52 женщины) с ГМП оценивали эффективность и безопасность применения М-холиноблокатора (солифенацин 10 мг 1 раз в сутки) и бета-3-агониста (мирабегрон 50 мг 1 раз в сутки). Средний возраст больных составил 71,2 г (от 60 до 84 лет). Эффективность лечения оценивали по динамике показателей дневника мочеиспусканий и визуальной аналоговой шкалы. Хороший результат оценивали, как улучше-

ние симптомов ГМП более чем на 75% от исходных, удовлетворительный – от 50 до 75% и отсутствие эффекта – менее 50%. Мониторинг когнитивных функций проводили на основании теста Мини-Ког.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 12 недель лечения солифенацином: хороший результат получен у 19 (24,4%) пациентов – 1-я группа, удовлетворительный у 24 (30,7%) – 2-я группа, отсутствие эффекта у 12 (15,4%) – 3-я группа. У 23 (29,5%) больных отмечены побочные эффекты – 4-я группа. 8 пациентов имели сухость во рту; 3 – нарушение опорожнения кишечника; 5 – появление остаточной мочи более 100 мл; у 9 – когнитивные нарушения. Больным 2-й группы дополнительно к солифенацину добавили мирабегрон, а у больных 3-й и 4-й группы мирабегрон использовали в качестве монотерапии. Через 12 недель лечения мирабегроном хороший результат отмечен у 11 больных 2-й группы; у больных 3-й группы хороший результат у 2 и удовлетворительный – у 3; в 4-й группе хороший результат у 5 и удовлетворительный – у 7 пациентов. Мирабегрон не вызывал каких-либо побочных эффектов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Антихолинергические средства и бета-3-агонисты в качестве монотерапии или сочетанного применения приводят к значимому улучшению симптомов ГМП у 76,9% больных пожилого возраста. Бета-3-агонисты являются препаратами первого выбора при высоких рисках когнитивных нарушений и у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, а также при побочных эффектах антихолинергических препаратов.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурология

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЛИЦ СТАРШЕ
65 ЛЕТ: ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ «ЭВКАЛИПТ»**

Г.Г. Кривобородов^{1,2}, Н.М. Воробьева²,
Ю.В. Котовская², Н.С. Ефремов^{1,2}, Д.А. Ширин²,
О.Н. Ткачева²

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра
урологии и андрологии лечебного факультета

²Российский геронтологический научно-
клинический центр

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, пожилой возраст,
комплексная гериатрическая оценка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи (НМ) – патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из наружного отверстия уретры. К сожалению, в РФ мало эпидемиологических исследований, направленных на уточнение распространенности НМ среди лиц пожилого возраста. *Цель исследования:* оценить распространенность НМ и его влияние на качество жизни в популяции старше 65 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В эпидемиологическом исследовании «ЭВКАЛИПТ» принимали участие лица, проживающие в 11 регионах РФ, которые были обследованы в период с апреля 2018 г. по октябрь 2019 г. Критериями включения являлись возраст ≥ 65 лет и письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В исследование включили 4308 человек (30% мужчин и 70% женщин) в возрасте от 65 до 107 лет. Большинство (60%) участников были обследованы в условиях поликлиники, каждый пятый – в стационаре (20%) или на дому (19%), 1% – в интернатах/домах престарелых. В соответствии с протоколом участников распределили на 3 возрастные группы (65–74 года, 75–84 года и ≥ 85 лет). Всем пациентам выполняли комплексную гериатрическую оценку. НМ оценивали на основа-

нии вопросов, входящих в скрининговую шкалу «Возраст не помеха», а также при помощи специально разработанного модуля «Недержание мочи и кала».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Информация о контроле над мочеиспусканием получена у всех участников исследования. При ответе на вопрос из скринговой шкалы «Возраст не помеха» (страдаете ли вы недержанием мочи?) положительный ответ был получен у 1471 (34,1%) опрошенного и отрицательно ответили 2837 (65,9%). При оценке распространенности НМ на основании модуля «Недержание мочи и кала» положительный результат выявлен у 1399 (95,1%) из 1471 с позитивными результатами на основании шкалы «Возраст не помеха». В то же время 72 человека (4,9%) ответили отрицательно. Напротив, из 2837 человек, которые не имели НМ по данным шкалы «Возраст не помеха», 554 участника исследования указали на наличие утечки мочи (19,5%) и 2283 (80,6%) подтвердили ее отсутствие. Отмечена четкая тенденция к увеличению частоты НМ с возрастом и негативное влияние на качество жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, частота НМ среди всех обследуемых в возрасте старше 65 лет составила 45,3%. Полученные данные указывают на высокую распространенность НМ у пожилых и диктует необходимость активного его выявления врачами разных специальностей.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Первичный уретральный болевой синдром у женщин

**ДИАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК
С ПЕРВИЧНЫМ УРЕТРАЛЬНЫМ
БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

А.С. Куяров^{1,2}, О.С. Стрельцова¹, Т.И. Маслова²,
Ф.А. Севрюков^{1,2}

¹Кафедра урологии им. Е.В. Шахова, ФГБОУ ВО
«ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород,
Россия

²ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»
г. Нижний Новгород», Нижний Новгород,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

первичный уретральный болевой синдром, фотоплетизмография, сердечно-сосудистая вегетативная невропатия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первичный уретральный болевой синдром (ПУБС) – часть комплекса синдрома хронической первичной тазовой боли (СХпТБ). СХпТБ у женщин является изнурительным состоянием, ухудшающим качество жизни. Известно, что одним из основных провоцирующих факторов возникновения любого болевого синдрома является сердечно-сосудистая вегетативная невропатия. *Цель исследования:* выявить сердечно-сосудистые вегетативные нарушения у пациенток с ПУБС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 52 пациентки в возрасте 20–68 лет, которые были разделены на группы: «ПУБС» – 20 пациенток с верифицированным диагнозом ПУБС; «Н» – 32 пациентки условной нормы, без жалоб и с отсутствием патологии при обследовании рутинными методами диагностики в ходе диспансеризации. В качестве оценки наличия сердечно-сосудистой вегетативной невропатии использовалась система ESTECK Complex (LD Technology, США, РУ № ФСЗ 2009/04910 от 12.04.2019), в которой применяются технологии кожно-гальванического рефлекса, биоимпедансного анализа, фотоплетизмографии, плетизмографии объема плеча и лодыжки. Традиционные тесты сложны в выполнении, отнимают много времени, поэтому редко выполняются в практике. Система ESTECK Complex позволяет неинвазивно оценить организм по 34 параметрам за 7 мин. исследования и применяется в кардиологии, эндокринологии, неврологии. В урологии при ПУБС использована впервые. Значимость различий полученных показателей системы ESTECK Complex оценивали по t-критерию Student.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные статистически значимые показатели системы ESTECK Complex, отражающие наличие сердечно-сосудистой вегетативной дисфункции у пациенток группы ПУБС, по сравнению с группой нормы отражены в таблице.

Таблица. Показатели системы ESTECK Complex для групп пациентов «ПУБС» и «Н»

Показатели	ПУБС n=20	Норма n=32	p
PTGVLFi	86,25± 29,09	41,29± 17,67	0,0002
HRV	402,75± 185,85	125,00± 49,5	0,00007

Примечание: n – количество пациентов; p – t-критерий Student; PTGVLFi – пиковая амплитуда фотоплетизмографии очень низкой частоты; HRV – вариабельность сердечного ритма.

Статистически значимые различия между группами «ПУБС» и «Н» получены по двум показателям: 1) фотоплетизмография очень низкой частоты (PTGVLFi) – маркер, содержащий информацию о сердечно-сосудистой вегетативной функции и плотности периферических волокон; 2) вариабельность сердечного ритма (HRV) – сумма трех частот, полученных в результате спектрального анализа интервала R-R на ЭКГ. Отклонение показателей от нормальных значений при ПУБС может указывать на снижение вегетативного контроля сосудистого тонуса и на денервацию С-волокон. Впервые выявленная вегетативная дисфункция тонуса сосудов у пациенток группы «ПУБС» обнаружена в 65% случаев (n=13). Среди пациенток условной нормы было выявлено 5 женщин (16%) с вегетативными нарушениями без клинического проявления, схожими с группой «ПУБС»: PTGVLFi – 93,00±9,9 и HRV – 306,00±116,37. То есть данные пациентки могут относиться к группе риска развития СХпТБ/ ПУБС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с ПУБС с высокой достоверностью выявлено нарушение сердечно-сосудистой вегетативной функции организма в 65%. Предложенный метод системы ESTECK Complex может быть использован для диагностики выраженности вегетативных нарушений у пациенток с ПУБС, а также для выявления группы риска для развития ПУБС среди пациенток условной нормы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Синдром хронической тазовой боли

**ТРАНСВЕРТЕБРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ
НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ КАК
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С УРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

Г.В. Ковалев¹, И.А. Лабетов¹, О.В. Волкова¹,
Р.Р. Шакирова¹, Д.Д. Шкарупа¹

*¹Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский
государственный университет, Санкт-
Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

синдром хронической тазовой боли,
нейропатия полового нерва, простатический
болевого синдром, электронейромиография,
электрофизиология, нейроурология,
нейромодуляция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современные методы лечения пациентов с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) не стандартизованы и зачастую патофизиологически необоснованы. Наряду с интервенционным лечением, таким как медикаментозные блокады, широко развивается нейромодуляция. Тиббиальная нейромодуляция и сакральная нейромодуляция входят в рекомендации по лечению СХТБ. В то же время тиббиальная нейромодуляция имеет ограниченную эффективность, сакральная – инвазивная процедура. Трансвертебральная нейромодуляция – неинвазивный метод воздействия магнитными импульсами на сегменты спинного мозга, который может применяться в лечении пациентов с СХТБ. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность трансвертебральной магнитной нейромодуляции в лечении пациентов с СХТБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 39 пациентов (12 (31%) женщин и 27 (69%) мужчин), средний возраст – 40±12 лет с диагнозом СХТБ. Пациенты длительно наблюдались у урологов с такими диагнозами, как «хронический простатит», «хронический цистит», неоднократно получали эмпирическую терапию антибактериальными и противовоспалительными препаратами без

клинически значимого эффекта. Клиническая картина заболевания удовлетворяла критериям Nantes для диагностики пудендальной невралгии. Всем пациентам была проведена ЭНМГ полового нерва методом определения БКР. Все пациенты прошли курс лечения трансвертебральной магнитной нейромодуляцией на аппарате Нейро-МС/Д (ООО «Нейрософт», Россия) в режиме непрерывной стимуляции с частотой 10 Гц на зону корешков S2-S4.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходный уровень боли по шкале ВАШ составил 5,03±1,55. Домен боли NIH-CPSI составил 9,52±2,8, домен мочеиспускания – 1,78±1,2 балла, домен качества жизни – 9,21±2,0 балла. К окончанию терапии у 22 (56%) пациентов отметили значимое улучшение симптомов, 1 (2,6%) пациентка отметила ухудшение боли. Средний уровень боли через 1 месяц после окончания терапии составил 3,1±1,09 и был статистически значимо ниже исходного (p<0,001). Болевой домен NIH-CPSI через 1 месяц составил 8,01±1 балл (p<0,023). Домены мочеиспускания и симптомов не продемонстрировали статистически значимых отличий. Ни одного случая развития серьезных осложнений, требующих прекращения терапии, зарегистрировано не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансвертебральная магнитная нейромодуляция является безопасным и эффективным методом облегчения болевого синдрома у пациентов с урологической хронической тазовой болью, в том числе нейропатического генеза при правильном информировании пациентов. Для разработки оптимального протокола требуются дальнейшие исследования.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

**РОЛЬ
ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОЙ
ОЦЕНКИ БУЛЬБОКАВЕРНОЗНОГО
РЕФЛЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ
ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОВОГО НЕРВА
У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

И.А. Лабетов¹, Г.В. Ковалев¹, О.В. Волкова¹,
Р.Р. Шакирова¹, А.А. Бердичевская¹,
А.О. Зайцева¹, О.Ю. Старосельцева¹,
Д.Д. Шкарупа¹

¹*Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский
государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

синдром хронической тазовой боли, нейропатия полового нерва, простатический болевой синдром, электронейромиография, электрофизиология, нейроурология.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одним из дополнительных инструментальных методов диагностики пудендальной нейропатии является игольчатая электронейромиография (ЭНМГ) бульбокавернозного рефлекса (БКР). Накопленных данных о ЭНМГ БКР у пациентов с СХПТБ недостаточно ввиду специфичности процедуры и ее выполнению только в экспертных центрах, специализирующихся на лечении тазовой боли. Исследование по изучению особенностей ЭНМГ БКР у пациентов СХПТБ представляет повышенный интерес. *Цель исследования:* оценить репрезентативность и информативность методики ЭНМГ БКР у пациентов с СХПТБ и выявить факторы, влияющие на изменение параметров М-ответа БКР, таких как латентность, амплитуда и длительность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное когортное исследование, в которое были включены 75 данных пациентов с синдромом хронической первично тазовой боли (СХПТБ), которым проводилась игольчатая регистрация ЭНМГ БКР. Субъективные жалобы

пациентов регистрировались валидизированными опросниками: визуальной аналоговой шкалой (ВАШ) и индексом шкалы симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI). Фиксировались ЭНМГ параметры, такие как амплитуда, латентность и длительность М-ответов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами обнаружена статистически значимая взаимосвязь длительности М-ответа и роста пациентов ($r=0,31$, $p=0,03$) и их массы тела ($r=0,34$, $p=0,02$). Антропометрические данные не коррелировали с амплитудой и латентностью БКР. Значимое превышение латентного периода выше 45 мс, подтверждающее деструкцию нервной ткани, наблюдалось у 11 (55%) женщин и 24 (44%) мужчин. Хотя статистически значимых отличий ни по одному из параметров М-ответа между мужчинами и женщинами не наблюдалось, была выявлена тенденция к увеличению амплитуды ответов у мужчин и увеличению времени латентности БКР у женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного нами исследования показывают, что длительность М-ответа БКР может положительно коррелировать с антропометрическими данными пациента. Средняя латентность и амплитуда ответа не зависят от антропометрических данных, и разница между ними может быть в большей степени детерминирована половыми различиями.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурологический осмотр

**НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР
ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИИ
СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ**

Д.А. Лысачев^{1,2}, Н.А. Коновалов¹,
Н.А. Дзюбанова¹, Г.Р. Касян², Р.В. Строганов²,
Л.А. Ходырева², С.В. Пронина¹, Д.Ю. Пушкарь²

¹*Отделение спинальной нейрохирургии
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад.
Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Москва, Россия*
²*Кафедра урологии МГМСУ им А.И. Евдокимова,
Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейроурологическое обследование, спинальная нейрохирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

Задачей уролога в нейрохирургической клинике является наиболее ранняя диагностика или прогнозирование нарушений мочеиспускания у пациентов в процессе нейрохирургического лечения. Необходимо учитывать тяжесть состояния пациентов и ограниченное время их пребывания в нейрохирургическом стационаре.

При обследовании пациента, которому планируется операция, заранее известны локализация, характер и объем поражения по данным клинического и рентгенологического исследований. Имеется возможность максимально эти данные использовать, а также проводить дополнительные исследования.

Нарушения функции мочеиспускания являются составляющей неврологического синдрома и требуют объективизации состояния рефлекторной деятельности, регулирующей функцию нижних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 10.10.2020 г. по 01.10.2022 г. наблюдались 362 пациента, госпитализированных для нейрохирургических вмешательств в отделение спинальной нейрохирургии ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ. Ведущим диагностическим методом был нейроурологический осмотр, при котором прицельно выявлялись нарушения качества мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции, имеющиеся на момент осмотра, а также существовавшие ранее. Выполнялась оценка чувствительности, рефлексов (бульбо-кавернозного/клиторо-кавернозного, анального, кремастерного, коленных, брюшных рефлексов), тонуса прямой кишки и функции анального сфинктера, способности к его произвольному сокращению. При помощи ультразвукового контроля оценивались структурное состояние верхних мочевыводящих путей и эффективность опорожнения мочевого пузыря (посредством контроля остаточной мочи) в до- и раннем послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разработан и внедрен протокол нейроурологического осмотра нейрохирургического пациента. Были выявлены основные группы повышенного риска развития нарушений функции мочеис-

пускания в зависимости от локализации, протяженности и характера патологического процесса, перспективы их восстановления. Прослежены корреляции между развитием во времени неврологического дефицита и снижением качества мочеиспускания, а также динамикой этих процессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нейроурологический осмотр позволяет детально оценить функции нижних и верхних отделов мочевыводящей системы в процессе нейрохирургического лечения. При этом выявляются дисфункции, в том числе ненейрогенного характера, которые существуют на момент осмотра или же существовали ранее и требующие выполнения соответствующих мероприятий по их компенсации и лечению. Осуществляется прогнозирование восстановления нарушенных функций и разработка индивидуальных схем реабилитационных и лечебных мероприятий.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Функциональная урология, уродинамика, недержание мочи у мужчин после радикальной простатэктомии

УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СФИНКТЕРА УРЕТРЫ У МУЖЧИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

недержание мочи, радикальная простатэктомия, уродинамическое исследование, проба абдоминального давления потери мочи, недостаточность сфинктера уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Недержание мочи (НМ) – частое осложнение РПЭ, снижающее качество жизни. Ведущей причиной НМ после РПЭ является недостаточность сфинктера уретры. В настоящее время для выявления недостаточности сфинктера уретры используют комплексное уродинамическое исследова-

ние (КУДИ) с пробой абдоминального давления потери мочи (АДПМ). Рекомендации по выполнению пробы АДПМ основаны преимущественно на анализе женщин с НМ. Данный подход не учитывает различия анатомии таза мужчин, что снижает объективность результатов КУДИ. *Цель исследования:* оценить влияние емкости мочевого пузыря на активность мышц тазового дна во взаимосвязи с результатами пробы АДПМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно в период 2021–2022 гг. оценены 23 пациента с НМ после РАРП. Возраст исследуемых – 64 ± 7 лет. Диагностику НМ выполняли с помощью КУДИ, пробы АДПМ. Критерии включения: жалобы на стрессовое НМ легкой (1–2 прокладки) и средней степени тяжести (2–3 прокладки в сутки). Критерии исключения: предшествующая гормоно-лучевая терапия, ТУР предстательной железы, стеноз уретро-везикального анастомоза, нейрогенные расстройства мочеиспускания. Методика выполнения КУДИ соответствовала надлежащей практике международного общества удержания мочи, использовали уродинамическую системы Laborie, водно-перфузионный метод. Для исключения обструктивного эффекта геля на катетере пробу АДПМ выполняли на втором паттерне. Пробу начинали с емкости 50 мл с последующим интервальным повышением на 50 мл до достижения максимальной цистометрической емкости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Получена серия из 15 релевантных исследований. Пациенты распределены в зависимости от тяжести НМ: I группа – 6 (40%) пациентов с легкой степенью НМ (1–2 прокладки в сутки) и II группа – 9 (60%) пациентов со средней тяжестью НМ (2–3 прокладки в сутки). Значение электромиографического (ЭМГ) мышц тазового дна (МТД) потенциала в покое, в начале исследования, составило 7 ± 4 мВ. По мере увеличения емкости мочевого пузыря на каждом интервале (50 мл) регистрировали повышение ЭМГ потенциала МТД на 3 ± 2 мВ от исходных значений. Показатели АДПМ составляли 76 ± 25 см H₂O. НМ при переполненном мочевом пузыре у пациентов обеих групп не выявлено. Наиболее значимые различия пробы АДПМ получены при емкости мочевого пузыря 100 и 200 мл ($p < 0,001$). Результаты пробы АДПМ при емкости мочевого пузыря 100 мл проба «положительная»: I груп-

па $n=4$ (67%) и II группа $n=8$ (89%) ($p < 0,001$); проба «отрицательная»: I группа $n=2$ (33%) и II группа $n=1$ (11%). Результаты пробы АДПМ при емкости мочевого пузыря 200 мл: проба «положительная»: I группа $n=1$ (16%) и II группа $n=6$ (67%) ($p < 0,001$); проба «отрицательная»: I группа $n=4$ (67%) и II группа $n=2$ (22%).

Пациентам ($n=2$, I гр., $n=1$ II гр.) с отрицательной пробой АДПМ при емкости мочевого пузыря 100 мл для исключения обтурирующего влияния удален катетер, проба АДПМ выполнена повторно, зафиксированы утечки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение пробы АДПМ при емкости мочевого пузыря 100 мл позволяет повысить диагностическую чувствительность метода КУДИ при выявлении недостаточности сфинктера уретры у мужчин после РПЭ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Ботулинотерапия для лечения гиперактивного мочевого пузыря.

Экспериментальное исследование

УВЕЛИЧЕНИЕ

БИОДОСТУПНОСТИ РАСТВОРА БОТУЛОТОКСИНА А ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

С.В. Поройский¹, Д.В. Перлин²,
О.Г. Струсовская³, Н.А. Гончаров^{1,4,5},
А.А. Кузнецов¹, Е.А. Морозов^{1,5}

¹Кафедра медицины катастроф ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

³Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

⁴ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград, Россия

⁵ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград, Россия

КЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ботулотоксин А, тизоль, глицеросольват титана, уротелий, гиперактивный мочевой пузырь.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ботулинотерапия является высокоэффективным методом лечения гиперактивного мочевого пузыря, но она является инвазивной процедурой, поэтому необходим поиск новых, малоинвазивных методик введения ботулотоксина А. *Цель исследования:* определить влияние тизоля на биологическую доступность ботулотоксина А для слизистой мочевого пузыря, сравнить ее с биодоступностью ботулотоксина А.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использовалась экспериментальная модель изучения изменения биодоступности ботулотоксина А в комплексе с тизолем и чистого раствора ботулотоксина А в эксперименте *in vitro*. Для этого использовали модель диализа через слизистую оболочку мочевого пузыря телянка. После проведенного диализа с помощью спектрофотометра определяли концентрацию ботулотоксина А в обоих образцах. В соответствии с полученными данными строили кривые диализа.

В качестве экспериментальной модели для изучения изменения биодоступности ботулотоксина А в комплексе с тизолем в эксперименте *in vitro* использовали модель диализа через слизистую оболочку мочевого пузыря телянка. Для определения биологической доступности ботулотоксина А использовали метод равновесного диализа по Кривчинскому. Для определения содержания ботулотоксина А в акцепторной среде применяли метод УФ – спектрофотометрии по реакции ботулотоксина А с реактивом Бенедикта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кривые диализа представлены на рисунке.

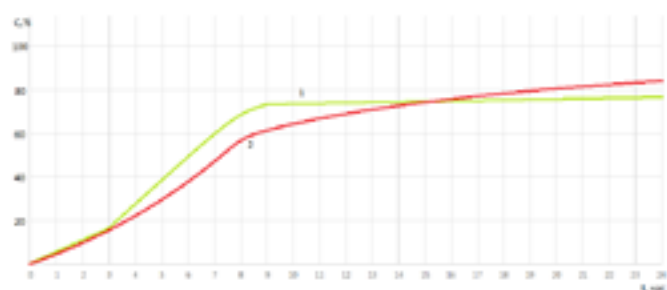


Рисунок. Кривые диализа ботулотоксина А через слизистую оболочку мочевого пузыря телянка из исследуемых образцов: 1 – кривая диализа смеси ботулотоксина А с тизолем; 2 – кривая диализа ботулотоксина А

В ходе проведенных исследований было установлено, что максимальное количество ботуло-

токсина А диффундировало в акцепторную среду из смеси исследуемого вещества с тизолем через 9 часов. Площадь под кривой диализа смеси ботулотоксина А с тизолем превышает площадь под кривой ботулотоксина А почти на 20%, что свидетельствует об улучшении биологической доступности препарата в присутствии тизоля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного нами эксперимента было установлено, что компонентная смесь тизоля и ботулотоксина А обладает большей биодоступностью, чем раствор чистого ботулотоксина А. Однако скорость диффузии компонентной смеси достаточно низка.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурология

СТРУКТУРА СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ

В.В. Ромих¹, Л.Ю. Кукушкина¹,
А.В. Захарченко¹

¹Отделение нейроурологии и уродинамики, Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейроурология, уродинамика, урореабилитация, симптомы нижних мочевых путей, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В урореабилитации онкологических пациенток большая часть обращений приходится на контингент женщин, перенесших расширенную экстирпацию матки (различные модификации операции Вертгейма). Для определения реабилитационной тактики необходим объективный клинический анализ на основании данных уродинамического исследования. Выбор тактики лечения СНМП проводится в зависимости от установленной причины симптомов: гиперактивность детрузора (ГД), гипоактивность детрузора (ГА), инфравезикальная обструкция (ИВО), недержание мочи

(НМ) и т.п., что является наиболее современным и стандартизированным подходом, основанным на клинических рекомендациях. *Цель исследования:* изучить структуру СНМП у пациенток после расширенной экстирпации матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2020 г. под клиническим наблюдением в отделении уродинамики и нейроурологии находились 86 пациенток с СНМП после расширенной экстирпации матки. Всем пациенткам выполнено комплексное клиничко-уродинамическое обследование с определением ведущего уродинамического нарушения. Обследование проводилось в сроки от 2 до 12 месяцев после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Функциональная ИВО, клинически характеризующаяся задержкой мочеиспускания с сохранением самостоятельного мочеиспускания – 29 (33,7%). НМ, преимущественно императивное – 22 пациентки (25,6%). ГА на фоне отсутствия расслабления сфинктера, клинически проявляющаяся полной задержкой мочеиспускания – 20 (23,3%), с сохранением самостоятельного мочеиспускания – 9 пациенток (10,5%). ГД, проявляющаяся поллакиурией без недержания – 3 пациентки (3,5%). Гиперсенсорный мочевой пузырь без ГД – 2 пациентки (2,3%), экстрауретральное НМ – 1 пациентка (1,1%). Функциональная ИВО является ведущим уродинамическим нарушением (33,7%), что требует проведения консервативного или малоинвазивного лечения, направленного на сфинктерную релаксацию. 25,6% составляют женщины с НМ, лечение которых проводится согласно клиническим рекомендациям по «недержанию мочи». ГА на фоне сфинктерной дисфункции является показанием к незамедлительному назначению интермиттирующей катетеризации (ИК).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущим уродинамическим нарушением после расширенной экстирпации матки является нарушение функции опорожнения мочевого пузыря (67,5%). Так как большинство пациенток сохраняют самостоятельное мочеиспускание и, тем не менее, имеют прогностически неблагоприятные нарушения, в данной группе пациенток необходимо проводить как можно более «раннюю» уродинамическую оценку и приступать к реабилитационным мероприятиям.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейрогенный мочевой пузырь у детей

СОСТОЯНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО SPINA BIFIDA

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, Ю.Р. Салюкова

*Урологическая клиника ФГБУ РНЦРР
Минздрава России, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

спинномозговая грыжа, дети, Spina bifida, нейрогенный мочевой пузырь.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Урологическая реабилитация пациентов с врожденной спинномозговой грыжей – важный этап их лечения и социализации. Внедрение своевременной интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря позволяет предотвратить серьезные урологические осложнения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и должна проводиться пожизненно с коррекцией ведения на различных этапах роста и взросления пациента. *Цель исследования:* оценить сроки и объем урологической реабилитации у детей с врожденной спинномозговой грыжей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ анамнеза и историй болезни 27 детей (15 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 5 месяцев до 14 лет с врожденной спинномозговой грыжей, обратившихся за консультативной помощью детского уролога в 2023 г. Уровень поражения у 24 пациентов поясничный либо пояснично-крестцовый отдел позвоночника, у 3 – груднопоясничный отдел, преимущественно менингомиелорадикулоцеле – 20 больных и рахишизис – 7 больных, оперированные в периоде новорожденности, 3 пациента – с грубой задержкой психомоторного развития, 8 – имели тяжелый нижний парапарез, требующий использования инвалидного кресла, у 16 – функция нижних конечностей перспективна к восстановлению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст первичной урологической консультации и начала урологического контроля у 7 пациентов на первом году жизни, у 13 больных – от 1 до 3

лет, у 7 – старше 6 лет, из которых 5 пациентов впервые консультированы урологом в возрасте 13–14 лет.

Интермиттирующая катетеризация на первом году жизни понадобилась 3 больным, в возрасте от 1 до 3 лет – 10 пациентам. Из 7 пациентов старше 6 лет все нуждались в катетеризации.

Нарушения уродинамики ВМП в виде мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса – у 11 пациентов в возрасте от 1 года до 11 лет, осложненные нефросклерозом – у 6 детей старше 3 лет. Накопительная функция мочевого пузыря, требующая приема м/холинолитиков либо ботулинотерапию детрузора была снижена у 12 пациентов, а опорожняющая нарушена у всех больных и выражалась ишурией парадокса различного объема либо абдоминальным типом мочеиспускания с большим количеством остаточной мочи (более 50%). При этом эквивалент позыва (наполнения мочевого пузыря) формировался лишь у 6 пациентов в возрасте от 4 лет, у остальных пациентов опорожнение мочевого пузыря проводилось «по времени» и требовалось использование впитывающего белья ввиду отсутствия полноценной социальной адаптации и эпизодов недержания мочи в промежутках между катетеризациями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Урологическая реабилитация пациентов с врожденной спинномозговой грыжей часто начинается несвоевременно и проводится не в полном объеме, что ведет к усугублению тяжести ввиду нарушений уродинамики верхних мочевых путей и формирования нефросклероза. Тяжесть неврологических проявлений и возможности реабилитации двигательной функции и социализации пациентов различны, что требует персонифицированного подхода к вариантам урологической реабилитации. Необходима большая просветительская работа среди врачей педиатров, общей практики, нейрохирургов для организации урологической помощи, подготовка врачей детских урологов-андрологов в вопросах нейроурологии, а также образование врачей урологов с учетом требований реабилитации этих пациентов на протяжении всей жизни.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Тазовая боль. Синдром болезненного мочевого пузыря/интерстициальный цистит, малоинвазивное хирургическое лечение

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ/ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ

М.Н. Слесаревская¹, И.В. Кузьмин¹,
Ю.А. Игнашов¹, С.Х. Аль-Шукри¹

¹ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

синдром болезненного мочевого пузыря, интерстициальный цистит, гидродистензия мочевого пузыря, лазерная абляция, ботулинотерапия, триамцинолон, малоинвазивные методы лечения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности лечения синдрома болезненного мочевого пузыря/интерстициального цистита (СБМП/ИЦ) является важной медицинской и социальной задачей. Лечение СБМП/ИЦ должно быть патогенетически обоснованным и носить мультимодальный характер, включая поведенческие, физические, фармакологические и хирургические методы. *Цель исследования:* разработать персонифицированный подход к лечению больных с СБМП/ИЦ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 145 женщин в возрасте от 19 до 79 лет (средний возраст – 43,9±3,1 года) с диагнозом СБМП/ИЦ, рефрактерным к консервативной терапии. На первом этапе всем 145 больным выполняли цистоскопию и гидродистензию мочевого пузыря. Далее лечение различалось в зависимости от выявления язв Гуннера. При их наличии проводили лазерную абляцию очагов Гуннера с внутривезикулярным введением триамцинолона, при их отсутствии выполняли внутривезикулярные инъекции ботулинического токсина. Оценку эффективности проводили через один месяц. В качестве критерия эффективности лечения использовали улучшение качества жизни больного не менее чем на 1 балл по опроснику QoL.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам цистоскопии с гидродистензи-

ей неязвенные формы СБМП/ИЦ были выявлены у 117 (80,7%) больных, язвенные формы – у 28 (19,3%) женщин. При неязвенных формах СБМП/ИЦ у 43 (36,8%) человек был положительный эффект от гидродистензии. Повторная гидродистензия в сочетании с ботулинотерапией была проведена 74 (63,2%) больным, положительный эффект отметили 58 (78,4%) женщин. При выявлении язв Гуннера одновременно с гидродистензией больным проводили лазерную абляцию язвенных дефектов. Через один месяц после ее выполнения 17 (81%) из 28 женщин отметили значительное улучшение самочувствия. 7 больным одновременно с лазерной абляцией выполняли внутрипузырное введение раствора триамцинолона, при этом положительный эффект от вмешательства отметили 5 (71,4%) больных. Переносимость всех методов лечения была удовлетворительная.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тактика малоинвазивного хирургического лечения СБМП/ИЦ выбирается индивидуально, в зависимости от клинической формы заболевания, которая определяется во время цистоскопии с гидродистензией мочевого пузыря. Для лечения больных с язвенными формами СБМП/ИЦ методом выбора является лазерная абляция в сочетании с внутрипузырными инъекциями триамцинолона.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Осложнения нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей

ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

В.А. Солодкий¹, А.Ю. Павлов¹, Р.В. Салюков^{1,2},
Е.В. Касатонova³

¹ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России (ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ), Москва, Россия

²ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра медицинской реабилитации ФДПО

³НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей, травма спинного мозга, диагностика, осложнения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ и прогнозирование осложнений со стороны ВМП на основании клинических проявлений нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей (НДНМП) у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в период 2012–2022 гг. на базе АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва) и в ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ РФ. Пациенты с ТБСМ из общей выборки были разделены на две группы в зависимости от наличия осложнений со стороны почек: I группа (n=92) включала в себя пациентов с осложнениями (мочекаменная болезнь, хроническая болезнь почек и нефросклероз), II группа (n=127) пациентов без развития осложнений со стороны ВМП. Проведена оценка различий клинико-анемнестических данных и результатов комплексного уродинамического исследования. Статистическая обработка включала регрессионный анализ по Коксу, метод анализа ROC-кривых и метод бинарной логистической регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для выявления предикторов развития осложнений со стороны почек были оценены следующие факторы: мужской пол, возраст, период ТБСМ, уровень повреждения спинного мозга, коэффициент коморбидности, категория А по шкале ASIA, балл по шкале FIM, тенденция к увеличению остаточной мочи, подтекание мочи, эпизод изменения типа опорожнения мочевого пузыря в анамнезе и уродинамические факторы: детрузорное давление в точке утечки, комплаенс мочевого пузыря, давление детрузора при наполнении, давление детрузора при опорожнении. Пороговые значения определены при помощи ROC-анализа. Статистически значимые различия получены для следующих факторов: мужской пол (p=0,014), максимальное детрузорное

давление >75 см вод. ст. ($p=0,07$), давление детрузора в точке утечки >41 см вод. ст. ($p<0,001$), выраженная трабекулярность стенки мочевого пузыря при УЗИ ($p=0,022$). Исходя из полученных данных, методом бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель для определения вероятности развития почечных осложнений: $P=1/(1+e^{-z}) \times 100\%$; $z=-1,971+0,970X_1+0,635X_2+0,995X_3+0,295X_4$, где P – вероятность развития осложнений со стороны почек, X_1 – мужской пол, X_2 – выраженная трабекулярность стенки мочевого пузыря при УЗИ, X_3 – максимальное детрузорное давление наполнения >75 см вод. ст., X_4 – максимальное детрузорное давление в точке утечки >41 см вод. ст. Полученная модель была статистически значимой ($p < 0,001$), чувствительность и специфичность составили 56,8 и 74,0% соответственно. Для повышения чувствительности модели и проверки ее адекватности был проведен ROC-анализ.

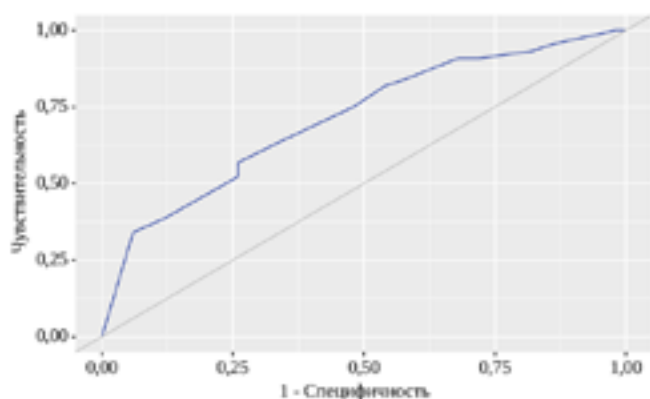


Рисунок. ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности развития осложнений со стороны почек

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получена надежная модель для прогнозирования осложнений со стороны почек у пациентов с ТБСМ.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Нейроурология

АУТОПЛАЗМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Е.С. Филиппова^{1,2}, И.В. Баженов^{1,2},
А.В. Зырянов^{1,2}, Н.А. Беккер¹

¹Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России, Екатеринбург, Россия
²ГАУЗ СО «СОКБ № 1», Екатеринбург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

обогащенная тромбоцитами аутоплазма, гипотония детрузора, интерстициальный цистит. **ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Инъекции обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в последнее время широко используются в различных отраслях медицины, включая урологию. Однако данных о результатах ее внутрипузырного введения недостаточно. *Цель исследования:* оценить эффективность лечения обогащенной тромбоцитами аутоплазмой нарушений мочеиспускания, вызванных гипотонией мочевого пузыря и интерстициальным циститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 38 пациентов в возрасте от 28 до 79 лет ($53,3 \pm 19,6$), наблюдавшихся в ГАУЗ СО «СОКБ № 1». Группу А составили 20 больных синдромом болезненного мочевого пузыря (интерстициальным циститом), группу Б – 18 пациентов с гипотонией мочевого пузыря вследствие периферической полинейропатии различной этиологии или декомпенсации детрузора на фоне предшествовавшей ранее инфравезикальной обструкции. Всем пациентам трижды с интервалом в один месяц выполняли инъекции обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в стенку мочевого пузыря. Для оценки эффективности лечения использовали данные уродинамического исследования, дневники мочеиспускания и анкеты-опросники.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты хорошо перенесли лечение. Серьезных осложнений или нежелательных побочных явлений отмечено не было. В группе А аутоплазмолитерапия позволила добиться достоверного ($p<0,05$) увеличения максимальной емкости мочевого пузыря по данным дневников мочеиспускания с 78 ± 29 до 115 ± 36 мл, уменьшения количества микций в дневное время – с $18,7 \pm 6,2$ до $13,2 \pm 5,6$, уменьшения выраженности болевого синдрома – с $6,2 \pm 2,3$ до $3,3 \pm 1,4$ балла по визуально-аналоговой шкале боли. У пациентов из группы Б после проведенного лечения общий балл шкалы симптомов нейрогенного мочевого пузыря уменьшился с $19,5 \pm 8,7$ до $14,6 \pm 2,3$

($p < 0,05$), сумма баллов по домену «Накопление/опорожнение» – с $12,9 \pm 2,2$ до $8,6 \pm 1,4$ ($p < 0,05$) и сумма баллов IPSS – с $18,3 \pm 6,5$ до $15,2 \pm 6,2$ ($p < 0,05$). Достоверного улучшения качества жизни отмечено не было. Урофлоуметрия позволила зафиксировать увеличение максимальной скорости мочеиспускания с $6,4 \pm 3,6$ до $8,2 \pm 5,3$ мл/с. Объем остаточной мочи уменьшился с 536 ± 254 до 321 ± 166 мл ($p < 0,05$). При цистометрии опорожнения не было зарегистрировано увеличения силы сокращения детрузора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика внутривезикулярных инъекций обогащенной тромбоцитами аутоплазмы является безопасной и может использоваться у пациентов с нарушениями мочеиспускания. Эффективность аутоплазмотерапии у больных с нейрогенными нарушениями мочеиспускания и синдромом хронической тазовой боли требует дальнейшего изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Консервативное лечение нейрогенного гиперактивного мочевого пузыря. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРЕПАРАТОМ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А-ГЕМАГГЛЮТИНИН КОМПЛЕКС

Б.В. Ханалиев¹, Д.В. Косарева¹, В.Е. Робышев¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперактивность детрузора, ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс, холинолитические препараты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дисфункция нижних мочевых путей вызывается различными заболеваниями и состояниями. Нарушения мочеиспускания имеются у подавляющего большинства пациентов со спинальной травмой. Необходимо лечение данной патологии во избежание нарушения функции почек, инфек-

ционно-септических осложнений. *Цель исследования:* улучшить результаты лечения пациентов с нейрогенной детрузорной гиперактивностью, резистентной к холинолитической терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова с августа 2022 г. обследованы 32 пациента отделения медицинской реабилитации, имеющие жалобы на дизурические расстройства. Все пациенты имели диагноз «нейрогенная гиперактивность детрузора», подтвержденный комплексным уродинамическим исследованием (цистометрическая емкость мочевого пузыря – 120 мл (± 40 мл), Pdet – 55 см H₂O (± 17 см H₂O)) и получали холинолитические препараты в течение длительного времени. У 18 пациентов консервативная терапия оказалась неэффективной либо имела выраженные побочные эффекты, ввиду чего пациентам было предложено оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 18 пациентам были выполнены внутривезикулярные инъекции ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс (дозировка согласно клиническим рекомендациям), при этом результаты оказались положительными: нивелирована детрузорная гиперактивность, во всех случаях значительно снизилось максимальное давление детрузора при наполнении мочевого пузыря (Pdet – 35 см H₂O (± 10 см H₂O)), что является важным защитным механизмом для верхних мочевых путей. Также значительно увеличилась максимальная цистометрическая емкость (287 мл [± 48 мл]), что позволило пациентам быть «сухими» между проведением интермиттирующей катетеризации, уменьшились проявления автономной дисрефлексии (марашки, головная боль, резкий подъем артериального давления, гиперемия выше уровня травмы) у всех пациентов с «высоким» уровнем повреждения спинного мозга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение ботулотоксина в лечении нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей является одним из перспективных направлений как в урологической практике, так и при проведении реабилитации пациентов после перенесенной позвоночно-спинномозговой травмы. Ботулинотерапия значительно повышает качество жизни пациентов и позволяет им вести более активный образ жизни, проходить реабилитацию в полном объеме, а также уменьшает страх по-

тери мочи перед половым актом и увеличивает сексуальную активность пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Хирургическое лечение нейрогенного гиперактивного мочевого пузыря

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ ДЕТРУЗОРА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Б.В. Ханалиев¹, Д.В. Косарева¹, В.Е. Робышев¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гиперактивность детрузора, ботулинический токсин, шкала симптомов нейрогенного мочевого пузыря.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Императивное недержание мочи – одна из форм недержания мочи, характеризующаяся внезапным позывом на мочеиспускание, в результате которого возникает непроизвольное подтекание мочи. Лечение может быть консервативным с использованием антихолинэргических препаратов, однако при неэффективности терапии и наличии побочных реакций возможно хирургическое лечение. *Цель исследования:* улучшить качество жизни пациентов с нейрогенной детрузорной гиперактивностью, рефрактерной к консервативной терапии путем внутридетрузорного введения ботулотоксина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова с мая 2022 г. обследованы 15 пациентов отделения медицинской реабилитации, имеющих сохраняющиеся жалобы на дизурические расстройства, несмотря на проводимую консервативную терапию. Пациенты мужчины и женщины в возрасте от 18 до 45 лет, имеющие патологическую гиперактивность детрузора (фазовую и терминальную; Pdet – 52±13 см H₂O), подтвержденную комплексным уродинамическим исследованием. Качество жизни оценивали при помощи опросника шкалы симптомов нейрогенного мочевого пузыря (NBSS), в начале лечения, а также через 4 не-

дели после введения ботулинического токсина.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 15 пациентам было выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс (дозировка согласно клиническим рекомендациям). В опроснике оценивались такие факторы, как: общее состояние здоровья, воздействие симптомов, физические и социальные ограничения, межличностные взаимоотношения, эмоциональные проблемы, нарушение сна и бодрствования, степень выраженности симптомов. При анализе опросника, заполненного до и после проведенного лечения, отмечены положительные результаты. До проведения оперативного лечения недержания мочи по данным опросника NBSS симптомы расстройств мочеиспускания расценивались как тяжелые и очень тяжелые (общий балл составлял более 45), после оперативного лечения симптомы расстройств мочеиспускания расценивались как средней степени тяжести либо минимально выраженные (общий балл составлял менее 27).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутридетрузорное введение ботулинического токсина становится все более важным и эффективным вариантом лечения рефрактерного недержания мочи, вызванной нейрогенной детрузорной гиперактивностью. Ботулотоксин действует локально и позволяет избежать неприятных побочных эффектов, которые возникают при терапии антихолинэргическими препаратами, такие как сухость во рту, запор и нечеткое зрение. Таким образом, ботулинотерапия значительно повышает качество жизни пациентов и позволяет им вести более активный образ жизни, проходить реабилитацию в полном объеме, а также уменьшает страх потери мочи перед половым актом и увеличивает сексуальную активность пациента.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Нейроурология

Рубрика: Базовые исследования

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СНМП С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ РАЗЛИЧИЙ

И.С. Шорманов^{1,2}, С.В. Куликов²,
А.С. Соловьёв¹, Д.Н. Щедров¹, С.А. Жигалов¹

¹Кафедра урологии с нефрологией ФГБОУ ВО
«ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль, Россия

²Кафедра патологической анатомии ФГБОУ
ВО «ЯГМУ» Минздрава России, Ярославль,
Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

симптомы нижних мочевых путей,
распространенность, возраст, ноктурия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) являются крайне распространенной проблемой, ими страдают более чем половина всего взрослого населения с экспоненциальным увеличением в старших возрастных группах. Несмотря на большой научный интерес к данной проблеме, в РФ наблюдается явный дефицит популяционных данных и клинических исследований, посвященных эпидемиологии СНМП. *Цель исследования:* изучить распространенность и структуру СНМП у пациентов неврологического профиля в возрастной когорте старше 40 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы легли данные, полученные в ходе анонимного анкетирования 597 пациентов неврологического профиля, обратившихся амбулаторно к врачам различных специальностей в период с 2020 по 2022 г. Используемый опросник учитывал медицинскую и демографическую информацию, в том числе данные о сопутствующих заболеваниях и проводимой терапии. Классификация СНМП проводилась согласно критериям ICS. Учитывалось наличие СНМП за последний месяц. Пациенты, имеющие СНМП, также заполняли опросник IPSS.

Статистический анализ проводился при помощи программ Statistica 10 для Windows. Проверку нормальности распределения переменных проводили с помощью критериев Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Сравнение двух групп по качественно-

му признаку проводилось с помощью критерия хи-квадрат по методу Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

Доля участников с любыми СНМП, обратившихся за профильной медицинской помощью (консультация уролога один раз и более) по поводу СНМП, составила лишь 27,8% (109/349).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СНМП выявляются более чем у 50% амбулаторных пациентов в возрасте старше 40 лет. Более чем в половине случаев они имеют умеренно-тяжелый характер и непрерывно нарастающую частоту встречаемости с возрастом. При этом отмечается крайне низкая обращаемость пациентов за медицинской помощью.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИКАЦИЙ ЛИГАМЕНТОТОМИИ ПРИ МАЛОМ ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ

О.В. Абаймов¹, С.В. Лепеха², Н.Д. Темников³

¹ Отделение урологии «ЕвромедКлиника»,
Новосибирск, Россия

² Отделение урологии, клиника «МРТ-эксперт»,
Новосибирск, Россия

³ Отделение урологии «ЕвромедКлиника»,
Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

половой член, удлинение, лигаментотомия, пенильная дисморфофобия, тестикулярный имплант.

ВВЕДЕНИЕ

Классическими показаниями к подобным операциям являются врожденный и приобретенный микропенис. Целью вмешательства у таких пациентов является восстановление функционального размера полового члена с целью обеспечить нормальное мочеиспускание стоя, дать удовлетворение от полового акта и улучшить качество жизни. Многие мужчины, стремящиеся к удлинению, на самом деле имеют пенисы нормальной длины, но считают ее недостаточной. Мужчины, жалующиеся на маленький половой член, несмотря на достаточную длину, обычно страдают дисморфофобией полового члена. Мы представляем результаты модифицированного хирургического удлинения полового члена на собственном опыте из 102 пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование было проведено в период с июля 2018 г. по март 2022 г. Хирургическому лечению по поводу врожденного или приобретенного микропениса и пенильной дис-

морфофобии подвергнуты 102 пациента.

Базовой операцией выбора у всех пациентов была лигаментотомия. Выполнялась стратификация на две группы: стандартная методика операции с V-Y пластикой и методика с использованием буфера – силиконового тестикулярного импланта. Возраст пациентов варьировался от 19 до 42 лет. Врожденный микропенис был диагностирован у 3 пациентов (3,06%), у остальных 99 (96,94%) показанием к хирургическому лечению являлась пенильная дисморфофобия. Базовой операцией выбора у всех 102 пациентов была лигаментотомия. Выполнялась стратификация на две группы. В первой группе 42 пациентам (42,84%) была выполнена стандартная методика операции с V-Y пластикой, пациентам второй группы (60 пациентов [57,16%]) после V-Y пластики и пересечения поддерживающей связки в дефект тканей, образовавшийся между основанием полового члена и лобковым сочленением, устанавливался силиконовый имплант.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таблица. Сравнительные результаты фотофиксации длины полового члена до и через 2 месяца после оперативного вмешательства

Группы пациентов	Длина растянутого полового члена (SPL) до операции, см	Длина растянутого полового члена (SPL) непосредственно после операции, см	Прибавка к длине полового члена, см	p
Группа 1	11,1	13,8	2,7	>0,05
Группа 2	11,3	14,4	3,1	>0,05

Можно сделать вывод о равноценном эффекте обеих методик операции. Заслуживает внимания статистически значимое дальнейшее удлинение полового члена в «экстендерной» группе, что связано с продолжающейся в течение 2 месяцев вытягивающей силой экстендера. В свою

очередь статистически значимое, но при этом незначительное укорочение члена спустя 2 месяца у пациентов второй группы связано, по-видимому, с местной перипротезной реакцией тканей в области пересеченной связки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью предотвращения обратного срастания пересеченной связки равнозначным представляется использование тяговых устройств по типу экстендеров и применение силиконового буфера, помещаемого к месту рассеченной связки. «Буферная» методика может быть операцией выбора для тех пациентов, которым важен более комфортный послеоперационный период.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Лечение: хирургическое (инвазивное)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОЛЛАГЕНОВОЙ БЕСКЛЕТОЧНОЙ МАТРИЦЫ В АУГУМЕНТАЦИОННОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ

Ч.Н. Абдулаев¹, Я.А. Светочева¹, Е.А. Безруков¹, А.З. Винаров¹, Д.В. Бутнару¹, М.Н. Вергара Башкатова², М.А. Мустафин², О.Д. Дракина³, А.А. Антошин⁴, П.С. Тимашев⁴

¹ *Институт урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

² *Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

³ *Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

⁴ *Научно-технологический парк биомедицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

бесклеточная коллагеновая матрица, стриктура уретры, животная модель, аугментационная уретропластика, заместительная уретропластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявляемость стриктур уретры у мужчин колеблется от 229 до 627 на 10 тыс. населения в различных странах. Уретропластика – стандартная операция у пациентов со стриктурой уретры.

Одним из самых частых ее видов является заместительная уретропластика. Однако в ряде случаев, например, при протяженных стриктурах, стриктурах после предшествующих увеличивающих и заместительных уретропластик, стриктурах с выраженным спонгиозом, могут возникать трудности, связанные с дефицитом тканей. *Цель исследования:* оценить безопасность и эффективность бесклеточной коллагеновой матрицы при выполнении аугментационной уретропластики на животной модели.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Бычья сухожилия после разморозки очищали от лишней ткани и разрезали на кусочки толщиной 1 см. Затем кусочки сухожилий подвергали четырем методам обработки. Коллагеновую матрицу получали при помощи электроосаждения. Создание персонализированных форм достигалось за счет комбинирования методов сшивки, механической перфорации и лиофилизации получали три различные персонализированные формы коллагеновой матрицы: мембрана, губка, интерфейс.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было проведено 15 оперативных вмешательств с имплантацией коллагеновой бесклеточной матрицы на место резекции (дорсальная проксимальная часть пенильного и дорсальная дистальная часть луковичного отделов уретры). Вывод животных из эксперимента осуществлялся, согласно контрольным точкам, 15, 45, 90, 180, 270 дней.

В результате анализа проведенной уретроцистографии не отмечено сужений просвета уретры или затеков контрастного вещества за ее пределы. При гистологической оценке материала отмечено, что на 45-е сутки иммунокомпетентные клетки исчезают из поля зрения, что говорит о высокой биосовместимости матрицы. На 90-е сутки проходят интенсивные регенеративные

процессы, приводящие к восстановлению специфической структуры стенки уретры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, коллагеновая бесклеточная матрица может быть успешно применена для аугментационной уретропластики. Данный подход существенно сократит длительность операции, расширит возможности для хирурга и улучшит качество жизни пациентов, особенно при протяженных стриктурах, когда получение достаточного количества аутологичной ткани представляет существенную сложность. Однако требуется дальнейшее изучение на модели человека в клинической практике.

Благодарности/Источники финансирования:

Работа проводилась в рамках реализации программы «Приоритет 2030», соглашение № 075-15-2021-1324 от 30.09.2021.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Инфекции нижних мочевых путей

МЕГАЛОМЕАТУС ПРИ ГИПОСПАДИИ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА

Н.Р. Акрамов^{1,2,3}, Д.Р. Салиева¹

¹*Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии, КГМА – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Казань, Россия*

²*ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия*

³*ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипоспадия у женщин, посткоитальный цистит, уретропластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гипоспадия – один из наиболее распространенных пороков развития мочеиспускательного канала у мальчиков. Женская гипоспадия диагностируется крайне редко в связи со сложностью анатомической верификации патологии. В этом заключается затрудненность оценки распространенности заболевания. Одним из клинических проявлений женской гипоспадии являются реци-

дививирующие инфекции мочевой системы, которые возникают с началом половой жизни и рефрактерны к консервативной терапии. Для диагностики порока важна проба О’Доннел-Хиршхорна. Положительная проба характеризуется зиянием наружного отверстия уретры и заворачиванием во влагалище. Классификация женской гипоспадии по Н.М. Knight включает в себя полную (тип I) и неполную (тип II) форму, тип II имеет два подтипа в зависимости от формы уретры: II-a – короткая и широкая уретра и II-b – нормальная уретра. При этом отсутствуют описания мегаломеатуса при нормальной уретре. В настоящее время не сформированы единые критерии о необходимости хирургического лечения, также существуют разногласия в вопросе выбора способа реконструктивной операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое наблюдение. Пациентка, 34 года, с жалобами на частые эпизоды посткоитального обострения хронического цистита, на сильные позывы к мочеиспусканию при половом акте. Многократно получала консервативное лечение по поводу хронического цистита. В анализах мочи постоянная лейкоцитурия, в бакпосеве мочи неоднократно высеивалась кишечная палочка от 10^5 до 10^7 . При физикальном осмотре диаметр наружного отверстия уретры около 15 мм (*мегаломеатус*), положительная проба О’Доннел-Хиршхорна. При проведении диагностической цистоуретроскопии выявлена лейкоплакия области треугольника Лье-то, диаметр уретры превысил 30 Шарьер. Была рекомендована и впоследствии выполнена реконструктивная операция в виде перемещающей уретропластики с резекционным обуживанием дистальной части уретры и лазерокоагуляцией лейкоплакии мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационный период у пациентки протекал без осложнений. Мочевой катетер удален на 5-е сутки после операции. В течение 6 месяцев после коррекции эпизоды обострения хронического цистита не отмечены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с рецидивирующим посткоитальным циститом с целью исключения гипоспадии во всех случаях рекомендуется проводить пробу О’Доннел-Хиршхорна с измерением диаметра уретры для своевременного проведения патогенетического лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы).

Рубрика: Коррекция проксимальных форм гипоспадии

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Н.Р. Акрамов^{1,2,3}, Э.И. Хаертдинов^{1,2},
М.С. Поспелов¹

¹ ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

²Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии, КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

³ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

проксимальная гипоспадия; аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами; уретропластика Bracka.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема снижения послеоперационных осложнений у пациентов с проксимальными формами гипоспадии не теряет своей актуальности. Каждая последующая коррекция увеличивает риск осложнений по сравнению с первичным лечением, особенно при трех или более операциях, достигая 50%. Существуют теории о снижении васкуляризации тканей полового члена после каждой последующей коррекции, которые предполагают, что необходимы способы увеличения вероятности приживления тканей, в особенности при использовании свободных кожных и слизистых трансплантатов. *Цель исследования:* внедрить технологию применения аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами (АПОТ), для лечения проксимальных форм гипоспадии с использованием свободных трансплантатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 5 пациентов с проксимальной гипоспадией (члено-мошоночная – в 3 случаях и мошоноч-

ная – в 2 случаях) при выполнении 1 этапа операции Bracka использовалась АПОТ. У трех пациентов – первичная коррекция, у одного – повторная операция в связи с рубцеванием кожного трансплантата уретральной площадки, и у одного ребенка была выполнена пятая по счету коррекция мошоночной гипоспадии с использованием изотрансплантата свободного кожного лоскута крайней плоти от однойцевого близнеца. Во всех случаях в виде трансплантата использовался свободный кожный лоскут внутреннего листка крайней плоти или слизистая нижней губы и/или щеки. Препарат (АПОТ) готовился непосредственно во время операции забором венозной крови из ранее не затронутой вены. Сразу после получения АПОТ (примерно 2 мл) вводился подкожный или слизистый трансплантат после его фиксации к кавернозным телам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами не отмечено интраоперационных осложнений при использовании АПОТ, в том числе в раннем послеоперационном периоде. После первого этапа коррекции назначалась стандартная местная терапия. Отмечалось хорошее приживление трансплантата с выраженной васкуляризацией тканей без заметных рубцовых поражений. Отсутствовал дефицит тканей уретральной площадки на втором этапе коррекции.

У трех пациентов был выполнен второй этап коррекции через 6–8 месяцев после первого. На данный момент послеоперационных осложнений не отмечено. Пациенты не предъявляют жалоб, не отмечено нарушений мочеиспускания. Наиболее длительный срок наблюдения после окончательной коррекции составил один год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительные результаты использования аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами (АПОТ), демонстрируют хорошую приживаемость свободных трансплантатов при коррекции проксимальных форм гипоспадии. Применение АПОТ может рассматриваться, как перспективная методика при выполнении первого этапа операции Bracka.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ

Т.Х. Ал-Аттар, Б.К. Комяков, Х.М. Мханна

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

кишечная пластика, стриктура мочеточника, болезнь Ормонда, лучевая терапия, мегауретер, ятрогения.

ВВЕДЕНИЕ

Кишечная пластика мочеточников все чаще стала применяться при замещении их протяженных дефектов. За последнее время эту операцию стали выполнять эндовидеохирургическим методом, в том числе с использованием робота.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить опыт лапароскопической илеоуретеропластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей клинике в период с 1998 по 2023 г. желудочно-кишечная реконструкция МВП была выполнена 576 больным, из них 176 (30,6%) произведена илеоуретеропластика и 59 (10,2%) – одновременная пластика мочеточников и мочевого пузыря. С 2103 г. данные оперативные вмешательства мы по возможности стали выполнять лапароскопическим методом. На сегодняшний день мы располагаем опытом 40 (31,3%) таких операций. Мужчин было 17 (42,5%), женщин – 23 (57,5%). Средний возраст составил $46,8 \pm 1,3$ года. Причинами обструкции мочеточников явились осложнения операций на верхних мочевых путях (23), лучевая терапия (5), обструктивный мегауретер (5), болезнь Ормонда (4), рак мочеточника (1), ятрогенные повреждения (1), эндометриоз (1). Правый мочеточник оперирован у 23 (57,5%) пациентов, левый – у 17 (42,5%). Пиелоилеоцистоанастомоз был выполнен у 8, уретероилеоцистоанастомоз – у 28 и пластика по Yang-Monti – у 4 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения разви-

лись у 5 (12,5%) пациентов, среди которых интраоперационный некроз трансплантата (1), кровотечение из тазовых вен (1), несостоятельность илеоцистоанастомоза (1), перфорация нисходящего отдела толстой кишки (1) и спаечная кишечная непроходимость (1). Все они повторно оперированы с хорошими результатами. Летальных исходов не было. Поздние осложнения возникли у 2 (6,3%) из 32 обследованных в поздние сроки в виде обострения хронического пиелонефрита (1) и ацидоза (1), которые корректировались консервативными методами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндовидеохирургия стала чаще использоваться при кишечной пластике мочеточников. Однако имеющихся в современной литературе публикаций на эту тему явно недостаточно. Крайне мало и количество сделанных операций. С развитием лапароскопической и робот-ассистированной техники число кишечных реконструкций мочеточников этими методами, конечно, увеличится. Вместе с тем трудно сказать, сколько времени потребуется, чтобы они стали применяться и/или иметь преимущество перед открытой илеоуретеропластикой при выраженных постлучевых изменениях тканей, тяжелом послеоперационном спаечном процессе в брюшной полости, выраженным педункулите со склерозирующим паранефритом, двусторонних протяженных стриктурах, при реконфигурации кишечных сегментов и сочетанных пластиках мочеточников и мочевого пузыря. Поэтому в какой степени они потеснят открытые операции и какое место в результате займут при кишечной пластике мочеточников, покажет время. На материале нашей клиники в настоящее время они составляют 31,3%.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРЕЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ

А.А. Амельченко^{1,2}, В.Ю. Омельчук²,
Е.В. Старосельцев², Т.А. Шагеев²,
П.С. Федоров²

¹*Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия*

²*Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», Красноярск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

перелом полового члена, первичный шов уретры, диагностика, белочная оболочка, травма.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из наиболее важных и частых причин закрытой травмы полового члена является его перелом. Данная травма возникает при эрегированном состоянии и резком механическом воздействии на половой член и характеризуется разрывом белочной оболочки кавернозных тел и до 20% случаев сочетается повреждением губчатого тела или уретры. Представлен случай лечения больного с закрытой травмой полового члена с повреждением уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больной К., 40 лет, поступил в экстренном порядке в урологическое отделение круглосуточно стационара КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» в феврале 2023 г. Со слов больного 9 часов назад во время полового акта возникла острая боль и хруст в половом члене, после чего стал отмечать отделение крови из уретры, нарастающий отек кожи и крайней плоти полового члена. При поступлении отмечается уретроррагия, кожа полового члена и край-

няя плоть диффузно пропитаны кровью, напряжены, распространение гематомы до корня мошонки. Выполнена ретроградная уретрокавернография – определяется затек контрастного вещества на 5 см от наружного отверстия уретры под кожу полового члена, нарушение целостности висячего отдела уретры, правого кавернозного тела. В экстренном порядке выполнено оперативное лечение – циркумция, ревизия полового члена, ушивание разрыва правого кавернозного тела, первичный шов уретры. Интраоперационно выявлен разрыв белочной оболочки правого кавернозного тела протяженностью до 10*40 мм, разрыв губчатого тела и уретры более 50% диаметра. Разрыв кавернозного тела ушит непрерывным швом ПГА 3/0. Первичный шов уретры одиночными швами монокрил 5/0. От продолжения стационарного лечения пациент отказался на 6-е сутки. Выписан. Амбулаторно удален уретральный катетер на 14-е сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При динамическом наблюдении через 2 месяца у пациента отмечается незначительный дис-

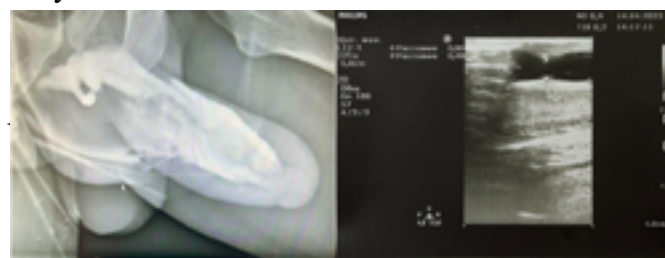


Рисунок. Слева: уретрокавернограмма при поступлении. Справа: УЗИ, картина области анастомоза через 2 месяца

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение повреждений кавернозного тела с разрывом уретры является сложной задачей. Несмотря на обнадеживающие данные при краткосрочном динамическом наблюдении, еще предстоит долгий период восстановления и реабилитации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология
Рубрика: Реконструктивная урология верхних и нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТЕРОИЛЕОСИГМОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.В. Артеменко¹, Г.В. Козырев², С.П. Даренков¹,
И.С. Пинчук¹, Манашерова Д.Т.³

¹Кафедра урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, Москва, Россия

²Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

³Факультет фундаментальной медицины, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

экстрофия мочевого пузыря, уретероилеосигмостомия, хирургия, диагностика, осложнения, гетеротопический кишечный резервуар.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кишечное отведение мочи путем уретероилеосигмостомии у пациентов с экстрофией мочевого пузыря являлось операцией выбора в 90-х гг. прошлого века. В литературе встречаются лишь единичные публикации, посвященные оценке отдаленных результатов лечения. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты и разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений у пациентов с экстрофией, перенесших уретеросигмостомию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное исследование, проведенное в 2012–2022 гг., включен 21 пациент с экстрофией мочевого пузыря в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст – 32 года), которым была ранее проведена уретероилеосигмостомия. Проведена оценка изменений кислотно-щелочного состояния крови, частоты и наличия осложнений – рецидивирующего пиелонефрита, мочекаменной болезни, малигнизации толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 11 (52%) пациентов осложнения не были выяв-

лены, моча отделяется через прямую кишку при дефекации, недержания жидких каловых масс нет. У 8 (38%) пациентов отмечались осложнения в виде метаболических нарушений разной степени компенсации – гиперхлоремического ацидоза, гипокалиемии, гипокальциемии. При этом указанные изменения были асимптоматическими. У 2 пациентов (9,5%) выявлена аденокарцинома сигмовидной кишки спустя 35 и 39 лет после проведения уретероилеосигмостомии, что потребовало резекции сигмовидной кишки и формирования континентного гетеротопического тонкокишечного резервуара. У 6 (28,5%) пациентов отмечено формирование конкрементов мочевыводящих путей. У 5 (23,8%) – рецидивирующее течение пиелонефрита вследствие рефлюкса кишечного содержимого в мочевые пути, что у 2 пациентов (9,5%) привело к потере функции почки и нефруретерэктомии. Формирование вторичного мегауретера и мочекаменной болезни зафиксировано у 2 (9,5%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Количество осложнений у пациентов с экстрофией мочевого пузыря после уретероилеосигмостомии составляет 48%. Среди осложнений преобладают аденокарцинома толстой кишки, рефлюкс в мочевые пути с рецидивирующим пиелонефритом и возможным развитием мегауретера и потерей функции почки. Полученные данные определяют необходимость выполнения у этих пациентов иного вида кишечной деривации мочи – создание континентного гетеротопического мочекишечного резервуара.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВЛИЯНИЕ ТЕХНИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОТКРЫТОЙ РПЭ НА УДЕРЖАНИЕ МОЧИ

И.И. Белоусов, М.И. Коган, М.Б. Чибичян,
З.Р. Гусова.

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

радикальная простатэктомия, недержание мочи, уретровезикоанастомоз, уретро-уретроанастомоз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Радикальная простатэктомия (РПЭ) – стандартный хирургический метод лечения рака простаты (РП). Одним из осложнений является послеоперационное недержание мочи (НМ). Известны различные хирургические приемы, снижающие частоту представления этого признака. Однако до настоящего момента период восстановления континенции остается продолжительным, а частота НМ – высокой, что определяет актуальность данной проблемы. *Цель исследования:* оценить влияние различных техник реконструкции уретровезикального сегмента (УвС) при открытой РПЭ на удержание мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое клиническое простое сравнительное исследование с ретро- и проспективной оценкой материала (2008–2022 гг.) одобрено ЛНЭК при РостГМУ. Пациенты с верифицированным (биопсия) РП_с T_{1a-2c} N_{0-X} M₀ стадий в возрасте 45–78 лет, подвергнутые не нервосберегающей методике позадилоной РПЭ с восстановлением УвС в трех вариациях: 1 гр. (n=90, стандартная методика P. Walsh, 1983), 2 гр. (n=25, сохранение шейки мочевого пузыря) и 3 гр. (n=21, сохранение дистальной простатической уретры – Патент РФ № 2731790, 08.09.20 г.). Функция удержания мочи оценена опросником ICIQ-SF. Периоды оценки: нулевая точка (0 – точка после удаления катетера), 1, 3, 6, и 12 месяцев после РПЭ. Статистический анализ данных и проверку гипотез проводили с помощью программного обеспечения Statistica ver.10.0 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, USA) с использованием непараметрических методов. Принятый уровень достоверности p<0,05 при α=0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ предоперационных демографических, анкетных и инструментальных данных не выявил различий (p>0,05) в значимых показателях между группами. Исходно группы однородны

по объему простаты (p=0,227), тяжести СНМП (p=0,564) и индексу качества жизни (p=0,899). Данные по функции удержания после РПЭ представлены в таблице.

Таблица.

Характеристики		1 Гр (n=90)	2 Гр (n=25)	3 Гр (n=21)	p				
Удаление уретрального катетера, дни Me [Q1; Q3] (min - max)		12,5 [12,0; 14,0] (10–21)	10,0 [8,0; 11,0] (7–16)	9,0 [8,0; 11,0] (9–13)	0,426				
Полное удержание	0 – точка / 12 месяцев, %	20,0 / 22,2	44,0 / 56,0	57,1 / 66,7	-				
Частичное удержание		18,9 / 46,7	32,0 / 36,0	23,8 / 33,3					
Тотальное недержание		61,1 / 31,1	24,0 / 8,0	19,1 / -					
Степень недержания мочи, баллы. 1–5 – легкая; 6–12 – средняя; 13–18 – тяжелая; 19–21 – очень тяжелая степени.		1 месяц	17,5 [12,0; 20,0] (9–21)	19,0 [18,0; 21,0] (11–21)	0,005				
3 месяц						19,0 [18,0; 20,0] (16–21)	16,0 [9,5; 17,5] (6–19)	18,0 [18,0; 18,5] (13–19)	< 0,001
6 месяц						19,0 [18,0; 20,0] (11–21)	11,0 [9,0; 17,0] (6–18)	14,0 [13,0; 18,0] (11–18)	< 0,001
12 месяц		17,0 [13,0; 18,0] (5–20)	10,0 [7,0; 16,0] (5–17)	11,0 [10,0; 14,0] (5–17)	0,001				
Примечание: Me – медиана; Q1 – нижний квартиль; Q3 – верхний квартиль; p – Kruskal-Wallis тест									

В 1 гр. начало восстановления континенции отмечено с 4-го месяца, пик – 12-й месяц наблюдения. Во 2 и 3 группах реабилитация континенции

зафиксирована уже с 1 месяца наблюдения, +42,9 и +27,3% пациентов соответственно ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение шейки мочевого пузыря и использование дистальной части простатической уретры для уретро-уретроанастомоза не только определяет большую долю континентных пациентов непосредственно после удаления катетера, но и значимо сокращает период восстановления функции удержания мочи.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЗИМСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОСПАДИЕЙ

А.Г. Буркин¹, С.П. Яцык^{2,3}, Е.А. Володько³

¹ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

²ФГАУ МЗ РФ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», Москва, Россия

³Кафедра детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого РМАНПО МЗ РФ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипоспадия у детей, гипоспадия, уретропластика, осложнения, меатостеноз, свищ уретры, рубцы.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гипоспадия является широко распространенным пороком развития мочеиспускательного канала у детей. Частота возникновения порока в настоящее время составляет 1:200 – 1:250 новорожденных мальчиков и продолжает расти. Несмотря на разнообразие предложенных методов лечения данного порока, частота осложнений остается достаточно высокой. Основной целью иссле-

дования было улучшить косметические и функциональные результаты хирургического лечения гипоспадии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 50 пациентов с гипоспадией в возрасте от 8 месяцев до 7,5 года (средний возраст – 15 месяцев). Все пациенты имели стволую или венечную форму гипоспадии, искривление ствола полового члена не превышало 40 град. В исследование не включались пациенты с сопутствующей патологией вагинального отростка брюшины и/или крипторхизмом. Перед оперативным лечением всем пациентам проводилась сонография органов малого таза для исключения патологии внутренних гениталий. Во всех случаях в качестве первичного метода лечения применялась уретропластика ТПР (операция Snodgrass). В послеоперационном периоде мочевой пузырь дренировали пластиковым катетером Нелатона на срок 7 дней, использовалась многослойная компрессионная повязка. Пациенты были разделены на две группы по использованию в послеоперационном периоде противорубцового энзим-содержащего средства. Препарат назначался с 14 послеоперационных суток на два месяца. Результаты оценивались через 6 месяцев после операции. Пациенты с осложненным течением послеоперационного периода (свищ уретры, меатальный стеноз) из обеих групп были прооперированы повторно. В ходе оперативного вмешательства забирался фрагмент тканей для гистологического исследования из области проведенной ранее операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Доля осложнений в группе пациентов, которым не проводилась противорубцовая терапия, составила 16% (n=4). У всех пациентов отмечался меатальный стеноз, у троих – в сочетании со свищем уретры. В группе пациентов, получавших противорубцовую терапию, частота осложнений составила 12% (n=3): у всех троих пациентов отмечался меатальный стеноз, в одном случае он сочетался с уретральной фистулой. Гистологическое исследование операционного материала показало уменьшение объема и упорядоченную ориентацию коллагеновых волокон в гистологическом препарате после проведения противорубцового лечения. Клинически это проявлялось в размягчении послеоперационного рубца, сглаживании его рельефности и снижению контракции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование противорубцового препарата в комплексной послеоперационной терапии гипоспадии является патогенетически обоснованным для профилактики развития гипертрофических рубцов, контракции послеоперационного рубца и достижения максимально выраженного косметического и функционального результата.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Гидронефроз. Операции на верхних мочевых путях

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА

А.Г. Гамзатов², Г.А. Газимагомедов²,
К.М. Арбулиев², Н.М. Гусниев², Д.П. Гаджиев¹

¹*Отделение рентгенэндоурологии ГБУ РД
«Республиканский урологический центр»,
Махачкала*

²*Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ»
Минздрава России, Махачкала, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидронефроз, МСКТ с контрастированием, пластика ЛМС, операция по Кальп-Де-Вирду, операция Найвирта.

В В Е Д Е Н И Е / Ц Е Л Ь ИССЛЕДОВАНИЯ

Гидронефроз – довольно часто встречающееся заболевание верхних мочевых путей, которое может наблюдаться как у маленьких детей, так и у пожилых людей. Его основной причиной является нарушение оттока мочи из-за стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Выраженность изменений в почке зависит от степени стеноза ЛМС и длительности этого состояния. Причина сужения обычно находится внутри сегмента или же оно становится результатом внешнего воздействия на мочеточник. К внутренним причинам относятся патологические изменения стенки ЛМС в результате воспалительного процесса с последующим фиброзом сегмента. К внешним причинам относятся аберрантные ниж-

неполярные сосуды почки и периуретеральный спаечный процесс. Основную роль в диагностике играет ультрасонография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием сосудов и почек. В связи с активным внедрением эндоскопической техники операции при сужениях ЛМС обычно выполняются малоинвазивными способами, однако при протяженных стриктурах прилоханочного отдела мочеточника по-прежнему актуальны открытые реконструктивно-пластические операции. *Цель исследования:* изучение эффективности открытых реконструктивных операций при аберрантных нижнеполярных сосудах почки, при высоком отхождении мочеточника, при внутривисцеральной лоханке и протяженных сужениях прилоханочного отдела мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование в ГБУ РД «Республиканский урологический центр», Махачкала в период с 2010 по 2023 г. На лечении находилось 180 больных гидронефрозом в возрасте от 18 до 72 лет, причинами гидронефроза были сужение ЛМС – 72, аберрантный нижнеполярный сосуд – 58, высокое отхождение мочеточника – 21, врожденный клапан в области ЛМС – 2. Перегиб и сужение проксимального отдела мочеточника – 16 и мочекаменная болезнь – 15. Основным методом лечения были пластика ЛМС по Хайнес-Андерсену, антевазальный пиелоуретеральный и уретеро-уретеральный анастомоз, перемещение добавочного сосуда по Модельскому, уретеролиз с внутренним стентированием и нефрэктомия в терминальных стадиях гидронефроза. Наибольшие трудности имелись при сужении ЛМС и внутривисцеральной лоханке – 4 и с протяженной структурой верхней трети мочеточника – 2 больных. При этом выполнены операции Найвирта с анастомозом мочеточника с нижней чашечкой почки – 4 и операция по Кальп-Де-Верду – 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 5 лет у 140 пациентов отмечены хорошие результаты, наблюдался адекватный пассаж мочи по мочеточнику, уменьшился объем почечной лоханки и чашечек. У 21 больного результаты можно рассматривать как удовлетворительные, у 4 больных сохранялась дилатация ЧЛС, они нуждались в периодическом стентировании, и 4 перенесли нефрэктомию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Открытые реконструктивно-пластические операции на верхних мочевых путях по-прежнему являются методом выбора при аберрантных нижнеполярных сосудах почки, при высоком отхождении мочеточника, при протяженных сужениях прилоханочного отдела мочеточника и при внутрипочечной лоханке.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРКУМЦИЗИИ

С.И. Гамидов¹, Н.К. Дружинина², Т.В. Шатылко¹,
Н.Г. Гасанов¹, Р.И. Сафиуллин¹, К.С. Гулузаде³

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.

В.И. Кулакова» Минздрава России; д. 4, ул. Академика Опарина; Москва, 117997, Россия

²ФГБ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; д. 21, ул. Вучетича, Москва, 127206, Россия

³ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

циркумцизия, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

Круговое иссечение крайней плоти является самым распространенным видом хирургического вмешательства у мужчин. Иссечение крайней плоти позволяет профилактировать инфекционно-воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей у детей и взрослых, снижает риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, что, в свою очередь, уменьшает риск развития рака головки полового члена у мужчин и дисплазии шейки матки у женщин. Однако, несмотря на мнимую простоту техники, данное оперативное вмешательство сопряжено с развитием ряда осложнений, требующих оперативной коррекции. *Цель исследования:* анализ

развития осложнений после *circumcisio*, а также тактики их хирургической коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ серии случаев 53 пациентов с осложнениями после обрезания. Из них 30 п пациентов прошли процедуру обрезания в детском возрасте (средний возраст – $3,2 \pm 1,8$ года), 23 п пациента прошли процедуру обрезания во взрослом периоде (средний возраст – $34,9 \pm 7,8$ года). Были проанализированы возникшие осложнения в разных возрастных группах, а также способы их хирургической коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов, вошедших в наше исследование были диагностированы: недостаточное иссечение крайней плоти (n=9), рецидив фимоза (n=7), избыточное иссечение крайней плоти (n=5), оставленные синехии на головке полового члена (n=3), ампутация головки (n=4) или висячей части полового члена (n=5), кровотечение или образование гематомы (n=4), гнойно-воспалительные заболевания кожи полового члена (n=6), осложнения, вызванные введением местных анестетиков (n=4), повреждение мочеиспускательного канала с последующим формированием фистулы (n=3), меатостеноз (n=2), повреждение уретры в сочетании с ишемией и гнойно-воспалительными изменениями головки полового члена (n=1). Всем пациентам была проведена хирургическая коррекция осложнений.



Рисунок. Некроз головки полового члена, вызванный введением местных анестетиков

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понимание патогенеза развития осложнений при проведении обрезания, а также способов их хирургической коррекции позволяют сократить количество осложнений и добиться высоких функциональных и косметических результатов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННОЙ ТРАВМЫ УРЕТРЫ: СТАНДАРТЫ И ИННОВАЦИИ

П.В. Глыбочко, С.А. Яндиев, М.А. Газимиев

Институт урологии и репродуктивного здоровья человека. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ятрогенная травма, стриктура уретры, эндоскопия, экстренная урология.

ВВЕДЕНИЕ

Основными причинами ятрогенной травмы уретры являются трансуретральные вмешательства на нижних мочевых путях, плановая или экстренная катетеризация мочевого пузыря. Ежегодно в мире выполняется более 313 млн оперативных вмешательств, большинство из них требуют катетеризации мочевого пузыря. Все существующие уретральные катетеры вводятся по уретре в мочевой пузырь вслепую, следовательно, всегда есть вероятность ятрогенной травмы уретры. Единственным безопасным способом катетеризации мочевого пузыря на сегодняшний день является эндоскопическая уретроцистоскопия, установка страховочной струны и проведение уретрального катетера по струне, но эту манипуляцию можно проводить только в условиях эндоскопического кабинета или операционных при наличии соответствующего оборудования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность и безопасность дренирования мочевого пузыря новым уретральным оптическим катетером МГ с применением портативной эндоскопической установки (ПЭК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективно в исследование включены 15 мужчин, у которых за период с сентября 2022 г. по март 2023 г. была безуспешная попытка плановой катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером. Средний возраст пациентов составил 68,7 года. В анамнезе у 5 (33%) пациентов были указания на различные трансуретральные пособия. У остальных 10 пациентов урологический анамнез отсутствует. Всем 15 пациентам попытка первичной плановой катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером была предпринята в условиях стационара и медицинским персоналом.

После неудачной попытки катетеризации стандартным уретральным катетером нами использован новый уретральный оптический катетер МГ с портативной эндоскопической установкой (ПЭК) у всех 15 пациентов, включенных в исследование: в условиях отделения реанимации – у 4 (26,6%), в операционной – у 6 (40%), в перевязочной – у 5 (33%). В дальнейшем всем больным выполнено дренирование мочевого пузы-

ря катетером уретральным оптическим 20 Ch с использованием портативной эндоскопической установки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причины неудачной попытки первичной катетеризации были следующими: ложный ход (33%), гиперплазия предстательной железы (40%), стриктура уретры (13,3%), рубцовая деформация шейки мочевого пузыря (13,3%), облитерация уретры (6%). Среднее время манипуляции составило 12,3 мин. (min-2 мин. Max-20 мин.). Успешное дренирование выполнено у 14 (93%) пациентов. В одном наблюдении (7%) дренирование мочевого пузыря безуспешно в результате полной облитерации уретры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках пилотного исследования успешное дренирование мочевого пузыря катетером уретральным оптическим с использованием портативной эндоскопической установки выполнено в 14 (93%) наблюдениях. Ни у одного из пациентов не было установлено осложнений.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценки исходов, наблюдение и профилактика

ПЛАСТИКА УРЕТРЫ БЕЗ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА ПО MUNDY ДОСТУПОМ ПО ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ: ОПЫТ ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Н.А. Гончаров^{1,3,4}, А.А. Кузнецов^{2,3},
Е.А. Морозов^{2,3,4}

¹Кафедра медицины катастроф ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

²Кафедра урологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

³ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград, Россия

⁴ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Волгоград, Россия

КЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, уретра, уретропластика, мочеиспускание.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лечение стриктуры уретры является непростой задачей, требующей комплексного подхода. Несмотря на наличие клинических рекомендаций по лечению данного заболевания, сохраняется много спорных моментов. В последнее время много дискуссий об анастомотических пластиках уретры без пересечения спонгиозного тела. *Цель исследования:* оценить эффективность пластики уретры без пересечения спонгиозного тела по Mundy с продольным рассечением просвета уретры по вентральной поверхности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование в период с января 2019 г. по декабрь 2022 г. В исследование включены 25 пациентов с диагнозом «непротяженная стриктура бульбозного отдела уретры». Средний возраст пациентов составлял 52 года (min – 32, max – 67). По этиологическому фактору стриктуры распределились на воспалительные — 7 (28%) случаев, ятрогенные – 16 (64%); идиопатические стриктуры уретры наблюдались в основном у молодых пациентов – 2 (8%). Первично выявленная стриктура уретры – у 14 (56%), рецидив стриктуры после внутренней оптической уретротомии – у 11 (44%) пациентов. По локализации: бульбозный отдел уретры – 25 (100%). У 7 (28%) пациентов была эпицистостома.

В обследование входила уретрография и уретроскопия для определения протяженности стриктуры и локализации заполнения опросника I-PSS. По данным уретрограмм, протяженность стриктуры составляла не более 2 см. Пациентам выполнялась пластика уретры без пересечения спонгиозного тела. Особенностью операции было продольное вскрытие уретры в продольном направлении по вентральной поверхности с иссечением рубцовых тканей, наложение анастомоза между слизистой оболочкой в поперечном направлении по дорсальной поверхности и ушивание уретры по вентральной поверхности однорядным швом через все слои. Продолжительность операции составляла 55 мин. (min – 40, max – 70). Длительность катетеризации – 8 дней (min – 6, max – 10).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов в среднем проводилась через 6 месяцев (от 4 до 8 месяцев) после операции. Положительный результат наблюдался у 24 (96%) пациентов, рецидив – у 1 (4%) случай. До операции средний балл I-PSS – $23,07 \pm 0,76$ балла. QoI до операции – $4,96 \pm 0,68$ балла. В отдаленном периоде после пластики средний балл I-PSS – $5,64 \pm 0,37$ балла ($p < 0,01$), QoI – $1 \pm 0,08$ ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная методика отмечается простой в исполнении с хорошим функциональным результатом. Отсутствие полного пересечения спонгиозного тела способствует меньшему диастазу, что уменьшает натяжение в зоне анастомоза, сохраняет кровоток, что способствует лучшему заживлению тканей и возможному сохранению эректильной функции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей, оценка результатов пластики рецидивных стриктур пиелoureтерального сегмента

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ СТРИКТУР ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Б.К. Комяков¹, Ж.П. Авазханов^{1,2},
Е.И. Король²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО
«Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной
хирургией Мариинской больницы,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочеточник, пиелoureтеральный сегмент, рецидивная стриктура, пластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При рецидивных сужениях пиелoureтерального сегмента (ПУС) в зависимости от их протя-

женности выполняется ретроградная эндопиелотомия или различные реконструктивные вмешательства. При длинных рецидивных сужениях ПУС выполняются пластика лоскутом из лоханки или слизистой щеки, замещение аппендиксом или реконфигурированным сегментом тонкой кишки, уретерокаликoанастомоз по Нейверту. *Цель исследования:* изучение результатов оперативного лечения больных с рецидивными сужениями ПУС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 48 больных с рецидивными стриктурами ПУС. Мужчин было 28 (58,3%), женщин – 20 (41,7%). Обструкция ПУС диагностирована слева у 26 (54,2%), справа – у 22 (45,8%) больных. Ранее 18 (37,5%) больным была выполнена открытая, 22 (45,8%) – лапароскопическая пиелопластика (ЛП), 3 (6,3%) – перкутанная нефролитотрипсия, 5 (10,4%) – пиелолитотомия. Короткие стриктуры ПУС ($\leq 1,0$ см) диагностированы у 23 (47,9%) больных. Им вначале выполнялась ретроградная лазерная эндопиелотомия с установкой стента на 4 недели. Протяженные рецидивные стриктуры ($> 1,0$ см) ПУС были диагностированы у 25 (52,1%) больных. У 3 (12,0%) из них произведено замещение ПУС аппендиксом, у 1 (4,0%) тубулярным и у 2 (8,0%) реконфигурированным сегментом тонкой кишки. Операция Нейверта была выполнена 3 (12,0%) больным с протяженными облитерациями ПУС и внутривнепочечной лоханкой. У 16 (64,0%) больных выполняли onlay пластику ПУС лоскутом из слизистой щеки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ретроградная эндопиелотомия за 14 мес. наблюдения была эффективной у 11 (47,8%) из 23 больных. Остальным 12 (52,2%) пациентам выполнена повторная ЛП. Среднее время данных вмешательств составило $120,5 \pm 28$ мин. Операция была более продолжительной у больных, которым предыдущая ЛП выполнялась трансперитонеально. После открытой ретроперитонеальной пиелопластики ЛП оказалась менее сложной. Среднее время пластики ПУС аппендиксом и кишечным сегментом составила $150,0 \pm 35$ мин. У одной больной после пластики аппендиксом развился мочево́й затек из-за несостоятельности пиелоаппендикoанастомоза (Шв ст). Произведена ревизия раны, наложены дополнительные швы, выполнена пункционная нефростомия. Случаев

кишечной непроходимости не было. Буккальная пластика ПУС была эффективной у всех больных, осложнения I и II ст. по Клавьену наблюдались у 5 больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При рецидивных коротких сужениях ПУС первым этапом показана ретроградная эндопиелотомия, при ее эффективности – повторная ЛП. При протяженных стриктурах ПУС методом выбора может быть буккальная пластика, а при ее неэффективности – замещение сегментом тонкой кишки или аппендиксом при сужении правого ПУС.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей, оценка результатов пластики мочеточника лоскутом из слизистой щеки, наблюдение

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БУККАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА. РЕЗУЛЬТАТЫ 27 ОПЕРАЦИЙ

Б.Г. Гулиев^{1,2}, Б.К. Комяков¹, Ж.П. Авазханов^{1,2}, Е.И. Король²

¹*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

²*Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Маринской больницы, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочеточник, стриктура, пластика мочеточника, лоскут слизистой щеки, буккальная уретеропластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При рецидивных протяженных стриктурах пиелоуретерального сегмента (ПУС) и проксимального отдела мочеточника, когда стандартные операции неэффективны или технически не выполнимы, суженный участок можно заместить лоскутом из слизистой щеки. *Цель исследования:*

изучение результатов лапароскопической пластики ПУС и проксимального отдела мочеточника буккальным графтом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Малоинвазивная пластика протяженной стриктуры ПУС, верхней и средней трети мочеточника лоскутом из слизистой щеки выполнена 27 больным. Мужчин было 16, женщин – 11, средний возраст составил 51 год. Причиной сужения у 16 больных была выполненная ранее пиелоластика, у 10 – контактная уретеролитотрипсия в проксимальном отделе мочеточника, у 1 – его травма при лапароскопическом иссечении паравеликальной кисты почки. У 24 больных использовался лапароскопический, у 3 – робот-ассистированный доступ. У 17 из них проводилось замещение суженного участка по onlay методике, у 10 больных выполнялась аугментация анастомоза буккальным графтом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не было. Длительность операций колебалась от 115 до 340 мин. Случаев подтекания мочи по дренажу не было. Лихорадка до 38,0 °С наблюдалась у 5 (18,5%) пациентов, у 3 (11,1%) из них проводилась антибактериальная терапия (II степень по Клавьену), а у 2 (7,4%) – без нефростомического дренажа, выполнена пункционная нефростомия (IIIa степень по Клавьену). Осложнений по Клавьену ≥IIIb степени не было. На экскреторных урограммах и компьютерной томограмме участок мочеточника, замещенный буккальным лоскутом, широкий и хорошо проходим. У пациентов со стриктурами ПУС в динамике наблюдалось уменьшение размеров расширенных чашечек и лоханки. Клинически все операции были успешными, так как удалось избавить пациентов от нефростомы и симптомов обструкции верхних мочевыводящих путей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Буккальная уретеропластика может быть методом выбора у больных с протяженными сужениями ПУС и проксимального отдела мочеточника. Она является сравнительно несложной операцией и не требует широкой мобилизации мочеточника и обеспечивает хорошие функциональные результаты.

Благодарность/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

С.П. Даренков¹, И.С. Пинчук¹

¹Кафедра урологии ФГБУ ЦГМА УДП РФ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

реабилитация, уростомы, «сухая» стома, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Развитие медицинской науки, появление новых хирургических подходов, материалов и инструментов, совершенствование анестезиологического пособия привели к бурному развитию реконструктивной урологии. Прогресс в оперативной урологии, произошедший за последние годы, позволил значительно расширить показания к реконструктивно-пластическим операциям на мочеполовых органах. Однако зачастую единственным возможным методом отведения мочи является деривация на переднюю брюшную стенку путем формирования различных видов стом. Путем создания клапанных, удерживающих стом, так и наиболее простой и распространенный способ окончательной деривации мочи илиокондуит нулевого давления с влажной стомой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем урологическом центре с января 2015 г. по февраль 2023 г. выполнено 164 деривации мочи с формированием влажной стомы по методу Брикера, (74% мужчин и 26% женщин) в возрасте от 39 до 88 лет. И с марта 2012 г. по февраль 2023 г. 37 пациентам выполнено гетеротопическое отведение мочи с формированием на кожного мочеудерживающего катетеризационного механизма. Возраст пациентов составлял от 18 до 47 лет (средний возраст – 27,3 года). Всем пациентам до оперативного лечения проводили комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования для определения объема и тактики оперативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашем исследовании радикальная цистэктомия с гетеротопической кишечной деривацией мочи по Брикеру сопровождается развитием поздних послеоперационных осложнений у 28,7% наших пациентов. Наиболее часто встречаемые поздние осложнения связаны с дефектами ухода за стомой: эрозия и мацерация, стеноз стомы, гиперкератоз, ретракция стомы, гиперкератоз, парастомальная грыжа, стома в складке, аллергическая реакция кожи вокруг стомы. Наиболее распространенные поздние послеоперационные осложнения при создании гетеротопического кишечного резервуара с «сухой» стомой: образование камней в резервуаре (8,1%), подтекание мочи по аппендикостоме (13,5%) Постоянное использование уретрального катетера Foley (2,7%), абсцесс брюшной полости (2,7%). Большинство данных осложнений можно разрешить консервативно с помощью подбора средств ухода и обучению использования данных расходных материалов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время назрела острая необходимость комплексного решения проблемы ухода за уростомическими пациентами в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе. Специально обученный персонал с помощью актуальных средств ухода должен обеспечивать комплексный уход за стомированными пациентами в стационарах и на дому. Успех будет закреплен при обеспечении актуальными расходными материалами и оперативной коррекции программы реабилитации в случае развития поздних осложнений. Выход – создание кабинетов реабилитации стомированных больных с выдачей расходных материалов или выпиской рецептов. Такие кабинеты уже давно созданы за рубежом, необходимо лишь адаптировать накопленный опыт под местные условия и растиражировать такие кабинеты по всей территории нашей страны.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОГО КОНТИНЕНТНОГО ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ

О.Н. Зубань, А.А. Волков, Р.М. Чотчаев,
М.А. Прокопович

*Клиника № 2 ГБУЗ МНПЦ борьбы
с туберкулезом ДЗМ*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, цистопластика, континентная стома, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 1980 г. французский хирург Paul Mitrofanoff впервые использовал аппендикс для создания канала между кожей живота и мочевым пузырем (МП) при его нейрогенной дисфункции. Использование этого принципа не всегда обеспечивает континентность созданной уростомы. *Цель исследования:* оценить эффективность модифицированной операции Mitrofanoff в обеспечении континентности отведения мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное обсервационное неконтролируемое исследование включено 11 пациентов в возрасте 45–74 лет, которым выполнено континентное отведение мочи в 2010–2021 гг. Причиной операции у 8 (72,7%) послужил туберкулез мочевой системы с формированием микропузыря и протяженной облитерации уретры, у 3 (27,3%) – нейрогенный (МП), осложняющий туберкулезный спондилит. В первом случае отведение мочи предваряла гетеротопическая пластика МП. Аппендикс для создания сухой стомы использован в 6 (54,5%) случаях, участок подвздошной кишки по методике Montie – в 5 (45,5%). Кишечный канал для отведения мочи при анастомозе с МП погружали в подслизистый слой, с неостисом – в экстрамуральный тоннель, дополнительно фиксируя к передней брюшной стенке (Патент 2723462 РФ, заявка № 2019135644 от 05.11.2019.). Оценка влияния операции на качество жизни (КЖ) проведена с использовани-

ем шкалы Ликерта: не повлияла совсем; повлияла незначительно, немного, сильно. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Континенция достигнута в 9 (81,8%) наблюдениях. У 2 (18,2%) пациентов после создания гетеротопического илеального резервуара и стомы по Montie отмечено подтекание мочи: у одного через час, у другого через 2 часа после опорожнения. Средний период наблюдения составил $52,1 \pm 23,1$ (10–105) месяца. После операции у всех пациентов отмечено существенное улучшение КЖ ($p < 0,05$). Данные о влиянии оперативного лечения на КЖ в зависимости от вида вмешательства и длины созданного канала для отведения мочи представлены в таблице.

Таблица

	Вид операции (n=11)			Длина канала для отведения мочи	
	Аппендицистостома, (n=3)	Аппендиконестома, (n=3)	гетеротопическая цистопластика+стома по Montie (n=5)	менее 4,0 см (n=4)	4,0 см и более (n=7)
Оценка влияния операции по шкале Ликерта					
не повлияла совсем	-	-	-	-	-
незначительно повлияла	-	-	1	1	-
немного повлияла		1	1	1	1
сильно повлияла	3	2	3	2	6

Восемь (72,7%) пациентов посчитали, что операция сильно повлияла на их КЖ, 2 (18,2%) – немного и 1 (9,1%) – незначительно. Пациенты с длиной созданного канала для отведения мочи 4,0 см и более значительно чаще были удов-

летворены результатом хирургического лечения, чем те, у кого этот показатель не превышал 4,0 см ($p < 0,05$). Отсутствие осложнений, требующих повторных вмешательств положительно сказалось в оценке удовлетворённости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модифицированный способ континентного отведения мочи достигает эффективности в 81,8% наблюдений и оказывает высокое влияние на КЖ оперированных (72,7%). При этом континентность коррелирует с длиной созданного кишечного канала для отведения мочи.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивные операции придатка яичка.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕРМАТОЦЕЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИ-ДОСТУПА

В.А. Зубарев^{1,3}, А.И. Архангельский¹,
И.В. Довжанский^{1,2}, Е.А. Рябков¹,
И.М. Свиридов¹, И.В. Алексеева⁴

¹Медико-санитарная часть № 70 – филиал ГУП «Пассажиравтотранс», Санкт-Петербург, Россия

²ЧУ ОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

³ЧУ ОО ВО «Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

⁴СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника № 114», Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

сперматоцеле, киста придатка яичка, иссечение сперматоцеле, иссечение кисты придатка яичка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сперматоцеле – распространенное заболевание, которое встречается примерно у 30% мужчин при ультразвуковом исследовании (УЗИ) высокого разрешения. *Цель исследования:* определение показаний к хирургическому лечению и разработка малоинвазивных методов хирургического лечения сперматоцеле определили цель данного

исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 12 пациентов с диагнозом сперматоцеле, проходивших оперативное лечение в условиях урологического отделения МСЧ № 70. Жалобы на увеличение размеров мошонки, пальпируемое образование в области головки придатка яичка, боль в мошонке наблюдались у всех пациентов. При объективном исследовании у 8 пациентов отмечалось увеличение размеров мошонки при осмотре, пальпируемое образование отмечалось у всех 12 пациентов. Кроме того, всем пациентам выполнялись УЗИ органов мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациента выполнялось иссечение сперматоцеле из «мини-доступа»: Сперматоцеле выводилось и фиксировалось руками ассистента в область разреза, который проводился по передне-боковой поверхности мошонки со стороны патологии длиной от 1 до 3 см в зависимости от диаметра кисты. Далее послойно рассекались оболочки яичка до влажной, для гемостаза использовалась биполярная коагуляция. При визуальном контроле сперматоцеле производилось вскрытие висцерального листка влажной оболочки яичка. Сперматоцеле выводилось в рану без вывихивания самого яичка в рану с целью меньшей его травматизации. Киста выделялась остро и тупо от придатка яичка. Тщательный гемостаз при необходимости наложения узловых швов на ложе кисты. Рана ушивается послойно без оставления дренажей.

В раннем и позднем послеоперационном периоде у одного пациента (8,3%) было отмечено осложнение в виде гематомы мошонки, разрешившееся консервативным лечением. Случаев инфекционных осложнений отмечено не было. Отсутствие непреднамеренной резекции придатка яичка, было подтверждено отсутствием ткани придатка в каждом из 12 образцов гистологического материала.

Также пациенты отмечали низкую интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале в послеоперационном периоде (до 3 баллов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение мини-доступа позволяет снизить травматичность тканей, выраженность болевого синдрома, сократить время пребывания в стационаре и сроки реабилитации.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

**ОПЕРАЦИЯ KULKARNI ПРИ
ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ:
36-МЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

М.И. Катибов¹, М.М. Алибеков^{1,2},
З.М. Магомедов^{1,3}

¹Отделение урологическое ГБУ РД «Городская
клиническая больница», Махачкала, Россия

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ДГМУ»
Минздрава России, Махачкала, Россия

³Кафедра хирургических болезней
педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического факультетов,
ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России,
Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, уретропластика, лоскут
слизистой щеки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее сложными формами стриктуры уретры являются протяженные стриктуры, для коррекции которых эффективной считается одноэтапная аугментационная уретропластика с использованием слизистой рта по методике Kulkarni. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты уретропластики по технике Kulkarni при протяженных стриктурах передней уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018–2023 гг. В исследование включены 22 мужчины со стриктурой уретры в возрасте от 32 до 72 лет (медиана – 57 лет), которым выполняли уретропластику по технике Kulkarni с использованием двух лоскутов слизистой щеки. Протяженность стриктуры составляла от 6 до 11 см (медиана – 8 см). Стриктура в 13 (59,1%) наблюдениях была локализована в пенильном отделе, в 9 (40,9%) – одновременно в пенильном и бульбозном отделах уретры. Ятрогенная причина стриктуры уретры имела место у 14 (63,6) пациентов, идиопатическая – у 5 (22,7%), воспалительная – у 3 (13,6%). Стриктура носила первичный характер в 14 (63,6%) наблюдениях и рецидивный – в 8 (36,4%). Самостоятельное мочеиспускание было сохранено у 6 (27,3%) пациен-

тов, цистостома существовала у 16 (72,7%) пациентов. Сроки послеоперационного наблюдения варьировались от 36 до 60 мес. (медиана – 44 мес.). Динамику показателей максимальной скорости мочеиспускания и объема остаточной мочи после операции оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Вклад различных признаков в развитие рецидива стриктуры уретры оценивали с помощью однофакторного анализа. Различия между сравниваемыми показателями считали достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено достоверное улучшение ключевых показателей функции мочеиспускания через 36 мес. после операции относительно дооперационных значений: увеличение медианы максимальной скорости мочеиспускания с 3,1 до 24,8 мл/с ($p=0,001$) и уменьшение медианы объема остаточной мочи с 130 до 24 мл ($p=0,01$). Из поздних послеоперационных осложнений в течение 36 мес. имели место по 1 (4,5%) случаю возникновения эректильной дисфункции *de novo* и стрессового недержания мочи. Рецидив стриктуры уретры отмечен в 4 (18,2%) наблюдениях: 1 случай – через 6 мес. после операции, 3 случая – через 12 мес. Все случаи рецидива возникли среди пациентов с рецидивным характером стриктуры. Для оценки влияния различных факторов на риск возникновения рецидива стриктуры рассмотрены следующие параметры: возраст (в градации ≤ 60 лет и > 60 лет), этиология стриктуры (ятрогенная и остальные виды), длина стриктуры (≤ 8 см и > 8 см), локализация стриктуры (пенильный отдел и пенильный + бульбозный отделы), характер стриктуры (первичный и рецидивный), сохранность самостоятельного мочеиспускания (да и нет). Из всех признаков только рецидивный характер стриктуры имел достоверное влияние на повышение риска рецидива заболевания. При рецидивной стриктуре уретры отношение шансов возникновения рецидива после уретропластики составил 4,0 (доверительный интервал – 3,75–4,25) относительно первичной стриктуры ($p=0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операция Kulkarni при протяженных стриктурах передней уретры позволяет добиться высоких показателей эффективности и безопасности лечения. Использование данной техники по поводу рецидивных форм стриктуры уретры пред-

ставляется наиболее значимым фактором риска неудачи лечения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Стриктуры уретры

ТУЛИЕВАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТРОТОМИЯ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ

М.И. Катибов¹, А.Б. Богданов^{2,3},
М.М. Алибеков^{1,4}, З.М. Магомедов^{1,5}

¹Отделение урологическое ГБУ РД «Городская клиническая больница», Махачкала, Россия

²Отделение урологическое ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», Москва, Россия

³Кафедра урологии и хирургической андрологии, ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва, Россия

⁴Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

⁵Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, тулиевый лазер, уретротомия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тулиевый лазер относительно недавно используется в лечении различных урологических заболеваний. Лишь в нескольких исследованиях сообщается о применении тулиевой лазерной уретротомии при стриктурах уретры. *Цель исследования:* оценить результаты применения тулиевого лазера для лечения стриктур уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное наблюдательное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018–2022 гг., включало 45 мужчин со стриктурой уретры в возрасте 43–85 лет (медиана – 65 лет), которым выполняли тулиевую лазерную уретротомию. Использовали лазерное волокно длиной 200 мкм при энергии 0,5 Дж и мощности 10 Вт. Протяженность стриктуры составляла от 0,5 до 2,5 см

(медиана – 1,2 см). Стриктура в 16 (35,6%) наблюдениях была локализована в пенильном отделе, в 15 (33,3%) – в бульбозном, в 11 (24,4%) – в бульбомембранозном, в 3 (6,7%) – в мембранозном. Ятрогенная причина стриктуры уретры отмечена у 24 (53,3) пациентов, травматическая – у 10 (22,2%), воспалительная – у 7 (15,6%), идиопатическая – у 4 (8,9%). Стриктура носила первичный характер в 32 (71,1%) наблюдениях и рецидивный – в 13 (28,9%). Успехом лечения считали отсутствие жалоб на затрудненное мочеиспускание в сочетании с максимальной скоростью мочеиспускания более 15 мл/с и отсутствием или незначительным количеством остаточной мочи (менее 50 мл). Динамику различных параметров после операции оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Различия между показателями считали достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки послеоперационного наблюдения варьировались от 3 до 48 месяцев (медиана – 18 месяцев). При данных сроках лечение было успешным у 32 (71,1%) пациентов. Сроки рецидива стриктуры уретры от 3 до 18 месяцев (медиана – 6 месяцев). У всех пациентов с рецидивом стриктуры уретры проведено повторное эндоскопическое лечение с использованием тулиевого лазера. При этом у 2 из 13 пациентов с рецидивом стриктуры всего 3 раза применяли лазерную технологию (1 раз первично и 2 раза по поводу рецидива), у остальных 11 пациентов – 2 раза (1 раз первично и 1 раз по поводу рецидива). В дальнейшем у всех пациентов с рецидивом стриктуры и повторной лазерной уретротомией удалось обеспечить удовлетворительное качество мочеиспускания (средняя скорость мочеиспускания – от 8,0 до 15,0 мл/с), однако у 10 из 13 таких пациентов это было достигнуто путем бужирования уретры каждые 1–4 месяца в зависимости от клинических проявлений данного заболевания. Установлено достоверное улучшение медианы следующих показателей по всей группе пациентов после оперативного лечения по сравнению с дооперационными данными: максимальной скорости мочеиспускания – с 9,2 до 21,1 мл/с ($p=0,024$); средней скорости мочеиспускания – с 4,5 до 10,3 мл/с ($p=0,025$); объема остаточной мочи – с 110 до 42 мл, с 9,2 до 21,1 мл/с ($p=0,014$); показателей анкеты IPSS – с 20 до 7 баллов ($p=0,011$); качества жизни по ан-

кете IPSS – с 5 до 2 баллов ($p=0,017$). Интраоперационных осложнений не было. Из послеоперационных осложнений отмечена только инфекция мочевыводящих путей у 5 (11,1%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тулиевая лазерная уретротомия является достаточно безопасным и эффективным методом лечения коротких стриктур уретры вне зависимости от характера, этиологии и локализации рубцового процесса. Небольшое число наблюдений и непродолжительные сроки послеоперационных наблюдений в мировой литературе диктуют необходимость продолжения подобных научных исследований.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение

ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЭТАПНЫХ УРЕТРОПЛАСТИК, СООБЩАЕМЫЕ ПАЦИЕНТАМИ

М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.В. Митусов, Р.С. Исмаилов, Д.В. Сизякин

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, этапная хирургия, эффективность лечения, качество жизни.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты хирургии стриктур уретры, о которых сообщают пациенты, представляют важное диагностическое значение, наряду с оценкой проходимости уретры посредством инструментальных обследований. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты многоэтапных уретропластик при сложных стриктурах передней уретры с учетом качества жизни пациентов и удовлетворенности результатами хирургии

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2010-2019 гг. В исследование включены 73 пациента с аугментационными и заместительными уретропластиками в возрасте 18–84 лет, оперированных в 2010–2019 гг. В 26 (35,6%) случаях использована кожная островковая уретропластика, в 47 (64,4%) — уретропластика с буккальной слизистой. Двухэтапная хирургия произведена 57 (78,1%) пациентам, более двух этапов — 16 (21,9%). Длинные пенильные стриктуры имели 39 (53,4%) пациентов, длинные бульбарные — 7 (9,6%), многофокусные — 12 (16,4%), пануретральные — 15 (20,5%). 19 (26,0%) мужчин имели цистостому. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено в 71 (97,3%) наблюдениях. Средний период наблюдения составил $62,1 \pm 34,21$ (9–131) месяца. До и после операции производили опрос пациентов с помощью USS-PROM. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,005$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предоперационные и отдаленные показатели анкеты USS-PROM при многоэтапной уретропластике представлены в таблице.

Таблица. Предоперационные и отдаленные показатели анкеты USS-PROM

Показатели	Значения до операции	Значения после операции	p	Среднее значение различий	95% ДИ среднего значения различий
	M±SD (max–min) баллы score				
СНМП*	12,9±3,45 (9–24)	3,4±2,0 (0–12)	< 0,0001	-9,4	-10,1 – -6,2
Шкала Пилинга*	3,6±0,43 (3–4)	1,7±0,37 (1–3)	< 0,0001	-1,8	-1,9 – -1,3

КЖ-СНМП*	2,6± 0,67 (2–3)	0,6± 0,13 (0–2)	< 0,0001	-2,0	-2,4 – -1,9
Индекс EQ-5D	0,73± 0,08 (0,3– 0,9)	0,91± 0,12 (0,6– 1,0)	0,025	0,2	20,8 – 27,3
EQ-VAS	68,0± 5,89 (40– 80)	88,1± 4,37 (60– 100)	0,004	19,9	0,1 – 0,2

Примечание: М – среднее значение; SD – стандартное отклонение; max–min – минимальное и максимальное значения; ДИ – доверительный интервал; СНМП – симптомы нижних мочевых путей; КЖ-СНМП – качество жизни, ассоциированное с симптомами нижних мочевых путей (шкала Likert); EQ-5D – индекс общего состояния здоровья EuroQol-5 dimension; EQ-VAS – визуально-аналоговая шкала оценки уровня общего состояния здоровья EuroQol-visual analog scales

* Включает только пациентов, которые могли опорожнить мочевой пузырь самостоятельно.

57 (81,4%) пациентов были «очень довольны» (45,7%) или «удовлетворены» (35,7%) исходом хирургии, 13 (18,6%) – «не удовлетворены» (14,3%) или «совсем не удовлетворены» (4,3%). Пациенты с цистостомой до многоэтапной хирургии значительно чаще были «очень довольны» или «удовлетворены» результатом уретропластики, чем те, кто мог мочиться до операции самостоятельно ($p=0,02$). Отсутствие хирургических осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства на уретре и / или перманентного бужирования, явилось значимым показателем для положительной оценки удовлетворенности ($p=0,004$), в то время как само наличие осложнений не имело достоверного влияния на удовлетворенность ($p=0,114$), как и наличие рецидива ($p=0,062$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многоэтапные аугментационные и заместительные уретропластиками при длинных, многофокусных и пануретральных стриктурах передней уретры достигают эффективности в 97,3% наблюдений и сопровождаются высоким уровнем (81,4%) удовлетворенности пациентов при многолетнем наблюдении.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение, результаты

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОЭТАПНЫХ УРЕТРОПЛАСТИК

М.И. Коган, В.П. Глухов, А.В. Ильяш, В.В. Митусов, О.Н. Васильев, Д.В. Сизякин

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, этапная хирургия, эффективность лечения, хирургические осложнения, рецидив стриктур.
ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на прогресс, достигнутый в реконструктивной хирургии уретры за последние 20 лет, и принимая во внимание тот факт, что значительная часть стриктур передней уретры может быть успешно восстановлена в один этап, многоэтапная уретропластика сохраняет свою первоначальную роль в лечении пациентов с наиболее сложными сужениями и облитерациями мочеиспускательного канала. *Цель исследования:* оценить непосредственные и долгосрочные хирургические результаты многоэтапных уретропластик при пенильных и бульбарных стриктурах уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 110 мужчин в возрасте 18–84 лет, которым в 2010–2019 гг. выполнена многоэтапная уретропластика по поводу структур передней уретры. Применены техники буккальных и кожных аугментационных или заместительных пластик уретры. Перед операцией все пациенты были подвергнуты стандартному урологическому обследованию. О развитии ранних хирургических осложнений судили по записям медицинских карт, о развитии поздних хирургических осложнений – по данным обследо-

ваний, включавших мониторинг симптомов с помощью специализированных опросников, лабораторные тесты крови и мочи, физикальный осмотр, урофлоуметрию и при выявлении нарушений мочеиспускания – ретроградную уретрографию и уретроскопию. Медиана наблюдения составила 5 лет 2 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние хирургические осложнения выявлены у 27 (24,5%) пациентов. Хирургические вмешательства по их разрешению потребовались в 7 (31,8%) случаях – уретро-кожные свищи (5), острая задержка мочи (1), гематома мошонки (1). Поздние хирургические осложнения выявлены у 33 (30,0%) пациентов, включая 29 (26,7%) случаев рецидивов стриктур уретры. Все случаи поздних осложнений отнесены к IIIb классу по системе Clavien-Dindo, в общей сложности проведено 49 дополнительных операций по их устранению (табл.).

Таблица. Хирургические осложнения при многоэтапной уретропластике

Осложнения		Лечебные мероприятия	n (%)
Ранние осложнения			
Clavien-Dindo I	Поллакиурия	Сохранение цистостомы	1 (0,9)
	Уретро-кожный свищ	Пролонгирование сроков цистостомы	9 (8,2)
Clavien-Dindo II	Острый уретрит	Антибактериальная терапия Пролонгирование сроков цистостомы	1 (0,9)
	Раневая инфекция	Антибактериальная терапия	2 (1,8)
	Уретро-кожный свищ	Антибактериальная терапия Инстилля-ция уретры раствором антисептика Пролонгирование сроков уретрального катетера	7 (6,4)
Clavien-Dindo IIIa	Гематома мошонки	Ревизия и дренирование мошонки	1 (0,9)

Осложнения		Лечебные мероприятия	n (%)
Ранние осложнения			
Clavien-Dindo IIIb	Уретро-кожный свищ	Иссечение и ушивание свища	5 (4,5)
	Острая задержка мочи	Коррекция неомеатуса	1 (0,9)
Поздние осложнения			
Clavien-Dindo IIIb	Прогрессия стриктурной болезни	Различные виды уретропластик, включая методики ВОУТ, бужирования и цистостомии	10 (9,1)
	Фиброз графтов, инфильтра-ты парауретральных тканей, уретро-кожные свищи, камни уретры		5 (4,5)
	Рецидивы стриктур		29 (26,4)

Первичный успех многоэтапных уретропластик составил 67,3% при медиане наблюдения 62 месяца. Только 73 (66,4%) прошли все этапы планируемой хирургии. Целостность уретры на всем протяжении удалось восстановить в 67 (60,9%) случаях, самостоятельное мочеиспускание – в 106 (96,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многоэтапная хирургия стриктур передней уретры сопряжена с относительно высокими рисками хирургических осложнений на каждом из этапов лечения. Вероятность хирургических ревизий осложнений может достигать 31,8%. При планировании многоэтапной уретропластики следует информировать пациентов о рисках развития хирургических осложнений и потенциальной возможности поведения более двух операций для достижения цели.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, лечение хирургическое

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР БУЛЬБАРНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

М.И. Коган¹, В.П. Глухов¹, А.В. Ильяш¹, В.А. Бугаенко¹

¹*Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, аугментационная уретропластика, резекция уретры, эффективность лечения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для лечения коротких стриктур ≤ 2 см методикой выбора является резекция с анастомозом конец в конец, однако вопрос выбора хирургической методики для более протяженных стриктур остается открытым. *Цель исследования:* оценить эффективность различных хирургических методик при лечении стриктур бульбарной уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данное исследование включены 303 пациента со стриктурами бульбарной уретры в возрасте 46 лет (18–74).

В зависимости от выбранной методики оперативной помощи пациенты были разделены на две группы: группу I составили больные, которым была выполнена резекция уретры с анастомозом конец в конец ($n=255$), группу II – пациенты, которым были выполнены различные варианты аугментационной уретропластики ($n=48$). Успех хирургии определяли, как отсутствие необходимости в повторном хирургическом вмешательстве. Для анализа рисков рецидива были оценены модели логистической регрессии. Для тестирования различий между группами использовали t-критерий и критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов группы I составил 46,2 года (18–74), группы II – 47 лет (25–66) ($p=0,62$). Доля рецидивных стриктур в обеих группах была сопоставима (43,1 vs 47,8%; $p=0,833$). Ведущим этиологическим фактором в группе I являлась травма уретры (34,1%), в то время как в группе II посттравматическая стриктура наблюдалась лишь в 21,7% случаев. В свою очередь поствоспалительные стриктуры наблюдались у 26,1% в группе I и 47,8% больных в группе II. Доля ятрогенных – 13,6 и 4,3%; идиопатических стриктур – 26,1 и 26,1%; была сопоставима ($p > 0,05$). В группе резекции статистически значимо чаще встречается травматическая этиология стриктуры ($p=0,036$), тогда как в группе уретропластики – воспалительная ($p=0,001$).

В группе I средняя протяженность стриктуры составила 2,3 см при средней длительности заболевания 6,7 года, а в группе II – 4,3 см при средней длительности заболевания 9,6 года.

В группе I рецидив стриктуры при среднем сроке наблюдения 9 (6–12) месяцев выявлен у 4 (1,6%) пациентов. Всем пациентам была выполнена повторная резекция уретры с анастомозом конец в конец в качестве дополнительного оперативного вмешательства. Общий показатель успеха в данной группе составил 98,4%.

В группе II рецидив стриктуры наблюдался в среднем сроке 25 месяцев у 2 (4,2%) пациентов, которым была выполнена уретропластика с использованием кожного лоскута. В качестве дополнительного оперативного вмешательства была выполнена уретропластика с использованием буккального графта Dorsal Inlay. Успешность хирургии в данной группе составила 95,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов, которым выполнялась уретропластика, шансы рецидива были в 7,3 раза выше по сравнению с пациентами, которым выполнялась резекция ($p=0,004$), что связано с протяженностью стриктуры и длительностью заболевания. **Благодарности/Источники финансирования отсутствуют/**

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое

25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

АППЕНДИКОУРЕТЕРОПЛАСТИКИ

Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Б.Г. Гулиев,
Х.М. Мханна, А.Д. Соловьева

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, червеобразный отросток, аппендикууретеропластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Восстановление протяженных дефектов мочеточника червеобразным отростком относится к очень редким оперативным вмешательствам. В основном в мировой литературе приводятся единичные описания такого рода операций. За последние годы максимальный опыт аппендикууретеропластики, представленный немногочисленными зарубежными авторами, достигает 10–13 случаев. *Цель исследования:* представить опыт аппендикууретеропластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1998 по 2023 г. заместительная пластика мочеточников была выполнена нами у 211 больных. С этой целью у 176 (83,4%) пациентов была использована подвздошная кишка, у 4 (1,9%) – толстая и у 31 (14,7%) – червеобразный отросток. Среди последних мужчин было 4 (12,9%), женщин – 27 (87,1%). Средний возраст составил $42,3 \pm 1,8$ года. Причины обструкции мочеточников в основном возникали при ятрогенных облитерациях, стриктурах после операций на мочеточниках и лучевой терапии (87,2%) (табл. 1).

Таблица 1.

Причины обструкции мочеточников, по поводу которых была выполнена аппендикууретеропластика	Количество больных	
	абс.	%
Ятрогенная облитерация мочеточников после операций на органах малого таза	11	35,5
Послеоперационные стриктуры	11	35,5
Постлучевые сужения	5	16,2
Дефект мочеточника после огнестрельного ранения	1	3,2
Нейромышечная дисплазия правого мочеточника	1	3,2
Дефект мочеточника после резекции его по поводу опухоли	1	3,2
Забрюшинный фиброз	1	3,2
ВСЕГО	31	100,0

Ятрогенная облитерация мочеточников после операций на органах малого таза	11	35,5
Послеоперационные стриктуры	11	35,5
Постлучевые сужения	5	16,2
Дефект мочеточника после огнестрельного ранения	1	3,2
Нейромышечная дисплазия правого мочеточника	1	3,2
Дефект мочеточника после резекции его по поводу опухоли	1	3,2
Забрюшинный фиброз	1	3,2
ВСЕГО	31	100,0

По поводу сужений поясничного (брюшного) отдела правого мочеточника выполнено 8 (25,8%) операций, в т.ч. пиелоаппендикууретероанастомоз – 2, уретероаппендикууретероанастомоз – 6. В тазовом отделе в виде уретероаппендикууретероанастомоза произведено 23 (74,2%) операции, в т.ч. 4 – слева. У 24 (88,9%) из них использована наша модификация (Патент № 2308893 от 27.10.2007 г.). Она заключается в выкраивании вместе с червеобразным отростком округлой площадки из слепой кишки для более надежного анастомоза. С 2013 г. аппендикууретеропластика стала выполняться и лапароскопическим методом, доля таких операций за данный период составила 7 (50,0%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранних осложнений и летальных исходов не было. Поздние осложнения в виде стриктуры уретероцистоанастомоза развились у 4 (14,8%) из 27 обследованных в отдаленном периоде пациентов. Им выполнена повторная открытая резекция (1) и эндоуретеротомия и стентирование (3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Червеобразный отросток может успешно использоваться для замещения протяженных дефектов правого и тазового отдела левого мочеточника, в т.ч. и лапароскопическим методом. К преимуществам операции следует отнести малую травматичность, соответствие диаметру мочеточнику, небольшую площадь соприкосновения с мочой. Недостатками являются не всегда имеющийся в наличии червеобразный отросток и ограни-

ченное применение его по локализации и длине стриктуры. Аппендикоуретеропластика – альтернативный метод в восстановлении проходимости мочеточника и даже в настоящее время ее преждевременно рекомендовать в широкую клиническую практику.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое

ДВУСТОРОННЯЯ КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ

Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Ю.С. Пирожок

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, кишечная пластика мочеточника, болезнь Ормонда, лучевая терапия, ятрогения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Двусторонняя заместительная пластика мочевыводящих путей остается одной из самых сложных разделов оперативной урологии. Наиболее часто с этой целью используется подвздошная кишка. *Цель исследования:* представить опыт двусторонней кишечной пластики мочеточников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике в период с 1998 по 2023 г. желудочно-кишечная реконструкция МВП была выполнена 576 больным, из них 211 (36,6%) произведена пластика мочеточников и 59 (10,2%) – одновременная пластика мочеточников и мочевого пузыря. Двусторонняя реконструкция мочеточников выполнена у 37 пациентов, из них тонкой кишкой – 36 (97,3%) и толстой – 1 (2,7%). Мужчин было 12 (32,4%), женщин – 25 (67,6%). Средний возраст составил $51 \pm 3,2$ года. Причины двусторонней обструкции мочеточников возникли при лучевой терапии у 17 (46,0%) пациентов, при ятрогенных повреждениях – у 6 (16,2%), после операций на мочевых путях – у 6 (16,2%), болезни Ормонда – у 4 (10,8%) и обструктивном

мегауретере – у 4 (10,8%). Виды операций, при которых выполнялось двустороннее замещение мочеточников, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Виды двусторонней кишечной пластики мочеточников	Количество больных	
	абс.	%
U-образная	21	56,8
7-образная	2	5,4
Г-образная	4	10,8
J-образная	3	8,1
Y-образная	1	2,7
Раздельными илеотрансплантатами	5	13,5
Сигмоуретеропластика слева, пиелоилеосигмоцистоанастомоз справа	1	2,7
Всего	37	100,0

Двусторонняя одновременная пластика мочеточников и мочевого пузыря произведена 59 больным. Таким образом, общее количество двухсторонних кишечных пластик составило 96, а количество оперированных мочеточников – 192.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 4 (10,8%) больных, из них наиболее опасными были острая кишечная непроходимость (1) и несостоятельность межкишечного анастомоза (2). Данные осложнения успешно ликвидированы повторными операциями. Летальных исходов не было. Поздние осложнения развились у 2 (7,1%) из 28 обследованных пациентов в отдаленные сроки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегмент подвздошной кишки является лучшим и универсальным пластическим материалом для замещения протяженных дефектов мочеточника, в том числе с двух сторон. Оптимальным методом при двусторонних, в том числе тотальных, поражениях мочеточников является изоперистальтическая 7-образная илеоуретеропластика одной кишечной петлей. Преимуществом 7- и Г-образной илеоуретеропластики является возможность замещения двусторонних, любой длины, в том числе разных по протяженности, стриктур моче-

точников единым изоперистальтически расположенным кишечным сегментом. Раздельными изоперистальтически расположенными трансплантатами можно заместить двусторонние дефекты мочеточников любой протяженности. Технически возможно выполнить полное замещение мочеточников и мочевого пузыря сегментами подвздошной кишки. Однако функционирование, таким образом созданных мочевыводящих путей, требует изучения в отдаленном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАВАГИНАЛЬНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ

Б.К. Комяков, В.А. Тарасов, М.В. Шевнин

*Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

транспозиция уретры, посткоитальный цистит, урогинекология, реконструкция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота обострений воспалительного процесса в мочевом пузыре после проведенной хирургической коррекции уретры у пациенток с посткоитальным циститом является основным критерием эффективности операции. *Цель исследования:* оценить клинические и анатомические результаты экстравагинальной транспозиции уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2005 по 2023 г. в нашей клинике экстравагинальная транспозиция уретры выполнена 485 пациенткам. Отдаленные результаты изучены у 127 женщин в возрасте от 20 до 47 лет. Среднее время наблюдения составило 42 ± 15 (15–62) месяцев. У них до и после операции были оценены регулярность половой жизни, частота эпизодов посткоитального цистита, риск его развития, который рассчитывался по соотношению описан-

ных показателей. Обострение заболевания фиксировалось при помощи опросника ACSS. Оперативное лечение считалось эффективным, если частота эпизодов цистита не превышала 2 раз в год. Также у всех женщин до и после операции было проведено морфометрическое исследование наружных половых органов, среди которых у 12 (9,4%) зафиксирован рецидив заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 115 (90,6%) пациенток операция была эффективна. Частота эпизодов цистита до операции составляла $3,5 \pm 2,6$ в месяц, после операции – $0,2 \pm 0,7$ в месяц ($p < 0,05$). Средняя частота половой жизни при этом выросла с $5,8 \pm 3,7$ полового акта в месяц до $7,4 \pm 4,5$ ($p > 0,05$). Риск развития цистита снизился с $0,63 \pm 0,31$ до $0,08 \pm 0,25$ ($p < 0,05$). У 7 (5,5%) пациенток обострения заболевания регистрировались более чем 2 раза в год, однако у них отмечено значимое снижение риска развития цистита в среднем с $0,51 \pm 0,39$ до $0,10 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Таким образом, положительного эффекта удалось достичь у 122 (96,0%) больных.

После проведенного оперативного вмешательства у пациенток отмечалось уменьшение расстояния от клитора до уретры с $29 \pm 0,6$ до $19 \pm 2,5$ мм ($p < 0,05$), увеличение расстояния от уретры до интроитуса – с $11 \pm 1,1$ до $20 \pm 2,9$ мм ($p < 0,05$) и от уретры до задней спайки влагалища – с $24 \pm 1,8$ до $32 \pm 3,7$ мм ($p < 0,05$). Среди больных, столкнувшихся с рецидивом заболевания отмечалось большее расстояние от клитора до уретры ($21 \pm 1,4$ против 18 ± 2 мм, $p < 0,05$), меньшее расстояния от уретры до интроитуса и от уретры до задней спайки влагалища ($28 \pm 3,7$ против $33 \pm 2,1$ мм, $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экстравагинальная транспозиция уретры достоверно уменьшает частоту рецидивов посткоитального цистита с $3,5 \pm 2,6$ до $0,2 \pm 0,7$ эпизода в месяц за счет перемещения уретры ближе к клитору. Положительный эффект достигается у 96,0% больных. У большинства пациенток с рецидивом заболевания отмечается смещение уретры вниз вплоть до ее изначального положения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

НЕОБХОДИМОСТЬ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ ЕЕ ЭКСТРАВАГИНАЛЬНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ

Б.К. Комяков, В.А. Очеленко, М.В. Шевнин, В.А. Тарасов

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочевой пузырь, посткоитальный цистит (ПЦ), экстравагинальная транспозиция уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным различных авторов, около 40–50% женщин страдают от обострений хронического цистита в течение всей своей жизни, а у 10–20% заболевание приобретает рецидивирующее течение. Профилактика и консервативные методы лечения не всегда эффективны или эффект от них краткосрочен. В свете этого многие пациентки ищут более радикальные методы лечения, чтобы избавиться от рецидивов ПЦ, к которым относится транспозиция уретры. Однако, если у пациентки имеются анатомические особенности в виде широкой уретры с ее зияющим наружным отверстием, то для достижения хорошего результата целесообразна дополнительная модификация операции. *Цель исследования:* оценить эффективность экстравагинальной транспозиции уретры с клиновидной резекцией ее дистальной части при наличии широкого зияющего наружного отверстия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2005 по 2023 г. в нашей клинике экстравагинальная транспозиция уретры выполнена 485 пациенткам с ПЦ. Из них за последние 5 лет у 31 была выявлена большая ширина уретры с ее зияющим наружным отверстием, 13 из них была выполнена изолированная экстравагинальная транспозиция уретры, а 18 пациенткам операцию дополняли клиновидной резекцией дистальной части мочеиспускательного канала. Положительным ре-

зультатом считали, если в послеоперационном периоде отсутствовали обострения цистита или они возникали не более 1–2 раз в течение года без отчетливой связи с половым актом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изолированная транспозиция уретры у пациенток с широким, зияющим наружным отверстием уретры оказалась эффективной у 4 (30,8%), а при дополнительной ее клиновидной резекции дистальной части положительный результат был достигнут у 17 женщин (94,4%) ($p < 0,001$). У всех пациенток послеоперационный период протекал благоприятно. Если экстравагинальная транспозиция дополнялась клиновидной резекцией дистальной части уретры, катетер удалялся на 5–7-е сутки. После его удаления у 1 пациентки возник эпизод острой задержки мочи, что потребовало повторной установки уретрального катетера с последующей нормализацией мочеиспускания. При контрольном УЗИ мочевого пузыря остаточной мочи не определялось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиновидную резекцию дистальной части уретры стоит отнести к одной из необходимых технических дополнений ее экстравагинальной транспозиции у пациенток с широким, зияющим наружным отверстием уретры, что позволяет улучшить результаты данной операции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. *Лечение: хирургическое*

ОСЛОЖНЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕТОЧНИКОВ

Б.К. Комяков, Т.Х. Ал-Аттар, Х.М. Мханна, Ю.С. Пирожок, А.Д. Соловьева

Кафедра урологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. Мечникова», Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника; илеоуретеропластика; лучевая терапия; болезнь Ормонда; мегауретер; ятрогения

ВВЕДЕНИЕ

За последнее время илеоуретеропластика стала чаще применяться при протяженных дефектах мочеточниках.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: представить ранние и поздние осложнения илеоуретеропластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1998 по 2023 г. кишечная реконструкция мочевых органов была выполнена 235 больным. Мужчин было 113 (48,1%), женщин – 122 (51,9%). Средний возраст составил $46,8 \pm 1,3$ лет. В 176 (74,9%) случаях произведена илеоуретеропластика и в 59 (25,1%) – одновременная пластика мочеточников и мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения развились у 18 (7,7%) больных. Летальных исходов не было. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Ранние осложнения илеопластики мочевых органов	Кол-во операций		Способ лечения
	абс.	%	
Перфорация толстой кишки, некроз илеотрансплантата	2	0,9	Релапаротомия, ушивание дефекта кишки, зонд Эббота, санация
Внутрипочечное кровотечение с тампонадой лоханки	2	0,9	Релюмболапаротомия, эвакуация сгустков крови, дренирование
Кровотечение из тазовых вен	1	0,4	Релапаротомия, лигирование кровоточащих сосудов
Острая спасная непроходимость	8	3,4	Релапаротомия, рассечение спаек, межкишечный анастомоз, зонд Эббота

Несостоятельность межкишечного анастомоза	1	0,4	Релапаротомия, илеотрансферзо-анастомоз, зонд Эббота, санация
Несостоятельность уретероилеального анастомоза, перитонит	4	1,7	Релапаротомия. Ушивание дефекта трансплантата. ЧПНС
Всего	18	7,7	

Поздние осложнения возникли у 17 (9,9%) из 172 обследованных в поздние сроки больных. Стриктуры уретероилеоцистоанастомоза развились у 4 (23,5%). Им была выполнена эндоуретеротомия и антеградное бужирование. Активный пузырно-лоханочный рефлюкс имел место у 3 (17,6%) больных, обострение хронического пиелонефрита – у 4 (23,5%), метаболический ацидоз – у 6 (35,4%). Последний возник у тех пациентов, которым была выполнена одновременная пластика мочеточников и мочевого пузыря и имеющих длину кишечного трансплантата более 60 см. Им проводилась консервативная терапия с положительным эффектом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Количество осложнений после кишечной пластики мочевых путей зависит от травматичности и длительности оперативного вмешательства. Степень выраженности метаболических нарушений после таких операций зависит от площади внутренней поверхности трансплантатов и времени контакта их с мочой. Наиболее серьезные осложнения оказались у пациентов при длине кишечного сегмента более 60 см. Уменьшить извилистость и изгибы илеотрансплантата и, тем самым, площадь его всасывающей поверхности позволяет разработанный нами способ илеоуретеропластики (патент № 2744022 от 02.03.2021). При его использовании уменьшается в два раза длина трубчатой части трансплантата и, как следствие, снижается частота метаболических осложнений. Небольшое количество послеоперационных осложнений, отсутствие летальных исходов и хорошие отдаленные результаты кишечной пластики мочевых путей за 25-летний период мотивирует нас для продолжения данной работы.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы).

Рубрика: Искусственные сфинктеры мочевого пузыря.

ИМПЛАНТАЦИЯ И РЕИМПЛАНТАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У МУЖЧИН. ТЕХНИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ
Д.О. Королев¹, Д.И. Бабаевская¹, Л.М. Рапопорт¹,
М.Э. Еникеев¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

искусственный сфинктер, недержание, инконтиненция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стрессовое недержание мочи у мужчин – тяжелое осложнение после хирургических вмешательств (радикальная простатэктомия, ТУР простаты, лазерная энуклеация гиперплазии простаты). В настоящее время имплантация искусственного сфинктера является единственной эффективной опцией в лечении тяжелой степени стрессового недержания мочи у мужчин. *Цель исследования:* оценить безопасность и эффективность искусственного сфинктера AMS 800 в лечении стрессового недержания мочи у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 3 лет имплантировано 7 искусственных сфинктеров мочевого пузыря по поводу стрессовой инконтиненции тяжелой степени (PAD-test >400 мл/сут.): 1 пациенту выполнена реимплантация сфинктера; в 6 наблюдениях – первичная имплантация. Причина инконтиненции у 6 пациентов – радикальная простатэктомия, одному из них также выполнена пластика уретроректального свища; у 1 – чреспузырная аденомэктомия. У 2 пациентов в анамнезе лучевая терапия рака простаты. Операции выполнены из промежностного доступа. Баллоны устанавливали в Ретциево пространство через допол-

нительный доступ. Реимплантация заключалась в замене всех составляющих устройства. Активацию сфинктеров осуществляли через 6 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов после активации сфинктера восстановлена континенция (полный отказ от прокладок или применение 1 страховочной прокладки в сутки). Степень осложнений у 6 пациентов не превышала градации 2 по классификации Clavien-Dindo. У одного пациента с лучевой терапией в анамнезе через 1 месяц после активации импланта возник постлучевой цистит, что потребовало деактивации устройства. У одного пациента интраоперационно была травма магистрального сосуда (Clavien-Dindo 3b).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имплантация и реимплантация искусственного сфинктера продемонстрировали высокую эффективность и безопасность при лечении мужской инконтиненции тяжелой степени. Применение искусственного сфинктера после лучевой терапии требует тщательного отбора пациентов и информирование их о всех возможных послеоперационных осложнениях.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мочевых свищей. Лечение хирургическое, оценка исходов, наблюдение

ПЛАСТИКА РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ ФИСТУЛ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ. МНОГОЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНИК И РЕЗУЛЬТАТЫ

Д.О. Королев¹, И.В. Фокин¹, А.А. Воробьев¹,
К.Р. Азильгареева¹, Д.И. Бабаевская¹,
С.К. Ефетов², П.В. Царьков³, Л.М. Рапопорт¹,
М.Э. Еникеев¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия

²Кафедра факультетской хирургии № 2 им. Г.И. Лукомского, Сеченовский университет, Москва, Россия

³*Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии, Сеченовский университет, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ректоуретральные свищи, реконструктивная урология, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ректоуретральный свищ после хирургического лечения рака простаты является редким осложнением, приводящим к инвалидизации мужчин. На сегодняшний день нет единого хирургического подхода к закрытию ректоуретральных свищей у данной непростой когорты пациентов. *Цель исследования:* оценить варианты и последовательность действий хирургических техник закрытия ректоуретральных свищей и их исходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно оценены хирургические техники и результаты лечения пациентов с ректоуретральными свищами после хирургического лечения рака простаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2 года прооперированы 4 пациента с ректоуретральными свищами, явившимися осложнением радикальной простатэктомии (n=3) и тотальной криоабляции простаты (n=1). Пациентам до основного реконструктивного этапа с целью подготовки тканей были выполнены колостомия и цистостомия.

Трем пациентам после радикальной простатэктомии выполнена трансперинеальная пластика свища с использованием m. Gracilis. У 2 пациентов после трансперинеального доступа послеоперационный период осложнился формированием уретропромежностных свищей, закрывшихся в одном наблюдении спонтанно (через 15 недель после операции), а во втором – на фоне двустороннего суправезикального отведения мочи (через 16 недель после операции). У третьего пациента, перенесшего трансперинеальную коррекцию свища, предприняли эффективное превентивное суправезикальное дренирование почек и «осушение» мочевого пузыря.

Пациенту после криоабляции выполнена роботическая радикальная простатэктомия с иссечением свища, формированием уретроцистоанастомоза и ушиванием дефекта прямой кишки. Прокладкой между прямой кишкой и мочевым анастомозом стал фрагмент тазовой брюшины с эле-

ментами внебрюшинного жира.

Ректоуретральные фистулы устранены во всех четырех наблюдениях. В двух наблюдениях столкнулись со стриктурой анастомоза, что потребовало оптической уретротомии. Наблюдение, где фистулу корректировали трансабдоминально с роботической ассистенцией, осложнилось субтотальным стрессовым недержанием мочи. Через год пациенту имплантировали искусственный сфинктер мочевого пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ректоуретральные фистулы – редкое осложнение радикальной простатэктомии.

Пациенты требуют многоэтапного, последовательного, междисциплинарного подхода. Терпение пациента и хирургов, а также неукоснительное следование принципам реконструкции половых органов малого таза в случае их патологических сообщений является залогом успеха хирургического вмешательства этой, возможно, самой тяжелой для излечения урологической нозологии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Структура уретры

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУРЫ МОЧЕИСПУКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МУЖЧИН

С.В. Котов, М.М. Ирицян, А.А. Клименко,
Э.М. Алекберов, А.П. Бут

*Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им.
Н.И. Пирогова, Москва
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва*

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уретропластика является «золотым стандартом» лечения стриктуры уретры различной локализации и этиологии. Эффективность последних варьируется в зависимости от метода оперативного лечения – первичная или рецидивная стриктура. Точных критериев длительности наблюдения, после которых можно считать уретропластику успешной, нет, так как рецидив заболева-

ния может возникнуть и в более поздние сроки, что требует постоянного динамического наблюдения. *Цель исследования:* оценить отдаленные (более 1 года) результаты оперативного лечения различных методов уретропластики при стриктуре уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова проведен анализ состояния здоровья 600 пациентов с диагнозом стриктура уретры. Среди них 400 пациентов, которым выполнена уретропластика с 2012 по 2022 г. Контрольному обследованию в клинике и по телефону были доступны 200 пациентов.

Средний возраст пациентов составил 61,3 года. Количество уретропластик «конец в конец» составило 97. Одноэтапных операций с буккальным графтом – 64, многоэтапная уретропластика – 29 пациентов. Одноэтапная уретропластика кожным лоскутом – 10.

Среднее значение МИЭФ-5 в исследуемой группе до операций составило 19,48 балла.

Среднее значение I-PSS в исследуемой группе до операции составило 18,5 балла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За время наблюдения рецидив стриктуры уретры диагностирован у 20 (6%) пациентов после лечения в клинике. У 4 пациентов из 20 – ранний рецидив (до 1 года). У 5 пациентов рецидив был отмечен через 1,5 года после оперативного лечения. У 11 пациентов рецидив выявлен после 2 лет наблюдения и более. Эффективность первой уретропластики в клинике составила 90%. На момент данного исследования с учетом повторных операций эффективность лечения составила 97%.

Осложнения в позднем послеоперационном периоде наблюдались у 8 (4%) пациентов, эректильная дисфункция (разной степени выраженности) после операции выявлена у 4 из них. Осложнения в раннем послеоперационном периоде – у 5 (2,5%) пациентов.

Среднее значение МИЭФ-5 на момент исследования – 18,95 балла. Среднее значение I-PSS на момент исследования – 8,2 балла.

ВЫВОДЫ

Уретропластика является «золотым стандартом» лечения пациентов со стриктурой уретры с высокой эффективностью. Длительное наблюдение за такими пациентами необходимо. Это позволя-

ет не только отслеживать эффективность лечения, наличие осложнений, но и вовремя корректировать последние.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНОЙ СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

С.В. Котов^{1,2}, М.М. Ирицян^{1,2}

*¹Кафедра урологии и андрологии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, Москва*

²ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

ВВЕДЕНИЕ

Тактика лечения пациентов с рецидивной стриктурой уретры требует комплексного подхода к решению проблемы. Повышение эффективности лечения таких пациентов возможно не только усовершенствованием оперативной техники, но и влиянием на патогенетические механизмы формирования стриктуры уретры и стимулирующей регенерации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить долгосрочную перспективу лечения пациентов с рецидивной стриктурой уретры с применением плазмы, обогащенной тромбоцитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В университетской клинике урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова за период с 2019 по 2021 г. проведено 35 уретропластик пациентам с рецидивной стриктурой уретры с применением плазмы, обогащенной тромбоцитами.

Медиана максимальной скорости мочеиспускания до операции – 4,2 мл/с (1,5–11). По этиологическим факторам: ятрогенные стриктуры – 22 (62,8%), травматические – 7 (20%), инфекционная – 2 (5,7%), гипоспадия – 4 (11,5%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее значение периода наблюдения составило 22 месяца (от 12 до 38 месяцев).

Анастомотическая уретропластика конец в конец – 24 случая, аугментационная уретропластика – 4, многоэтапная уретропластика – 7 случаев. Через год наблюдения отмечено 2 рецидива заболевания среди всех пациентов.

На момент наблюдения в 38 месяцев от первого пациента более рецидива не было отмечено.

Одному пациенту выполнена лазерная инцизия

шейки мочевого пузыря через 3 года наблюдения, без рецидива стриктуры уретры.

Медиана Qmax на момент наблюдения составила (min–max) 22 мл/сек (14–35).

Эффективность лечения составила 94,2%.

ВЫВОДЫ

Выполнение уретропластики с комбинированным использованием плазмы, обогащенной тромбоцитами, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с рецидивной стриктурой уретры. Длительное наблюдение за пациентами более одного года показало высокую эффективность в долгосрочной перспективе. Частота рецидива не увеличивается и требует продолжения наблюдения, а также применение у пациентов с первичной стриктурой уретры.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Склероз шейки мочевого пузыря

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ИНЦИЗИЯ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

С.В. Котов, М.М. Ирицян, А.А. Клименко, Р.А. Рахматов

*Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва*

ВВЕДЕНИЕ

Частота склероза шейки мочевого пузыря после лечения рака простаты или дгпж составляет от 12 до 17%. Основными методами первичного лечения склероза шейки мочевого пузыря являются эндоскопическая инцизия и трансуретральная резекция. Частота рецидива склероза шейки мочевого пузыря увеличивается с количеством операций. После четырех и более трансуретральных резекций эффективность составляет не более 25%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить первые результаты эндоскопической лазерной инцизии шейки мочевого пузыря с введением плазмы, обогащенной тромбоцитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова проведен анализ результатов лечения 10 пациентов с диагнозом «склероз шейки мочевого пузыря». Период наблюдения составил от 6 до 12 месяцев.

Средний возраст пациентов – 65 лет. У 2 пациентов оперативное лечение первичное, у 8 пациентов ранее выполнено от 2 до 4 трансуретральных резекций шейки мочевого пузыря.

Среднее значение МИЭФ-5 в исследуемой группе до операций составило 14,5 балла.

Среднее значение I-PSS в исследуемой группе до операции составило 23,5 балла. Цистостома присутствовала у 4 пациентов. Qmax до операции – 4,1 мл/сек (1,2–6,7 мл/сек).

РЕЗУЛЬТАТЫ

За время наблюдения рецидив склероза шейки мочевого пузыря не отмечен.

Осложнения в позднем послеоперационном периоде не наблюдались. Qmax через 6 месяцев наблюдения после операции – 24 мл/сек.

Среднее значение МИЭФ-5 на момент исследования – 16 балла. Среднее значение I-PSS на момент исследования – 8,2 балла.

ВЫВОДЫ

PRP показывает высокий регенеративный потенциал, стимулирует заживление, ангиогенез. Первые результаты применения PRP в комбинации с эндоскопической инцизией шейки мочевого пузыря показали высокую эффективность. Данная методика позволит снизить частоту рецидива склероза шейки мочевого пузыря и необходимость сложной реконструктивной операции.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивные операции на мочевыводящих путях

СТРАТЕГИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

С.В. Котов, Р.И. Гуспанов

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра урологии и андрологии ЛФ, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, стриктура мочеточника, постлучевые пузырно-влагалищные свищи. Методы лучевой терапии (ЛТ) относительно часто применяются в лечении опухолей мочеполовой системы и органов малого таза. К настоящему времени на долю опухолей органов малого таза приходится 18% в структуре впервые диагностированных злокачественных новообразований у женщин (опухоли мочевого пузыря, шейки и тела матки, толстой кишки). Используемые в настоящее время методы ЛТ позволяют использовать при облучении опухолей высокие дозы излучения, при этом окружающие органы и ткани также подвергаются значительному облучению. Развивающиеся патологические сдвиги в окружающих тканях проявляются ранними и отсроченными побочными эффектами ЛТ, к которым, в частности, относят фистулы, стриктуры мочеточников.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить клиническое течение лучевых повреждений органов мочевыводящей репродуктивной системы после различных методов лучевой терапии опухолей малого таза.
2. Разработать показания к применению реконструктивно-пластических операций в лечении больных с различными формами лучевых повреждений органов мочевыводящей системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническая часть работы проведена в урологической клинике РМАНПО на базе ГКБ им. С.П. Боткина и в урологическом отделении ГКБ № 1 им.Н.И. Пирогова.

Оперированы 158 женщин, страдающих лучевыми пузырно-влагалищными свищами. Количество рецидивов было меньше при выполнении операций с использованием лоскутов Мартиуса и *m. gracilis*. Всем пациенткам во время операции бралась ткань из зоны свища для гистологического исследования. Согласно полученным морфологическим изменениям, сформированы три группы по степени выраженности фиброза и воспалительных клеточных элементов в зоне рубца: легкая, умеренная и тяжелая степень. Тяжелая степень преобладала в группе пациенток, у которых оперативное вмешательство выполнялось в сроки меньше одного года от лучевой терапии, легкая и умеренная – в группе больше одного года с момента лучевой терапии.

В ходе операций по поводу постлучевых стриктур мочеточников дистальный конец мочеточника в зоне стриктуры отправлялся на гистологическое исследование. Отмечено, что воспалительная инфильтрация и отсутствие четкой границы зоны стриктуры были в группе пациентов с внутренним мочеточниковым стентом. Этого не наблюдалось при дренировании почек нефростомическими дренажами.

ВЫВОДЫ

1. Необходимым условием перед закрытием мочеполовой свища является приобретение тканями пластических свойств и ликвидация воспаления в зоне свища. Пластические операции следует выполнять не ранее 12 месяцев с момента завершения лучевой терапии. Использование хорошо васкуляризованных лоскутов в качестве межсвищевых барьеров значительно увеличивает частоту успешных оперативных вмешательств и позволяет снизить частоту рецидива.
2. При протяженных стриктурах мочеточника показано выполнение заместительной пластики с использованием сегмента подвздошной кишки. При непротяженных стриктурах возможно использование прямого анастомоза или лоскутной пластики из мочевого пузыря. Нефростомический дренаж предпочтительнее внутренних мочеточниковых стентов, позволяет оценить истинные границы стриктуры, а также снизить воспалительные изменения в стенке мочеточника.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Структура уретры уретропластика буккальным графтом

ОЦЕНКА ДОНОРСКОГО УЧАСТКА ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

С.В. Котов¹, М.М. Ирицян¹, А.А. Клименко¹, Р.А. Рахматов¹

¹ *Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва*

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Использование слизистой ротовой полости в уретропластике является «золотым стандартом». Чаще всего используется слизистая щеки, задней поверхности языка или губы. Оценка осложнений донорской зоны имеет важную роль, так как проблемы с последней могут значительно снижать качество жизни пациентов. *Цель исследования:* оценить состояние донорской зоны после забора графта для уретропластики, а также отдаленные последствия данной методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В университетской клинике урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с использованием слизистой ротовой. Исследование завершили 65 пациентов из 115. Интенсивность болевого синдрома в области забора графта пациенты оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Донорская зона ушивалась только в случае забора слизистой языка и губы. Всем пациентам после забора графта проводилось орошение противовоспалительным раствором с анестетиком.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 13 (20%) из 65 пациентов забор слизистой щеки был с двух сторон; слева – у 46 (71%) пациентов; справа – у 3 (4,5%) пациента; слизистая языка – у 1 (1,5%), слизистая губы – у 2 (3%).

На первые сутки в послеоперационном периоде после аугментационной уретропластики с использованием слизистой щеки пациенты отметили наличие болевой симптоматики по ВАШ со средним значением 4 балла (2–7). На момент выписки (5–7-е сутки послеоперационного периода) из стационара наличие болевого синдрома по ВАШ составила со средним значением 3 балла (1–6). На момент контрольного осмотра через 3 месяца отмечен регресс болевой симптоматики (ВАШ – 0 баллов [0–1]).

В позднем послеоперационном периоде зафиксировано нарушение чувствительности у 2 пациентов (3%), обострение хронического стоматита и гиперсаливация отмечены у 2 пациентов (3%), 4 пациента (6%) отметили дискомфорт при приеме пищи, а также развитие косметического дефекта в виде припухлости – у 2 пациентов (3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота осложнений донорской зоны невысокая, но в некоторых случаях они могут вызывать сни-

жение качества жизни пациентов. Правильная техника забора графта позволяет снизить частоту осложнений в донорской зоне в позднем периоде, а также снизить болевой синдром в кратчайшие сроки после операции.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мужских половых органов. Лечение хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение и профилактика

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

С.В. Котов¹, Р.И. Гуспанов¹, А.Л. Хачатрян¹,
М.А. Совеяк¹

*¹Кафедра урологии и андрологии ЛФ ФГАОУ ВО
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), стриктура мочеточника, реконструктивная операция, операция Боари, операция Psoas-Hitch, кишечная пластика, гиперактивный мочевого пузыря (ГАМП).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной причиной возникновения стриктур мочеточника является ятрогенная травма. Частота встречаемости ятрогенной травмы достигает 75%. Наиболее часто выполняемыми реконструктивными вмешательствами по поводу стриктур мочеточника являются операция Боари, Psoas-Hitch, кишечная пластика. В послеоперационном периоде у пациентов после вышеуказанных оперативных вмешательств зачастую встречались субъективные нарушения мочеиспускания. Учитывая методику проводимых оперативных вмешательств и частоту встречаемости данных нарушений, нами сделано предположение, что реконфигурация мочевого пузыря может приводить к изменению функционального состояния мочевого пузыря после перенесенной реконструктивной операции. *Цель исследования:* изучить уродинамические показатели нижних

мочевых путей у пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства на мочеточнике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование включены 85 пациентов, (63 женщины (74,1%), 22 мужчины (25,8%)), которым в период с 2009 по 2022 г. в клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова выполнялись реконструктивные вмешательства по поводу стриктур мочеточника различной протяженности. Все пациенты были в возрастной группе от 24 до 78 лет (средний возраст – 53,3). В исследование были включены три группы пациентов: в первой группе 35 (41,2%) пациентам выполнена операция Боари, во второй группе 26 (30,5%) пациентам выполнена операция по методике Psoas-Hitch, в третьей группе 24 (28,2%) пациентам выполнена кишечная пластика. Всем пациентам выполнялось комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Выраженность симптомов гиперактивности оценивалась на основании опросника OAB Awareness Tool. Всем пациентам предлагалось заполнение дневников мочеиспускания с целью объективной оценки количества и качества актов мочеиспускания, наличия подтекания мочи, субъективной оценки наличия императивных позывов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уродинамические показатели: в первой группе пациентов средний объем мочевого пузыря – 210 мл, во второй – 355 мл и в третьей – 190 мл. Ургентность в первой группе пациентов наблюдалась у 34 (97,14%) с максимальным увеличением детрузорного давления до 80 см вод. ст., во второй группе ургентность выявлена у 4 (16,7%) пациентов с максимальным увеличением детрузорного давления до 68 см вод. ст., в третьей группе ургентность выявлена у 1 (4,2%) пациента с максимальным увеличением детрузорного давления до 58 см вод. ст. Ургентное недержание мочи наблюдалось у 29 (82,8%) пациентов первой группы, во второй у 1 (3,8%) пациента, в третьей группе ургентного недержания мочи не выявлено. Недержание мочи при напряжении присутствовало у 2 (7,7%) пациенток второй группы, в первой и третьей группах данного критерия не выявлено. На основании анализа данных дневников мочеиспускания гиперактивность преобладала в первой группе пациентов. По данным опросника гиперактивного мочевого пузыря в первой группе пациентов средний

балл 28, во второй группе – 12 и в третьей группе – 10 баллов соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного нами ретроспективного сравнительного анализа установлено, что ургентность, недержание мочи преобладали в группе пациентов, перенесших операцию по методике Боари.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мужских половых органов. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВЛИЯНИЕ ПЕНИЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРПОРОПЛАСТИКИ С ЗАМЕЩЕНИЕМ ДЕФЕКТА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ГРАФТОМ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

С.В. Котов^{1,2}, А.Г. Юсуфов^{1,2}, Н.М. Соколов¹, Р.У. Маммаев¹

¹*Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия*

²*ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

пенильная реабилитация, корпоропластика, графты, болезнь Пейрони, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Роль пенильной реабилитации после оперативного лечения болезни Пейрони остается дискуссионной по настоящий момент. *Цель исследования:* оценить влияние пенильной реабилитации на отдаленные результаты корпоропластики с замещением дефекта белочной оболочки графтом у пациентов с болезнью Пейрони.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое проспективное наблюдательное неконтролируемое исследование было включено 44 пациента, перенесших корпоропластику с замещением дефекта белочной оболочки граф-

том в период с 2012 по 2021 г. При контрольном осмотре оценивалось состояние эректильной функции при помощи опросника МИЭФ-5, наличие или отсутствие послеоперационных осложнений (парестезия головки полового члена, укорочение полового члена, рецидив искривления), а также уточнялись методы пенильной реабилитации, которые использовал пациент в послеоперационном периоде (прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа, вакуумная терапия, тракционная терапия). На контрольный осмотр явились 26 пациентов. 18 пациентов были исключены из исследования в связи с отказом от дальнейшего участия. Пациенты были разбиты на две группы в зависимости от применения методов пенильной реабилитации. В первую группу включены 10 (38,5%) пациентов, которые в послеоперационном периоде не применяли ни один из рекомендованных методов пенильной реабилитации. Во вторую группу включены 16 (61,5%) пациентов, которые применяли хотя бы один из рекомендованных методов пенильной реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы были сопоставимы по основным характеристикам. Основные характеристики групп представлены в таблице.

Таблица

Параметр	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=16)	P
Возраст на момент операции, лет	56 [51; 59]	53,5 [46,5; 57,5]	0,29 ¹
МИЭФ-5 до операции, баллы	20,5 [18; 22]	22,0 [20; 22,5]	0,17 ¹
Срок наблюдения, месяцев	77 [56; 92]	94,5 [68,5; 120,5]	0,25 ¹
иФДЭ-5, n (%)	0 (0)	16 (100)	< 0,001 ²
Вакуумная терапия, n (%)	0 (0)	11 (68,75)	0,005 ²
Тракционная терапия, n (%)	0 (0)	1 (6,25)	0,61 ²
МИЭФ-5 при контроле, баллы	19,5 [18; 21]	22,5 [22; 23,5]	0,006 ¹

Парестезия головки полового члена, n (%)	4 (40)	3 (18,75)	0,23 ²
Укорочение полового члена, n (%)	9 (90)	4 (25)	0,001 ²
Рецидив искривления, n (%)	4 (40)	0 (0)	0,01 ²

Примечание: n – количество пациентов; МИЭФ-5 – Международный индекс эректильной функции-5; иФДЭ-5 – ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа; ¹ – тест Манна-Уитни; ² – точный критерий Фишера.

В группе пациентов, применявших методы пенильной реабилитации, балл МИЭФ-5 был статистически значимо выше, а количество осложнений (укорочение полового члена и рецидив искривления) было статистически значимо меньше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пенильная реабилитация значительно улучшает отдаленные функциональные результаты корпоропластики с замещением дефекта белочной оболочки графтом у пациентов с болезнью Пейрони.
Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА

С.В. Котов^{1,2}, А.Г. Юсуфов^{1,2}, Р.И. Гуспанов^{1,2}, А.А. Хачатрян¹

¹Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, рецидив стриктуры мочеточника, факторы риска.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить прогностические факторы развития рецидива стриктуры мочеточника после оперативного лечения стриктур мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 206 пациентов со стриктурой мочеточника, которым проводилось оперативное лечение в 2008–2022 гг. Открытым доступом проведено 88 операций, лапароскопическим – 112, эндоскопическим – 6. Протяженность стриктуры – 3 см [1,5; 5]. Стриктура правого мочеточника встречалась у 97, левого – у 96, обоих – у 13. Этиологическими факторами выступали урологические вмешательства в 75 случаях (36,4%), общехирургические – в 12 (5,8%), гинекологические – в 54 (26,2%), опухоли мочеточника и ретроперитонеальный фиброз – в 17 (8,2%), лучевая терапия – в 16 (7,7%), аномалии МВС – в 11 (5,33%), идиопатические – в 21 (10,2%). Уретеропластика по типу «конец-в-конец» выполнена 18 пациентам (8,7%), реимплантация мочеточника – 53 (25,7%), пластика по Боари – 51 (24,7%), psoas-hitch – 15 (7,2%), кишечная пластика – 25 (12,1%), пластика ЛМС – 29 (14,1%), лазерная эндоуретеротомия – 6 (7,5%), уретерокутанеостомия – 2 (0,97%), уретерокондуитостомия – 7 (3,4%). Оценивая функцию почек в отдаленном послеоперационном периоде посредством определения стадии ХБП улучшение отмечено в 21% случаев, ухудшение – в 19%, стабилизация – в 58%. Из общей когорты исключено 153 пациента в связи с отказом от дальнейшего участия в исследовании. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу было включено 9 (16,9%) пациентов с рецидивными стриктурами мочеточника, которым ранее проводилось оперативное вмешательство по лечению первичной стриктуры, во вторую группу – 44 (83,1%) пациентов с первичными стриктурами мочеточника. В данном исследовании оценивались следующие прогностические факторы: возраст пациента, пол, наличие дренажа и срок дренирования ВМП, количество эпизодов пиелонефрита до операции, СКФ до операции и лучевая терапия как этиология стриктуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы были сопоставимы по основным характеристикам. Основные характеристики групп представлены в таблице.

Таблица

Параметр	Группа 1 (n=9)	Группа 2 (n=44)	p
Возраст, лет	58 [49; 65]	53 [37,5; 60]	0,27 ¹
Срок наблюдения, месяцев	18 [14; 29]	20,5 [16,5; 24,0]	0,80 ¹
Мужчины, n (%)	3 (33,3%)	16 (36,3%)	0,59 ²
Женщины, n (%)	6 (66,7%)	28 (63,7%)	
Дренирование ВМП до операции	9 (100%)	35 (79,5%)	0,15 ²
Сроки дренирования ВМП до операции, месяцев	10,5 [3; 40]	5,8 [1; 29]	0,80 ¹
Количество эпизодов пиелонефрита до операции, n (%)	1,66 [1; 4]	0,63 [0; 2]	0,003 ¹
СКФ (по СКД-ЕPI) до операции,	65,69 [55,08; 77,15]	76,61 [61,64; 88,97]	0,12 ¹
Лучевая терапия, n (%)	3 (33,3)	6 (13,6)	0,16 ²
Примечание: n – количество пациентов; ВМП – верхние мочевые пути; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; МВС – мочевыделительная система; ¹ – тест Манна-Уитни; ² – точный критерий Фишера; ³ – критерий Хи-квадрат Пирсона.			

В результате было получено, что в группе пациентов с рецидивными стриктурами мочеточника количество эпизодов пиелонефрита было статистически значимо выше, в то время как длительность дренирования ВМП и встречаемость лучевой терапии в анамнезе не имели статистически значимых различий между группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возникновение рецидива стриктуры мочеточника после оперативного лечения возможно связан с наличием инфекционных агентов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мужских половых органов. Лечение: хирургическое (инвазивное). Оценка исходов, наблюдение и профилактика.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ ПЕРФОРИРОВАННЫМ РАСЩЕПЛЕННЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

П.С. Кызласов¹, Г.Г.Абуев¹, А.Т. Мустафаев¹, В.А. Кокотов¹

¹ ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

аутодермопластика, реконструктивная урология, аутодермотрансплантат, олеогранулема, кожная пластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Свободная аутодермопластика (АДП) является основным видом операций для закрытия обширных раневых дефектов. *Цель исследования:* оценить результаты хирургического лечения пациентов, которым потребовалось выполнение одноэтапной аутодермопластики (АДП) свободным перфорированным расщепленным аутодермотрансплантатом (АДТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 16 пациентов в возрасте от 19 до 54 лет с патологией наружных половых органов (НПО), требующей хирургической коррекции. Взятие донорского АДТ производилось дисковым дерматомом с переднедиагональных поверхностей бедер с последующим перфорированием и фиксацией АДТ на реципиентном ложе. Первая послеоперационная перевязка участков после аутодермопластики проводилась, начиная с 3 суток после операции, в целях избежания смещения АДТ. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводился курс гипербарической оксигенации 5–7 дней. После выписки обследование пациентов включа-

ло в себя 3 контрольные точки: 1, 3, 6 месяцев. На контрольных точках проводился сбор жалоб, контроль приживления АДТ: процент приживления от 91 до 100% считался полным приживлением, от 51 до 90% – частичным, менее 50% – неудовлетворительным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста пациентов составила 39,3 года (19–54 года). Патологические состояния, выявленные у пациентов: 14 – олеогранулема НПО (87,5%), 1 – послеоперационная лимфедема НПО (6,25%), 1 – элевантиаз НПО (6,25%). Медиана времени оперативного вмешательства составила 110 мин. (80–190 мин.). У одного пациента в раннем послеоперационном периоде возникло осложнение в виде частичной ишемии АДТ, развившееся вследствие его смещения, не требующее хирургической коррекции. Пациенты были выписаны на 6–9-е сутки после операции. При контроле приживления у 15 пациентов отмечено полное приживление АДТ (93,75%), у 1 пациента с возникшим осложнением процент приживления составил 80%, что было оценено, как частичное приживление. Все пациенты через месяц после операции возобновили половую жизнь и сообщили об удовлетворительном качестве последней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АДП свободным расщепленным перфорированным АДТ является эффективным методом в лечении патологии наружных половых органов, обладающая хорошим косметическим эффектом и низким процентом осложнений при технически правильно выполненной операции и должном уходе за трансплантатом в послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Д.И. Лалетин^{1,2}, М.В. Бруцкая¹, М.А. Фирсов^{1,2},
Н.В. Савватеева², А.Н. Вохмин², В.С. Шик¹

¹Кафедра урологии, андрологии, сексологии
ИПО, ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Красноярск, Россия

²Отделение урологии, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница», Красноярск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность и протяженность стриктур уретры ассоциирована с увеличением возраста пациентов, частотой и сроками имплантации уретральных катетеров, увеличением числа и объемов трансуретральных оперативных вмешательств. *Цель исследования:* определить причины возникновения стриктур уретры, их протяженность и непосредственные результаты пластических операций на мочеиспускательном канале за период 2020–2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2020–2022 гг. в условиях урологического отделения КГБУЗ «ККБ» выполнено 40 пластических операций на мочеиспускательном канале по поводу стриктуры уретры. Возраст пациентов варьировался от 17 до 75 лет ($56,5 \pm 15,5$). Средняя протяженность поражения составила $25,2 \pm 12,5$ мм. 34 пациента имели локализацию стриктуры в луковичном отделе уретры, 2 – в пенильном, 4 – в мембранозном. Идеопатический генез заболевания представлен в 10 случаях, имплантация уретрального катетера – 9 случаев, ИППП – 4 случая, травма промежности и костей таза – 11 случаев, 6 – трансуретральное хирургическое вмешательство. Первичное заболевание наблюдали у 25 пациентов (62,5%), рецидивное – в 37,5% случаев. Из ранее выполнявшихся опе-

раций 12 случаев оптической уретротомии в количестве от 1 до 3 и более манипуляций, 2 случая – буккальная пластика, 1 случай – анастомотическая пластика уретры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 40 пациентов в 29 случаях выполнена анастомотическая пластика уретры. Протяженность поражения мочеиспускательного канала в этой группе составила $20,1 \pm 7$ мм. До операции урофлоуметрия выполнена у 4 пациентов, средний показатель составил 2,65 мл/сек. После операции пациенты избавлены от цистостомы, уретрального катетера. Максимальная скорость мочеиспускания – $22,8 \pm 7,8$ мл/сек. Рецидив заболевания отмечали в 3 случаях (10,3%). Показатель положительного результата в клинической литературе – 90–99%.

11 пациентам выполнена пластика уретры буккальным графтом, 6 пациентам – по методу dorsal onlay, 3 пациента – аугментационный анастомоз, 1 случай – операция Kulcarni, 1 случай – dorsal inlay по Asop. Протяженность поражения уретры составила $38,2 \pm 14,4$ мм. До операции урофлоуметрия выполнена у 5 пациентов, максимальная скорость мочеиспускания составила 5,1 мл/сек. Показатели урофлоуметрии после операции – $23 \pm 4,7$ мл/сек. Рецидив произошел в одном случае (8,3%). Показатели эффективности буккальной пластики уретры составляют 83–90,5% по данным литературы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральные вмешательства, длительное стояние уретрального дренажа вносят большой вклад в формирование стриктур уретры. Почти 2/3 пациентов, по нашим данным, имеют рецидивный характер заболевания, 80% из них ранее подвергаются оптической уретротомии. Собственные показатели эффективности как анастомотической, так и аугментационной пластики уретры за период 2020–2022 гг. соответствуют литературным данным.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мужских половых органов

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ПЕНИЛЬНОГО СИНДРОМА

К.Б. Лелявин

Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО», Иркутск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гнойно-некротическая форма полиакриламидного пенильного синдрома, гель «Интерфалл», осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в реконструктивной и восстановительной урологии обозначилась проблема устранения отдаленных последствий использования порочных методик, лечение гнойно-некротических осложнений. *Цель исследования:* охарактеризовать гнойно-некротическую форму полиакриламидного пенильного синдрома, оценить подходы к его лечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное клиническое нерандомизированное исследование (2005–2022 гг.) включили 37 пациентов с тотальными/частичными гнойно-некротическими изменениями полового члена (ПЧ), возникшими после субдермального/интракавернозного введения безоболочечного гидрофильного полиакриламидного геля «Интерфалл», произведенного украинской компанией ООО «Фарнамед» и зарегистрированного Министерством здравоохранения РФ (№ 2001/1052). Данный объем наблюдений был сочтен достаточным для получения обоснованных выводов. Возраст при поступлении колебался от 38 до 63 лет, в среднем составил 49,2 года, а на момент инъекции – 31,1 года (от 21 до 49). При поступлении все предъявляли жалобы на наличие гнойно-воспалительных изменений в тканях ПЧ различной степени выраженности, боль и отек в ПЧ, отсутствие чувствительности и деформация ПЧ, узелковые уплотнения, гематомы, увеличение мошонки и др. Введение геля осуществлялось ам-

булаторно в различных медицинских учреждениях; наибольшее количество инъекций выполнено в 2002 г. (46,0% от общего количества); реальный объем вводимого геля не установлен; у всех пациентов введение геля осуществлялось из нескольких точек, по всей поверхности ПЧ под визуальным контролем, у большинства (59,5%) – неоднократно (от 3 до 5 раз). Сразу после введения 86,5% (n=32) пациентов были удовлетворены результатами инъекций и качеством сексуальной жизни. Со слов пациентов равномерно наполненное, эластичное и упругое тело ПЧ (без деформаций и девиаций) было в среднем на протяжении 4,6 года (от 3 до 6). Развитие воспалительных патологических изменений связывают с грубыми фрикциями, резкой девиацией ПЧ, приемом горячих ванн, развитием сахарного диабета, туберкулезной и коронавирусной инфекцией (2019 г.). Объективно у всех пациентов выявлены изъязвления/свищи, некроз кожи ствола ПЧ (1/3 – у 18, а 2/3 – у 15 пациентов), тотальное поражение тела, головки ПЧ с распространением на половину мошонки – у 4 и лимфаденопатия – у 11 пациентов. При УЗИ ПЧ определялись гипэхогенные образования, в ряде случаев с экзогенными очагами и задней акустической тенью, свидетельствующие о кальцинозе. Ранее проводимая комплексная консервативная терапия оказалась безуспешной.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациентам потребовалось хирургическое вмешательство в объеме: хирургической ревизии, некрэктомии, максимального удаления геля, одно-, двухэтапной операции Сапожкова-Райха (n=33), глансэктомии (n=2), полной ампутации полового члена с выведением уретры в промежуток и мочеиспусканием по женскому типу (n=2). В одном случае возникло осложнение: послеоперационный некроз кожи и интраоперационное повреждение уретры, с последующим развитием уретрального свища (выполнена реконструкция уретры). Гистопатологическое исследование удаленных тканей подтвердило наличие экзогенного материала, окруженного воспалительной инфильтрацией и исключило злокачественный процесс. Восстановить функции ПЧ как полового органа с приемлемым косметическим видом удалось у 30 (81,0%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

История эстетической урологии полна драма-

тизма. Простота инъекций, длительная формоустойчивость и предполагаемая «безопасность» вводимого материала привлекла не только внимание многих мужчин, страдающих пенильной дисморфофобией, но и послужила основанием для урологов использовать в своей практике безоперационную (инъекционную) аугментацию ПЧ полиакриламидным гелем «Интерфалл». Не всегда радикальное хирургическое иссечение пораженной ткани с реконструкцией ПЧ позволяет избежать катастрофических последствий – ганглы и пенэктомии.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивно-пластическая урология и андрология

Рубрика: Нефроптоз

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ

И.Г. Лещенко^{1,2}, Б.В. Полутин²

¹*Кафедра хирургических болезней с курсом урологии ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия*

²*Первый НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

нефроптоз, противопоказания к лапароскопической нефропексии.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сегодня можно констатировать, что если показания к лапароскопической нефропексии (ЛНП) определены четко, то перечень противопоказаний к этой операции не является исчерпывающим. *Цель исследования:* с учетом нового перечня противопоказаний к ЛНФ разработать лечебную тактику выполнения этой операции пациентам с нефроптозом (НП) для снижения частоты и тяжести осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1987 по 2017 г. проведено обследование и лечение 226 пациентов с НП 2–3-й стадии. Из них 165 пациентов оперированы с изучением отдаленных результатов до 2021 г. Возраст пациентов – от 18 до 39 лет. Основной группе (62 чело-

века) выполнена ЛНФ по нашему методу с использованием полипропиленовой сетки, а контрольной группе (103 пациента) – НП по методу Пытеля-Лопаткина. 61 пациенту ЛНП была противопоказана с учетом нового перечня противопоказаний, который включал: абсолютные противопоказания (сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации); относительные противопоказания (сопутствующие заболевания в стадии субкомпенсации); временные противопоказания (повышенная желудочная кислотность); острые гнойно-воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки; пневмония и вирусная респираторная инфекция; инфицированные раны мягких тканей; острые тромбофлебиты конечностей; у женщин в период месячных; специальное противопоказание к ЛНП (спаечная болезнь брюшной полости).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение перечня противопоказаний среди 61 пациента с НП установило абсолютные противопоказания у 5 (8,2%) пациентов, относительные противопоказания – у 19 (31,1%), временные противопоказания – у 31 (50,9%), специальные противопоказания к ЛНП – у 6 (9,8%), что способствовало профилактике среди них возможных послеоперационных осложнений. Использование этого перечня у пациентов основной группы улучшило хорошие отдаленные результаты лечения (86,8%) по сравнению с пациентами контрольной группы (60,9%) ($\chi^2=7,6$; $p=0,006$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование авторского перечня противопоказаний к ЛНП способствует увеличению числа хороших отдаленных результатов лечения у пациентов с НП.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Диагностика, лечение консервативное и хирургическое. Реконструктивная урология верхних мочевыводящих путей

КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУРАХ

О.Б. Лоран², С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, Д.А. Богданов¹

¹*Кафедра урологии и андрологии ЛФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

²*ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, кафедра урологии и хирургической андрологии*

ЦЕЛЬ

Постлучевые стриктуры мочеточников являются сложной хирургической задачей. Замещение мочеточника подвздошной кишкой уже давно является универсальным вариантом реконструкции. Мы оценили результаты кишечной пластики мочеточников у пациентов с постлучевыми стриктурами мочеточников и протяженными стриктурами мочеточников другой этиологии.

МЕТОДЫ

В период с июля 2009 г. по июнь 2022 г. 28 пациентам была выполнена кишечная пластика мочеточника. Проведен ретроспективный анализ показаний, осложнений и ухудшения состояния почек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Хирургические показания включали протяженные постлучевые стриктуры у 8 (28,6%) пациентов и нерадиационно-индуцированную стриктуру у 20 (71,4%). Сравнение замещения мочеточника подвздошной кишкой вследствие воздействия облучения со стриктурами других этиологий не выявило статистической значимости с учетом возраста (47,6 против 52,2; $p=0,143$), продолжительности пребывания в больнице в днях (8,2 против 7,5; $p=0,216$), процента потери СКФ (-5 и -6%, $p=0,570$), 30-дневного хирургических осложнений (22,1 и 24,1%, $p=0,658$), метаболического ацидоза (5,7 против 1,2%, $p=0,069$) и почечной недостаточности, требующей диализа (4,3 против 1,2%, $p=0,345$). В то же время при сравнении послеоперационного пареза кишечника (12,7 против 7,9%, $p=0,063$) и кишечной не-

проходимости, потребовавшей повторного вмешательства (7 против 1,2%, $p=0,033$), наблюдались тенденция и статистически значимое отличие при кишечной непроходимости, что может быть связано с облучением желудочно-кишечного тракта и худшими условиями для наложения межкишечного анастомоза.

ВЫВОД

Замещение мочеточника подвздошной кишкой является эффективным методом реконструкции постлучевых стриктур мочеточника у тщательно отобранных пациентов.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевыводящих путей

УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

О.Б. Лоран², С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, С.А. Пульбере, Д.А. Богданов¹

¹*Кафедра урологии и андрологии ЛФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

²*ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра урологии и хирургической андрологии*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

постлучевая стриктура уретры, пластика уретры, уретропластика.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты пластики уретры конец в конец при постлучевых стриктурах уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный обзор 42 пациентов из 2 академических учреждений с постлучевыми стриктурами бульбомембранозного отдела мочеиспускательного канала. Оценивались результаты лечения включая рецидивы, недержание мочи и эректильную дисфункцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 42 мужчин, получавших лучевую терапию, 38 (90,5%) подверглись анастомотической пластике уретры конец в конец. Четверем пациентам (9,5%) была выполнена аугментационная уретропластика с использованием слизистой щеки, они не были включены в исследова-

ние. Средний срок наблюдения составил 3,5 года (медиана – 3,1, диапазон – 0,8–11,2). Рак предстательной железы был наиболее распространенной причиной лучевой терапии у 36 из 38 (94,7%). Наружная лучевая терапия была выполнена у 20 из 38 мужчин (52,6%) и брахитерапия – у 12 из 38 (31,6%), а комбинированная лучевая терапия была выполнена у 6 (15,8%). Среднее время от облучения до иссечения и первичного анастомоза составило 6,4 года (диапазон – от 1 до 20), средняя длина стриктуры – 2,3 см (диапазон – от 1 до 6). Рецидив стриктуры отсутствовал у 30 мужчин (78,9%). Среднее время до рецидива составило 10,2 мес. (диапазон – от 1 до 64) недержание мочи *de novo*, наблюдалось у 7 мужчин (18,4%). Это было связано с длиной стриктуры более 2 см ($p=0,013$). Частота эректильной дисфункции оставалась стабильной (дооперационная – 45,6%, послеоперационная – 50,9%, $p=0,71$). Вид лучевой терапии не влиял на длину стриктуры ($p=0,41$), риск рецидива ($p=0,91$), послеоперационное недержание мочи ($p=0,88$) или эректильную дисфункцию ($p=0,53$).

ВЫВОДЫ

Пластика уретры конец в конец при постлучевых бульбомембранозных стриктурах уретры является надежной опцией. Аугментационные уретропластики с использованием слизистой щеки или препуциальной кожей необходимы нечасто. Пациенты должны быть информированы о потенциальных рисках, недержания мочи и эректильной дисфункции после операции.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Диагностика, лечение консервативное и хирургическое.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ У МУЖЧИН

Т.Г. Маркосян¹, Н.И. Чернова²

¹Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

²ГБУЗ Москвы «Московский научно-практический центр

дерматовенерологии и косметологии ДЗ Москвы»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

генитальный склероатрофический лихен, местная гормональная терапия, мощные и ультрамощные глюкокортикоиды, фимоз, меатостеноз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Генитальный склероатрофический лихен (САЛ) – часто встречающаяся патология в практике уролога и дерматовенеролога. Клинические проявления заболевания разнообразны, отсутствие руководств и четких клинических рекомендаций приводит к длительному, безуспешному или неадекватному лечению с формированием осложнений, таких как фимоз, синехии уздечки полового члена, меатостеноз, стриктуры уретры и повышенному риску малигнизации. *Цель исследования:* разработка алгоритма диагностики и лечебной тактики у мужчин генитальным склероатрофическим лихеном.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 42 пациентов с клинически и морфологически установленным диагнозом САЛ. Осложнения отмечены в 29 наблюдениях: рубцовый фимозом – 12, парафимоз – 2, меатостеноз – 6, стриктура висячего отдела уретры – 3, синехии уздечки полового члена – 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре отмечены характерные высыпания с белесоватыми, фарфорово-белыми пятнами, папулами, бляшками, трещинами, нередко сопровождающиеся воспалительно-дистрофическими, фиброзно-склеротическими и атрофическими изменениями кожи гениталий. При обязательном морфологическом исследовании отмечено утолщение базальной мембраны, гиперкератоз, вакуолизация и дегенерация клеток базального слоя, лихеноидный инфильтрат на уровне дермо-эпидермального соединения, в виде линейной полосы Т-лимфоцитов и эозинофилов.

Согласно существующим рекомендациям по ведению больных с САЛ, препаратами выбора являются ультрамощные и мощные ТГКС (клобетазола пропионат 0,05% мазь, мометазона фураат 0,1% мазь). Мази наносили 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем через день в течение 1 месяца, далее 2 раза в неделю в течение 1 месяца.

Пациенты с фимозом, парафимозом оперирована-

ны до начала гормональной терапии, с последующим медикаментозным лечением. Пациенты с меатостенозом, синехиями уздечки полового члена оперированы через 2 месяца местной гормонотерапии. У всех больных комбинированное лечение позволило достичь как удовлетворительного функционального, так и хорошего косметического эффекта. Безрецидивное течение САЛ отмечено в 90,5% наблюдений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечебно-диагностический подход при САЛ должен быть мультидисциплинарным с привлечением как дерматовенеролога, так и уролога. Гормональная терапия является обязательной в лечении больных данной категории, в зависимости от выраженности урологических осложнений может предшествовать хирургическому лечению или назначаться после него. Исход лечения во многом зависит от комплаентности пациента к назначениям, своевременному и максимально раннему опознаванию бактериальных, вирусных, грибковых коинфекций гениталий и скорейшего назначения терапии данных состояний.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Хирургическое лечение, оценка исходов, наблюдение, профилактика

НУЖНО ЛИ ДЕЛАТЬ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИЮ ПЕРЕД ПЛАСТИКОЙ ЛОХАНОЧНО- МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

А.Г. Мартов^{1,2,3}, П.М. Голубев², М.Ю. Голубев²,
Д.А. Абдуллаев²

¹*Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия*

²*2-е урологическое отделение, ГБУЗ
«ГКБ им. Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия*

³*МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопическая пиелопластика, стриктура

ЛМС, уретерореноскопия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время основным методом лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) является лапароскопическая пиелопластика с внутренним дренированием, которое может производиться либо перед пластикой ретроградно, либо непосредственно во время лапароскопии антеградным путем. *Цель исследования:* оценить возможности и определить значимость трансуретральной уретерореноскопии перед лапароскопической пластикой ЛМС по Hynes-Andersen.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2017 г. 48 пациентам со стриктурами ЛМС различной этиологии выполнено оперативное пособие в условиях 2-го урологического отделения на базе ГКБ им. Д.Д. Плетнёва в объеме лапароскопической пиелопластики по Hynes-Andersen, перед которой выполнялась уретерореноскопия, уретеропиелогрфия и установка внутреннего мочеточникового стента 6 Ch на срок до 8 недель. По истечении намеченных сроков контрольное обследование в объеме уретерореноскопии прошли все пациенты, также во время госпитализации в динамике выполнялась ультрасонография.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 48 пациентам со стриктурами ЛМС перед лапароскопической пластикой успешно выполнена уретерореноскопия ригидным инструментом 8 Ch. У 17 пациентов (35%) было выявлено выраженное сужение интрамурального отдела мочеточника (дисплазия?): 11 пациентам (22%) выполнено оптическое бужирование n/3 мочеточника и 6 пациентам (12%) потребовалось выполнение лазерной ретроградной уретеротомии. При дальнейшей уретеропиелоскопии визуализировалась стриктура ЛМС, определялась ее протяженность, что позволяло более точно наметить границы операции и устанавливался внутренний мочеточниковый double-J стент, в результате чего отмечено уменьшение длительности лапароскопической пиелопластики в сравнении с классической установкой дренажа интраоперационно антеградным путем. Также благодаря установке дренажа «на глаз» минимизирован риск повреждения мочеточника. При контрольном обследовании по прошествии 6–8 недель всем 48 пациентам во время удаления стентов выполне-

на ригидная уретеропиелоскопия для оценки результатов пиелопластики. У пациентов с ранее выявленным сужением интрамурального отдела мочеточника отмечалась достаточная проходимость внутрипузырного отдела мочеточника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа отражает обоснованную необходимость выполнения интраоперационной уретерореноскопии во время лапароскопической пиелопластики. Эффективность данного подхода можно оценить по уменьшению времени основной операции, значительному снижению интраоперационной травмы мочеточника за счет ретроградной установки внутреннего дренажа под визуальным контролем, а также возможностью непосредственной одномоментной эндоскопической коррекции дополнительно выявленной стриктуры мочеточника другой локализации, что положительно отражается на отдаленных результатах.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей

ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ КРУПНЫХ СИНУСНЫХ КИСТ ПОЧЕК

А.Г. Мартов^{1,2,3}, С.В. Дутов^{1,2}, А.С. Андронов^{1,2},
С.С. Сериков¹, А.О. Мужайлов¹, А.А. Мартов⁴,
З.Т. Тохтиев¹

¹ Кафедра урологии и андрологии, ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
Москва, Россия

² 2-е урологическое отделение, ГБУЗ «ГКБ им.
Д.Д. Плетнёва», Москва, Россия

³ МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия

⁴ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова» Минздрава России
(Сеченовский университет), Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

тулиевый волоконный лазер, трансуретральная

марсупиализация, синусные кисты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор метода оперативного лечения синусных кист почек является актуальной урологической проблемой. Это объясняется разнообразием их строения, величины, расположением среди элементов сосудисто-нервного пучка, индивидуальными анатомическими особенностями пациентов. В клинической практике активно используются малоинвазивные методы лечения синусных кист почек, демонстрирующие высокую эффективность, низкую вероятность рецидива образования кисты, а также минимальный риск интра- и послеоперационных осложнений. *Цель исследования:* оценить эффективность эндоскопической трансуретральной марсупиализации крупных синусных кист почек размером более 50 мм.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2021 г. по настоящее время трансуретральная марсупиализация крупных синусных кист была выполнена 8 пациентам (6 женщин, 2 мужчин, возраст – 34–57 лет). В предоперационный период всем пациентам выполнялась МСКТ с контрастированием, по данным которой средний размер кист составил $71,5 \pm 14$ мм, пиелоктазия выявлена у 5 пациентов, конкременты в полости чашечно-лоханочной системы – у 4 пациентов. Характерные клинические симптомы отмечали все пациенты: боли в поясничной области – 5 пациентов, рецидивирующие инфекции мочевых путей – 3, гематурия – 2. Первым этапом оперативного вмешательства выполнялась ригидная уретерореноскопия с ретроградной уретеропиелографией и широкое рассечение стенок лоханки и кисты. В качестве источника энергии использовался отечественный тулиевый волоконный лазер FiberLase U-MAX («ИРЭ-Полюс», Россия), волокно 365 мкм, в режиме постоянного или импульсного излучения (10 Вт, 1 Дж, 10 Гц). После опорожнения содержимого кисты в почку во всех случаях производилась установка двух J-J стентов сроком на 4–6 недель: проксимальный завиток одного лоцировался в полости лоханки (чашечки), другого – в полости кисты, дистальные завитки – в мочевом пузыре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде осложнения отмечены в одном случае в виде атаки пиелонефрита, что потребовало коррекции антибактери-

альной терапии. Через 3–4 дня после оперативного вмешательства при выписке пациентов выполнялось контрольное УЗИ почек и мочевыводящих путей, по данным которого у всех пациентов достигнут 70%-ный регресс синусных кист. Спустя 4–6 недель всем пациентам проводилась контрольная уретерореноскопия с уретеропиелографией с целью визуализации ЧЛС, определения наличия остаточной полости и конкрементов. 4 пациентам внутренние стенты удалены, 4 пациентам с наличием конкрементов ЧЛС выполнена контактная лазерная нефролитотрипсия с помощью одноразового уретерореноскопа Innovex и лазера FiberLase U-MAX. Клинические симптомы были купированы у всех пациентов. По данным контрольной МСКТ с контрастированием, через 3 и 6 месяцев после трансуретральной марсупиализации синусных кист остаточные полости были выявлены у 2 пациентов (менее 15 мм в диаметре), расширения и конкременты ЧЛС не выявлены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты наблюдения за пациентами после лечения крупных синусных кист почек методом трансуретральной марсупиализации подтверждают его эффективность и безопасность. Применение малоинвазивного вмешательства позволяет снизить риск возникновения интра- и послеоперационных осложнений, в т.ч. у коморбидных больных, постоянно получающих терапию антикоагулянтами. Продолжение исследования позволит определить критерии отбора пациентов, продолжительность послеоперационного дренирования почки, а также периодичность и общую длительность наблюдения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы).

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Новые технологии, оценка эффективности и безопасности.

МЕАТОФИКСАЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

В.Н. Миронов¹, В.А. Бычковских¹,
Е.В. Копасов¹

¹Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Челябинск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

посткоитальный цистит. транспозиция уретры трансвагинальная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Традиционно считалось, что причиной секс-индуцированной формы цистита является гипермобильность уретры, либо низкое расположение меатуса, для устранения которых обычно выполнялись рассечение уретрогименальных связок и/или перемещение наружного отверстия уретры ближе к клитору – транспозиция уретры. Однако широкая мобилизация уретры в ряде случаев сопровождалась серьезными осложнениями: кровотечения, гематомы, расхождение швов влагалища, ранение и нарушение кровообращения в уретре с формированием уретровлагалищных свищей. В последние годы несомненный интерес представляет теория «уретральной помпы», согласно которой необходимым условием для развития инфекции является многократное сжатие уретры во время полового акта и втягивание содержимого влагалища по принципу работы насоса. *Цель исследования:* оценить эффективность и безопасность разработанной методики меатофиксации у женщин с секс-индуцированной формой цистита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2020–2021 гг. под нашим наблюдением находились 88 женщин (18–34 года) с клиникой рецидивного посткоитального цистита, из которых 17 (19,3%) были прооперированы по модифициро-

ванной методике. Показанием для операции являлись эпизоды секс-индуцированного цистита более 3 раз в течение года, кроме того, обязательным условием являлось возобновление клиники после 6-месячного курса антибактериальной посткоитальной профилактики. Критериями исключения служили: 1) ИППП; 2) бактериальный и грибковый кольпит; 3) аномальное расположение наружного отверстия уретры; 4) пери- и постменопаузальный период.

Техника модифицированной операции заключалась в выполнении поперечного (полулунного) разреза тканей преддверия влагалища над наружным отверстием уретры, отступив 1 см от меатуса и на глубину 1,5–2 см. Затем дистальный отдел уретры фиксировался без какого-либо натяжения к паравагинальным тканям (у края лонных костей) тремя швами из синтетического рассасывающегося материала. Операция проводилась под местной анестезией. Продолжительность операции составила 10–25 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка эффективности и безопасности проводилась через 12–18 месяцев, было отмечено, что у всех 17 (100%) оперированных пациенток достигнут клинический эффект в виде отсутствия или снижения эпизодов цистита – менее 3 эпизодов за год, в том числе у 2 пациенток, которым ранее была выполнена транспозиция уретры без клинического улучшения. Каких-либо значимых осложнений нами не получено. Следует отметить, что одна из оперированных пациенток перенесла роды естественным путем, при контрольном осмотре патологии не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная нами операция соответствует современной концепции «уретральной помпы». Метод показал себя как эффективный и безопасный, так как исключает необходимость в тракции (смещении) уретры и может применяться без ограничений, в том числе у женщин, планирующих в будущем беременность и роды. В то же время считаем, что предложенный метод требует изучения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ

В.В. Митусов, В.П. Глухов, О.Н. Васильев,
Б.Г. Амирбеков, З.А. Мирзаев

*Кафедра урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской
урологии-андрологии), ФГБОУ ВО «РостГМУ»
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, отдаленные результаты хирургии.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время оптимальным вариантом лечения протяженных стриктур спонгиозной уретры (СУ) является аугментационная уретропластика (АУ) с использованием в качестве трансплантатов фрагментов слизистой оболочки полости рта. Тем не менее частота возникновения рецидивов и осложнений независимо от методики выполнения АУ равна 19–40%. В последние годы стали появляться работы, в которых отмечается, что одной из причин развития осложнений может быть исходная морфологическая структура трансплантата. *Цель исследования:* оценить влияние дооперационной подготовки слизистой оболочки полости рта стоматологическими антисептиками на характер осложнений в отдаленные сроки после АУ с использованием буккальных трансплантатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В срок 6–7 мес. изучены отдаленные результаты выполнения АУ буккальными трансплантатами у 66 пациентов с протяженными стриктурами спонгиозной уретры (6–8 см). Медиана возраста больных – 47 лет. Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – больные (n=48), которым выполнялась стандартная АУ dorsal inlay; 2-я группа – больные (n=18), которым за неделю до проведения АУ полость рта ежедневно обра-

батывалась стоматологическими антисептиками. Результаты хирургии в группах оценивали с позиции ее первичного или повторного вмешательства на уретре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Хороший результат был достигнут у 39 пациентов (81,2%) в 1-й группе и у 17 больных (94,4%) во 2-й группе по модифицированной методике, относительно удовлетворительный результат в 1-й группе был отмечен у 7 пациентов (14,6%) и у одного пациента (5,6%) во 2-й группе. Неудовлетворительный результат был зарегистрирован у 2 пациентов (4,2%) 1-й группы.

Причины относительно удовлетворительных и неудовлетворительных результатов после АУ установлены углубленным обследованием (табл.).

Таблица

Осложнения	1 группа (n=48)		2 группа (n=18)		p*
	Первичная хирургия	Повторная хирургия	Первичная хирургия	Повторная хирургия	
Стеноз проксимального участка анастомозирования	–	2	–	–	0,2
Стеноз дистального участка анастомозирования	1	4	–	1	0,35
Грубая деформация графта	1	1	–	–	0,2
Общее число	2	7	–	1	0,003
Примечание: *p – достоверность различий между показателями в группах сравнения (<0,05).					

Рецидивные сужения в 1-й группе больных были диагностированы у 9 пациентов (18,8%) против 1 случая (5,6%) во 2-й группе. При ликвидации непротяженных сужений отдавали предпочтение методу внутренней оптической уретротомии. Двум пациентам из 1-й группы, где выяв-

лена грубая деформация графта, в последующем были выполнены повторные открытые операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для минимизации осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов с протяженными СУ, которым выполнялась АУ с использованием буккальных трансплантатов, за неделю до ее выполнения целесообразно проводить обработку слизистой оболочки полости рта стоматологическими антисептиками.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ПРИМЕНЕНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕННОГО (ICG) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА

Г.А. Монастырский¹, А.О. Васильев¹,
А.В. Говоров^{1,2}, К.Б. Колонтарев^{1,2},
Д.Ю. Пушкарь^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва

²ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» ДЗМ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, индоцианин зеленый (ICG), флюоресцентная диагностика, робот-ассистированная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

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

с формированием анастомоза является безопасным и эффективным методом лечения больных со стриктурой мочеточника. *Цель исследования:* оценить роль интраоперационной флюоресцентной диагностики в лечении пациентов со стриктурой мочеточника с помощью раствора индоцианина зеленого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическую клинику МГМСУ на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого за период с 2021 по 2022 г. обследованы 18 пациентов с диагнозом «стриктура нижней трети мочеточника». У 11 пациентов перед оперативным лечением ранее установлен мочеточниковый стент, у 3 пациентов установлена нефростомическая дренажная трубка, у 4 пациентов дренажи отсутствовали. Всем пациентам перед операцией выполнена компьютерная томография почек с внутривенным контрастированием, по данным которой диагностированы стриктуры нижней трети мочеточника. В качестве оперативного лечения всем пациентам выполнена робот-ассистированная пластика мочеточника. В ходе операции для более точного выделения мочеточника эндолуминально введен раствор индоцианина зеленого 2,5 мг/мл 10 мл и в режиме FireFly™ произведено выделение мочеточника до стриктуры, после чего выполнен уретероцистонеоанастомоз. Всем пациентам интраоперационно установлен мочеточниковый стент.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВНУТРЕННЯЯ ОПТИЧЕСКАЯ УРЕТРОТОМИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Х.Н. Нажмидинов², Р.Х.Олимов¹, Х.С. Одинаев¹

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

²Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, оптическая уретротомия, эффективность уретротомии.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктура уретры является одним из сложных и актуальных вопросов в урологии. Определение причины образования стриктуры уретры с оценкой локализации, протяженности и степени сужения мочеиспускательного канала является важным фактором. Малоинвазивный метод лечения стриктуры уретры – это внутренняя оптическая уретротомия. *Цель исследования:* оценка эффективности современной методики лечения стриктуры уретры с помощью внутреннего оптического рассечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГУ «РКНЦУ» МЗ СЗН РТ за последние три года находились на лечении по поводу стриктуры уретры у 87 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет. У 41 пациента (47,2%) причинами развития стриктур были травмы, у 25 больных (29,1%) появились после операции, а у 21 (24,1%) были стриктуры инфекционной этиологии. Протяженность стриктур уретры составляла от 0,5 до 3,5 см. У 15 (17,2%) больных мочеиспускание было при помощи систостомы, для всех остальных пациентов было характерно прерывистое мочеиспускание и наличие остаточной мочи от 60 до 250 мл. После предоперационной подготовки, включая ретроградную уретрографию, всем больным была проведена внутренняя оптическая уретротомия. В 3 случаях во время уретроско-

пии из-за невозможности обнаружения суженного отверстия мочеиспускательного канала в зоне стриктуры операция произведена после предварительного проведения проводника через систостомическую рану. В послеоперационном периоде внутривезикулярный силиконовый катетер Фоле удаляли в сроки от 18 до 21 суток. На основании данных бактериологических исследований проводилась антибактериальная терапия в сроки от 18 до 21 дня. Также в первые 5 дней назначались нестероидные противовоспалительные препараты, дексаметазон 4 мг (один раз в сутки на протяжении 3 дней), индометациновые свечи (один раз в сутки на протяжении 10 суток rectum), на 10-е сутки после вмешательства – рассасывающие препараты (в инъекциях один раз в день на протяжении 10 дней) для формирования более эластичного рубца. На 3-и сутки после удаления катетера Фоле в реабилитационном периоде проводилось бужирование по схеме в течение одного года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде у одного больного наблюдалась уретерография, которая устранена на фоне гемостатической терапии. У 2 больных односторонний орхэпидидимит развивался на 5-е и 7-е сутки, который был устранен на фоне антибактериальной терапии. Рецидив заболевания развился через год у 5 больных, ранее перенесших оперативное вмешательство на предстательной железе. У 4 больных отмечался рецидив заболевания в сроки от 3 до 5 лет, который связан с непроведением бужирования. У больных искривление полового члена и снижение потенции не наблюдались. Больные выписывались из стационара с уретральным катетером, в последующем удаляли амбулаторно при стандартном течении послеоперационного периода, наиболее часто – в 14–21-е сутки. Средняя продолжительность койко-дня составила 5 ± 2 . Качество проведенной операции оценивалось после восстановления самостоятельного мочеиспускания при контрольном амбулаторном обследовании в течение года от момента операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутренняя оптическая уретротомия считается высоко эффективным и мало травматичным методом и в ряде случаев считается методом выбора в лечении больных с непотяженными стриктурами мочеиспускательного канала.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Фаллопластика

УВЕЛИЧЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО СПОСОБА

Т.Х. Назаров¹, И.В. Рычков¹

¹*ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лигаментотомия, увеличение полового члена, фаллопластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Беспокойство по поводу половых органов имеет архаичные корни. Обычно оно возникает в подростковом возрасте и чаще вызывается сравнением мужчин, чем страхом неудовлетворения партнера. Неудовлетворенность размерами полового члена (ПЧ) может повлиять на сексуальную функцию мужчины и подтолкнуть его к поиску хирургических решений проблемы. Заметные различия в размерах полового члена, о которых сообщают разные авторы, можно объяснить методологическими различиями и разнообразием характеристик, даже этнических, изучаемых популяций. *Цель исследования:* оценка эффективности усовершенствованного способа увеличения полового члена.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представляем исследование 34 мужчин в возрасте от 20 до 38 лет, которым выполнена фаллопластика с 2022 по 2023 г. У всех пациентов были жалобы на неудовлетворительный размер ПЧ, приносящий психологический дискомфорт и неуверенность. У пациентов был собран анамнез, проведено медицинское обследование с измерением длины полового члена в состоянии покоя и растянутом. Длина полового члена в растянутом состоянии считается достоверным приближением длины полового члена во время эрекции. Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) является утвержденным диагностическим тестом, который мы применяли ко всем пациентам, вклю-

ченным в это исследование.

Всем пациентам под наркозом выполнена операция по увеличению ПЧ по новому способу (Патент на изобретения РФ № 2783110 от 31.03.2022), суть которого заключается в следующем: после разреза кожи по пеноабдоминальной или пеноскротальной складке рассекают пращевидную и подвешивающую связки, после чего мобилизируют кавернозные тела от симфиза, далее при растяжении ПЧ нерассасывающимся шовным материалом с толщиной нити 3/0 фиксируют в проксимальном направлении пращевидную связку к боковым поверхностям кавернозных тел, за фацию Бака, далее послойно ушивают рану.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После операции длина тела в покое значительно увеличилась через 2 (10,7±0,06), 6 (10,3±0,04) и 12 месяцев (11,0±0,1) по сравнению с исходным уровнем (9,7±0,07) (p<0,0001). Длина в растянутом состоянии значительно увеличилась через 2 (13,9±0,07), 6 (13,6±0,07) и 12 (13,5±0,08) месяцев по сравнению с исходным уровнем (11,8±0,06) (p<0,0001). МИЭФ-5 увеличился через 12 месяцев (22±0,07) по сравнению с исходным уровнем (19,5±0,08) (p <0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ может быть эффективно использован для лечения больных и проведения фаллопластики с хорошим эстетическим результатом.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Лечение хирургическое (инвазивное)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.В. Орлова¹, А.Н. Муравьев^{1,3}, А.А. Горелова^{1,4},
А.Н. Ремезова¹, Т.И. Виноградова¹,
Н.М. Юдинцева², Ю.А. Нащекина²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России,

ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

²Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт цитологии Российской академии наук», ИИЦ РАН,
Санкт-Петербург, Россия

³Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», ЧОУВО «СПбМСИ», Санкт-Петербург, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный университет, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мезенхимные клетки, цистоластика, тканеинженерная конструкция, малый мочевого пузыря, биodeградируемые полимеры, аллогенные стволовые клетки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Замещение мочевого пузыря участками желудочно-кишечного тракта в настоящее время является «золотым стандартом», однако применение данных методик сопряжено с рядом осложнений. Создание и внедрение в клиническую практику тканеинженерной конструкции для замещения стенки мочевого пузыря может стать альтернативой использованию участков желудочно-кишечного тракта. *Цель исследования:* разработка тканеинженерной конструкции для аугментации мочевого пузыря, изучение возможности ее экспериментального применения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходная матрица из поли-L,L-лактида укреплена фиброином шелка. В конструкции введены мезенхимные клетки из «коллекции клеточных культур позвоночных» института цитологии РАН.

Шести интактным животным выполнена цистометрия наполнения – инфузия физиологического раствора комнатной температуры через уродинамический катетер со скоростью 5 мл/мин. с одновременной регистрацией внутрибрюшного давления через ректальный датчик. Максимальная цистометрическая емкость составила 11,2±0,97 мл, внутрипузырное давление при этом составило 26,03±3,2 см вод. ст. У этих же 6 животных выполнено измерение анестетической емкости мочевого пузыря, которая составила 23,83±0,71 мл.

36 животным выполнена реконструкция моче-

вого пузыря приготовленной тканеинженерной конструкцией после резекции соответствующего объема органа. Группам по 9 животных замещен объем мочевого пузыря 5, 10, 15 и 20 мл. Период наблюдения – 3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза (нативное исследование и с внутривезикулярным введением рентгенконтрастного вещества) через 4, 8, 12 недель после оперативного вмешательства определяется мочевой пузырь физиологической емкости (10–11 мл) во всех группах исследования, имплантированная конструкция визуализируется в виде гиперинтенсивного сигнала в области верхушки мочевого пузыря. Затеков контрастного вещества не определяется.

Цистометрия наполнения у животного, перенесшего замещение 20 мл объема мочевого пузыря (субтотальное замещение), через 3 месяца после вмешательства показала максимальную цистометрическую емкость 12 мл, что коррелирует с дооперационными показателями.

Макроскопически зона анастомоза состоятельна во всех группах животных, тканеинженерная конструкция определяется в месте имплантации, отмечается лизис конструкции к 12-й неделе наблюдения с сохранением небольших остаточных фрагментов в месте имплантации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение конструкции, состоящей из композитной матрицы и мезенхимных стволовых клеток кролика оказалось эффективным для реконструкции дефектов мочевого пузыря вплоть до субтотального замещения. Дальнейшая разработка методик создания многокомпонентного трансплантата с использованием аллогенных клеток может способствовать улучшению результатов лечения таких патологий, при которых получение аутологичного материала не представляется возможным.

Благодарности/Источники финансирования:

Исследование по тканеинженерной аугментации мочевого пузыря, вплоть до тотального его замещения выполняется на базе ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России за счет гранта Российского научного фонда № 22-25-20167, <https://rscf.ru/project/22-25-20167/> и гранта Санкт-Петербургского научного фонда в соответствии с соглашением от 14 апреля 2022 г. № 20/2022.

Тема сессии: Реконструктивная урология (нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ УРЕТРЫ

М.Г. Османов², К.М. Арбулиев¹, Д.П. Гаджиев², Г.М. Кадиев²

¹Кафедра урологии, ФГБОУ ВПО «ДГМУ» Минздрава России, Махачкала, Россия

²Отделение урологическое № 1, ГБУ РД «Республиканский урологический центр», Махачкала, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, стенозирующий процесс, профилактика рецидива сужений уретры, митомицин.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Способы терапии стриктур уретры остаются предметом дискуссий. На фоне этого внутренняя оптическая уретротомия при установлении конкретных показаний имеет право занять свое место среди способов оперативного устранения стриктур уретры. Возможность предупреждения рецидива сужений уретры с помощью фармакологических препаратов после хирургического вмешательства широко обсуждается среди специалистов. *Цель исследования:* изучение эффекта цитостатических препаратов как составной части процесса профилактики рецидива рубцовых сужений уретры в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое, ретроспективное неконтролируемое исследование, проведенное в 2015–2022 гг. в Республиканском урологическом центре г. Махачкала. В исследование включены 45 пациентов с диагнозом «непротяженная стриктура заднего отдела уретры». Средний возраст составил 42 года. В соответствии с планом исследования пациенты были разделены на две группы: основная (n=20) – перенесшие ВОУТ и введение цитостатика в подслизистый слой уретры и группа сравнения (n=25) – ВОУТ без профилактического введения цитостатика. Всем пациентам была прове-

дена внутренняя оптическая уретротомия по принятой в клинике методике. Пациентам основной группы сразу после оптической уретротомии «холодным» ножом строго на 12 часах условного циферблата интраоперационно в область рассечения стриктуры, на 10 и 14 часах условного циферблата эндоскопической иглой-инъектором вводился раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества+40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия) из расчета 1 мл раствора на 0,5 см длины стриктуры. Длина стриктуры оценивалась с помощью мочеточникового катетера. После завершения введения препарата мочевой пузырь дренировался силиконовым уретральным катетером № 16-18Ch на срок 3–5 дней. В группе сравнения препарат не вводился. Контрольное обследование (оценка жалоб по шкале IPSS, ультразвуковое исследование для оценки объема остаточной мочи, урофлоуметрия, уретроцистография) осуществлялось через 6 и 12 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 12 месяцев после уретротомии проведена оценка эффективности эндоскопического лечения стриктур уретры. Развитие рецидива стриктуры подтверждалось путем уродинамического исследования и уретроцистографии. В основной группе рецидив наблюдался в пяти (25%) случаях из 20, в группе сравнения – в восьми (32%) случаях из 25. Оценка межгрупповых различий подтвердила, что подслизистое введение препарата «Митомицин» ($p < 0,05$) снижает вероятность наступления рецидива в 1,5 раза при эндоскопической коррекции непротяженных (менее 1 см) стриктур уретры. В основной группе пациентов отмечена хорошая переносимость препарата, при контроле лабораторных данных отклонений не обнаружено. Применение препарата «Митомицин» уменьшило частоту рецидива стриктур с 32 до 25% у данной категории больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основываясь на проведенном исследовании можно сделать вывод о хорошем соответствии результативности и надежности данного средства, а, следовательно, это делает обоснованным использование его в практической медицине, а вследствие этого позволяет увеличить результативность оптической уретротомии с прямым обзором, уменьшить количество рецидивов сужений проксимальных отделов уретры.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей

АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЧЕТОЧНИКА

А.С. Панферов¹, Е.А. Бекреев¹, Е.В. Медведева¹, В.В. Елагин¹, В.С. Ястребов¹, А.В. Игошкин¹

¹Медицинский центр «Медассист»,
Центр урологии, Курск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура, Боари, psoas-hitch, лапароскопия, пластика.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопических реконструктивных операций нижней трети мочеточника с использованием методик по Боари и psoas-hitch, определить показания к использованию антирефлюксных методик при лапароскопической пластике у пациентов со стриктурой нижней трети мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациентам выполнялось оперативное лечение в объеме лапароскопической пластики мочеточника по методике Боари и psoas-

hitch. Средняя продолжительность операции составила $118,6 \pm 36,06$ и $127,1 \pm 27,88$ мин. соответственно, средний объем кровопотери – $110,34 \pm 47,37$ мл. Срок послеоперационной госпитализации – $4,09 \pm 0,54$ дней. В послеоперационном периоде у всех пациентов выявлена I степень осложнений по Clavien-Dindo. Выраженность болевого синдрома уменьшалась к третьим суткам после операции: ВАШ в 1-е сутки составила $5,96 \pm 0,67$ балла, на 3-и сутки – $1,68 \pm 0,46$ балла. По данным МСКТ мочевого пузыря за период наблюдения рецидива не выявлено ни у одного из исследуемых. По данным УЗИ при наполнении мочевого пузыря: у 18 пациентов (62,08%) гидронефроз не выявлено, у 6 пациентов (20,68%) – гидронефроз I степени, у 5 пациентов (17,24%) – гидронефроз II степени, что указывает на наличие пассивного рефлюкса у 11 пациентов (37,9 %). Атаки пиелонефрита зафиксированы у 3 пациентов (10,34%), 1 пациент (3,45 %) имел в анамнезе инфравезикальную обструкцию, 1 пациент (3,45%) – дистанционную лучевую терапию на органы малого таза, 1 пациент (3,45%) – открытую пластику мочеточника по Боари. Оценка симптомов гиперактивного мочевого пузыря проводилась при помощи опросника Russian version of the OAB Awareness Tool, сумма баллов не превышала порогового значения – 8, что соответствует удовлетворительному качеству жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Реконструктивные операции при ятрогенных повреждениях нижней трети мочеточника с использованием методик по Боари и psoas-hitch являются высокоэффективными в восстановлении проходимости мочеточника.

2. Пациенты, имеющие в анамнезе инфравезикальную обструкцию, операции на мочевом пузыре или повторные пластики с использованием лоскутных методик, дистанционную лучевую терапию на область органов малого таза, имеют высокие риски рецидивирующей мочевой инфекции за счет активного и пассивного рефлюксов и должны рассматриваться как группа пациентов, требующих реконструктивных операций по восстановлению проходимости мочеточника с использованием антирефлюксных методик.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей, хирургическое лечение и оценка исходов

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ СТРИКТУРАХ ЛОХАНОЧНО- МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

А.С. Панферов¹, В.А. Малхасян², Е.А. Бекреев¹,
В.В. Елагин¹, Е.В. Медведева¹, А.В. Игошкин¹,
В.С. Ястребов¹

¹Центр урологии, Медицинский центр
«Медассист», Курск, Россия

²Кафедра урологии, МГМСУ
им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, лапароскопическая пиелопластика, хирургия, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лапароскопическая пиелопластика является «золотым стандартом» хирургического лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, при этом нередко встречаются такие осложнения, как несостоятельность и рестеноз зоны анастомоза. *Цель исследования:* оценка результатов лапароскопической пиелопластики у пациентов с врожденной стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента без прстентирования и с прстентированием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2018 по 2022 г. в Центре урологии МЦ «Медассист», г. Курск выполнено 74 лапароскопических пиелопластик пациентам с первичными стриктурами лоханочно-мочеточникового сегмента. Пациенты были разделены на две группы: I – 57 пациентов, не имеющих в анамнезе операций и любых вариантов дренирования на верхних мочевых путях. II – 17 пациентов с установленным мочеточниковым стент-катетером, средние сроки прстентирования – $12,92 \pm 1,82$ дня. I группа: средний возраст – $45,6 \pm 15,8$ года; распределение по полу мужчины – 38,59%, женщины – 61,4%. II группа: средний возраст – $46,38 \pm 11,09$ года; рас-

пределение по полу мужчины – 64,28%, женщины – 35,72%.

Добавочный сосуд диагностирован в I группе – 28,07% случаев, в 31,58% стриктура сочеталась с нефролитиазом; во второй группе – 23,07 и 53,84% соответственно. Всем пациентам выполнена пиелопластика по Хайнс-Андерсону, мочеточниковый стент-катетер устанавливали антеградно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время операции в I группе – 116,7±27,29 мин., во II группе – 153,85±42,43 мин. В 28 (49,12%) случаях в первой группе требовалась дополнительная мобилизация и каудальное смещение почки, во II группе сопоставление осуществлялось без натяжения, и описанный выше прием не потребовался ни в одном случае. Длительность дренирования забрюшинного пространства в I группе – 30,86±11,02 ч, во II группе – 22,15±3,12 ч.

Потребность в анальгетиках: средняя доза «Кетолака» в первые сутки: I группа – 56,25±18,75 мг/сут., II группа – 48,46±17,04 мг/сут. Температура тела (1 сутки): I группа – 37,12±0,31°C, II группа – 36,91±0,25°C, средние показатели лейкоцитоза: I группа – 9,47±2,12 тыс./мкл; II группа – 7,42±1,11 тыс./мкл. Срок госпитализации I/II группа – 4,23±0,38/4 дня.

Осложнения по Clavien-Dindo в I группе: 6 случаев (10,5%) осложнений I категории, 9 случаев (15,78%) осложнений 3а категории. Во II группе: одно осложнение (5,88%) I категории и один случай осложнений (5,88%) 3а категории.

Эффективность оперативного лечения оценивали путем МСКТ с внутривенным контрастированием и динамической нефросцинтиграфии через 3 месяца. Восстановление проходимости на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента достигнуто у всех пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение из практики.

СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ И РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. Перлин^{1,2}, А.В. Терентьев², А.О. Шманев^{1,2}, П.А. Куликов²

¹Кафедра урологии, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоград

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, пластика уретры, рак предстательной железы, хирургическое лечение. **ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** Нарушение мочеиспускания – одна из самых распространенных проблем у мужчин после 60 лет и даже моложе. Самой частой причиной является доброкачественная гиперплазия предстательной железы, однако рак предстательной железы прочно удерживает лидирующее место по темпу роста среди всех злокачественных новообразований. Гораздо менее частой причиной инфравезикальной обструкции у мужчин этой возрастной категории является стриктура уретры. Совсем редко встречается сочетание стриктуры уретры со злокачественным образованием простаты. Последовательность лечебных мероприятий в таких эксклюзивных ситуациях очень дискуссионна в связи с определенными противоречиями между онкологической опасностью и технической целесообразностью.

Симультанная операция при сопутствующих стриктуре уретры и раке предстательной железы может быть хорошей альтернативой поэтапного лечения. *Цель исследования:* оценить безопасность и эффективность выполнения симультанного хирургического лечения стриктуры уретры и рака предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент, 64 года, обратился в консультативно-поликлиническое отделение нашего центра с жалобами на ухудшение мочеиспускания.

Из анамнеза известно, что пациент страдает мочекаменной болезнью в течение длительного времени. Пять лет назад оперировался по поводу камня левого мочеточника – контактная уретеролитотрипсия.

При обследовании: урофлоуметрия Q_{max} – 6 мл/с. ТРУЗИ предстательной железы+объем остаточной мочи: объем – 43 см³, объем остаточной мочи – 70 мл. Общий ПСА крови – 4,9 нг/мл. При выполнении уретрографии выявлена стриктура бульбозного отдела уретры, максимальной протяженностью до 1,5 см. Выполнена биопсия предстательной железы: ацинарная аденокарцинома Глиссон 3+3=6. Принято решение выполнить одномоментно анастомотическую пластику уретры и экстраперитонеоскопическую радикальную простатэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первым этапом для возможности свободного проведения уретрального катетера, промежностным доступом выполнена анастомотическая пластика бульбозного отдела уретры. Одномоментно вторая бригада хирургов приступила к ЭПС радикальной простатэктомию.

Длительность операции составила 167 минут. Кровопотеря – 80 мл. Страховой дренаж удален на 2-е сутки. На 10-е сутки выполнена перикатетерная уретрография и цистография – экстравазации контрастного вещества не выявлено, уретральный катетер удален. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Урофлоуметрия через 1 месяц после операции Q_{max} – 23 мл/с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Благодарности/Источник финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БУККАЛЬНОГО ЛОСКУТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Н.В. Поляков, Д.А. Галицкая, А.В. Казаченко, А.В. Артемов

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры мочеточника, уретеропластика, хирургия, лапароскопия, буккальный лоскут.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: улучшить результаты лечения протяженных стриктур верхней и средней трети мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2017–2022 гг. Пациентам с протяженными стриктурами мочеточника (4–10 см) выполнена аугментирующая пластика буккальным лоскутом. Доступ для выполнения пластики 6 пациентам был выбран открытый (на период освоения методики). Лапароскопически был прооперирован 1 пациент. Верхнюю треть мочеточника замещали у 3 пациентов, среднюю треть – у 1. Пластика лоханки, сочетанная с пластикой верхней трети мочеточников, потребовалась 2 пациентам, а нижней трети мочеточника после выполнения операции Боари – 1 пациенту. Период наблюдения составил от 4 мес. до 6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент С., 38 лет. Гидронефроз слева диагностирован по данным компьютерной томографии с внутривенным контрастированием: чашечно-лоханочная система левой почки расширена, лоханка экстраренального типа, продольный размер – до 4 см, поперечный – до 3 см, ги-

дрокаликоз – до 1,5 см. По данным динамической сцинтиграфии, секреторная функция почек не изменена, выраженное нарушение выделительной функции левой почки за счет стойкой задержки эвакуации из собирательной системы. Первым этапом пациенту выполнили чрескожную пункционную нефростомию слева. Протяженность стриктуры верхней трети левого мочеточника составила 8 см. Через 1 месяц пациенту осуществили лапароскопическую пластику, которая началась с ретроградной установки внутреннего стента. Произведено иссечение рубцово-измененных тканей мочеточника. Взят буккальный лоскут протяженностью 10 см шириной 3 см, очищен, наложены 2 экстракорпоральных шва. Произведена аугментирующая лапароскопическая пластика протяженной стриктуры мочеточника на внутреннем стенте. Через 2 мес. проведена контрольная уретероцистоскопия слева: просвет мочеточника не сужен, определяются незначительные гипертрофия слизистой в зоне аугментации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод является безопасным и эффективным в лечении протяженных стриктур мочеточника, требующих замещения дефекта до 10 см в средней и/или верхней трети, что является альтернативой кишечной пластике. Замещение области дефекта мочеточника свободным лоскутом слизистой ротовой полости допустимо только методом аугментации. Укрытия салъником мочеточника в области операции не требуется, так как это связано с возможным рубцеванием данной зоны.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Ю.А. Пономарева¹, А.С. Аль-Шукри¹,
С.В. Костюков¹, А.А. Манченко¹,
А.В. Максимова¹. Н.И. Дуб², С.Б. Петров¹

¹Кафедра урологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, уретропластика, буккальный лоскут.

ВВЕДЕНИЕ/ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктура уретры у мужчин является одной из наиболее актуальных проблем современной урологии. Несмотря на множество внедренных технологий оперативной коррекции, лечение протяженных стриктур по-прежнему остается предметом дискуссий. *Цель исследования:* проведение ретроспективного анализа результатов хирургического лечения пациентов с протяженными стриктурами уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении № 1 ПСПБГМУ им. И.П. Павлова за период с 2022 по 2023 г. было проведено 10 оперативных вмешательств у пациентов с протяженной пануретральной стриктурой уретры (13–14 см). Нами была выбрана методика проведения операции Kulkarni (dorso-lateral, или односторонняя onlay-методика). Особенности данной техники являются выполнение пластики пануретральной стриктуры через 1 промежностный доступ, а также односторонняя дорзолатеральная мобилизация уретры, позволяющая сохранить ее кровоснабжение за счет циркумфлексных артерий противоположной латеральной стороны. Мобилизация уретры проводится по вентральной, одной латеральной и наполовину по дорзальной поверхности. Уретротомия осуществляется, заходя на 1,5 см дистальнее и проксимальнее стриктуры. Буккальный лоскут забирается с внутренней поверхности правой и левой щеки, нижней губы, отступив от выводного протока околоушной слюнной железы путем гидропрепаровки физиологическим раствором с адреналином 0,5–1 см. Следующим этапом производится фиксация буккального графта и проведение теста на герметичность швов. Рану послойно ушивают и накладывают давящую повязку на половой член.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационный период у всех пациентов

протекал спокойно, без осложнений. Удаление уретрального катетера происходило на 19 ± 2 сут-ки. Свободное мочеиспускание полностью восстановлено. По данным урофлоуметрии и УЗИ, максимальная скорость мочи в среднем составила $22 \pm 0,7$ мл/с (до оперативного вмешательства – $4,1 \pm 0,5$ мл/с), остаточная моча после акта мочеиспускания не определяется. Инструментальная диагностика, проведенная через 6 и 12 месяцев после оперативной коррекции стриктуры уретры, свидетельствовала об отсутствии отрицательной динамики. Скорость потока мочи во время последнего визита составила $23 \pm 0,6$ мл/с, мочевого пузыря опорожняется полностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с протяженными стриктурами уретры показал, что использование буккального лоскута с целью замещения участка уретры, является эффективным и прогностически благоприятным в отдаленном периоде методом коррекции патологии.

Благодарности/источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМ СТЕНОЗОМ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.В. Попов^{1,3}, И.Н. Орлов^{2,3}, А.В. Цой³,
Т.М. Топузов³, Б.А. Неймарк⁴

¹*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»*

²*Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова»*

³*СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия*

⁴*Кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России, Барнаул, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы, стеноз шейки мочевого пузыря, осложнения, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стеноз шейки мочевого пузыря (СШМП) является одним из отдаленных осложнений трансуретрального вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Первой линией терапии при первичном возникновении является эндоскопическое рассечение или резекция шейки мочевого пузыря. В рецидивных случаях повторное эндоскопическое вмешательство наиболее часто приводит к повторному сужению данного анатомического участка, что требует выполнения реконструктивных методик. *Цель исследования:* сравнение эффективности YV-пластики шейки мочевого пузыря и стандартной трансуретральной инцизии шейки мочевого пузыря (ТУИ ШМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный и проспективный анализ лечения 60 пациентов с рецидивирующими стенозами шейки мочевого пузыря. Диагноз подтверждался на основании ретроградной и антеградной гибкой цистуретроскопии. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей стриктурой передней уретры, микроцистисом, подозрением на новообразование предстательной железы, обструкцией верхних мочевыводящих путей. Все пациенты поделены на две группы. Первой группе выполнялась трансуретральная инцизия шейки мочевого пузыря, второй – робот-ассистированная YV-пластика шейки мочевого пузыря по модифицированной нами методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

30 пациентов были прооперированы по методике трансуретральной инцизии шейки мочевого пузыря. Другим 30 пациентам выполнена робот-ассистированная YV-пластика шейки мочевого пузыря. Средний возраст пациентов составил $67,7 \pm 5,05$ года. Средний срок наблюдения за пациентами обеих групп составил $9,05 \pm 3,24$ мес. Среднее время операции при ТУИ ШМП составило 22,9 мин., тогда как при реконструктивной методике – 91,1 мин. Степень послеоперационных осложнений в обеих группах не превышала 2 степень по шкале Clavien-Dindo.

Оба метода не показали статистически значимо-

го влияния на возникновение стрессового недержания мочи.

Максимальная скорость мочеиспускания до операции в обеих группах соответствовала признакам инфравезикальной обструкции и составила 5,62 и 3,64 мл/сек соответственно. Через 3 мес. в группе ТУИ ШМП средняя скорость мочеиспускания держалась на уровне 14,73 мл/сек, а в группе YV-пластики – 17,51 мл/сек. Однако уже через 6 и 12 месяцев в связи с ростом количества рецидивов и явным ухудшением качества мочеиспускания у пациентов после трансуретральной инцизии, средняя максимальная скорость составила 10,91 и 9,41 мл/сек соответственно. Противоположные результаты показаны в группе YV-пластики, где через 6 и 12 месяцев скорость оставалась в рамках удовлетворительных показателей – 16,33 и 16,04 мл/сек соответственно.

Отсутствие рецидива в группе ТУИ ШМП отмечено у 16 (53,33%) пациентов, тогда в группе YV-пластики – у 28 (93,33%) пациентов ($p < 0,05$). Таким образом, относительный риск рецидива при выполнении ТУИ ШМП составил 12,25.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТУИ ШМП обладает ограниченной эффективностью при лечении пациентов с рецидивным стенозом шейки мочевого пузыря. Эффективность модифицированного способа YV-пластики при рецидивном СШМП по сравнению с ТУИ ШМП обладает более высоким уровнем эффективности. Однако для рутинного применения данной методики, необходимо большее число клинических случаев с более длительным сроком наблюдения.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мужских половых органов. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

НАБЛЮДЕНИЕ АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

В.В. Протошак, Н.П. Кушниренко,
А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов,
Н.Ю. Игловиков, Т.Н. Гасанбеков

*Кафедра урологии ФГБВОУ ВО
«Военно-медицинская академия им.
С.М. Кирова» МО РФ*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

болезнь Пейрони, фибропластическая бляшка, фиброз, пликация белочной оболочки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Болезнь Пейрони (БП) в типичных случаях характеризуется появлением в белочной оболочке пещеристых тел пальпируемой и выявляемой при УЗИ и МРТ фибропластической бляшки, приводящей к искривлению полового члена и боли в нем при эрекции, нарушению эректильной функции, наблюдаемых преимущественно у мужчин старше 40 лет. В атипичных случаях болезни Пейрони фибропластическая бляшка не выявляется ни пальпаторно, ни инструментальными методами, несмотря на возникновение искривления полового члена, в том числе у мужчин молодого возраста. *Цель исследования:* оценить отдаленные результаты пластики полового члена при атипичном течении БП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент А., 23 года, госпитализирован с жалобами на выраженное вентральное искривление полового члена при эрекции, ноющие боли в нем, эректильную дисфункцию (ЭД). Болен в течение двух лет с 2019 г., когда возникло прогрессирующее искривление полового члена без предшествующих травм и заболеваний. При осмотре наружные половые органы развиты правильно. При пальпации в пещеристых телах бляшки не выявлены. При УЗИ и МРТ после интракавернозной стимуляции эрекции в межкавернозной перегородке и пещеристой ткани вблизи от спонгиозного тела выявлены гиперэхогенные тяжи 18x3 мм и мелкие очаги фиброза. При фармакодуплерографии систолический кровоток в глубоких артериях полового члена в норме, диастолическая скорость увеличена. Искривление полового члена составило 80°. Индекс МИЭФ-5 – 15 баллов. Диагноз: Атипичная форма болезни Пейрони, вентральное искривление полового члена, эректильная дисфункция средней степени тяжести вследствие анатомического, веногенного и психологического факторов. Выполнена операция – пликация белочной оболочки полового члена, перевязка огибающих вен.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 12 месяцев после операции остаточное искривление полового члена при эрекции составило 5–7°, эректильная функция восстановилась (МИЭФ-5 – 22 балла).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Атипичная форма БП является достаточно редким заболеванием и может быть установлена на основании обнаружения искривления полового члена, не имеющего врожденного или посттравматического происхождения, и мелкоочаговых фиброзных изменений в пещеристых телах. Выбор метода лечения БП зависит от выраженности искривления и ослабления ригидности полового члена при эрекции.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Дивертикул мочевого пузыря: лечение

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

С.А. Рева, Т.Г. Гиоргобиани, Д.Ш. Халтурсунов,
С.Б. Петров

*ФГБОУ ВО «ПСПбГ медицинский университет
им. И.П. Павлова», НИЦ урологии, Россия,
197101, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого,
д. 17*

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикул мочевого пузыря – относительно редкая патология мочевыводящих путей и определяется как грыжа слизистой оболочки, пролабирующая наружу через мышечные волокна детрузора. Дивертикул может иметь врожденное происхождение в результате мышечной слабости в какой-либо точке или приобретаться вторично на фоне хронической инфравезикальной обструкции, чаще всего на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Обычно они протекают бессимптомно, но могут проявляться клинической картиной инфекции мочевыводящих путей, неполным опорожнением мочевого пузыря (большой ООМ), конкрементов мочевого пузыря. В этих случаях показано оперативное вмешательство.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2019 г. по май 2022 г. в условиях НИЦ урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прооперированы 7 пациентов с дивертикулом мочевого пузыря. Выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия. Показанием к оперативному вмешательству явилось рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей. Диагноз во всех случаях был установлен на основании данных УЗИ мочевого пузыря, КТ с контрастированием. Исследование включало в себя анализ крови и мочи, посев мочи, цитологическое исследование мочи, опросник (IPSS). При определении объема операции оценивался размер, расположение дивертикула, соотношение с устьями мочеточников, диаметр шейки и близость к мочеточникам. В двух случаях предварительно была выполнена ТУР простаты с целью купирования инфравезикальной обструкции (ИВО). В остальных случаях инфравезикальная обструкция была клинически не значима и поддающаяся консервативной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил 52 года (диапазон – 40–66 лет). Средний объем дивертикула составил 160 см³ (диапазон – 50–650). Во всех случаях расположение было ретротригональным, 2 из них – слева, один – справа и четвертый – близко к срединной линии. Среднее время операции составило 180 мин. (диапазон – 85–305). Вследствие близкого расположения к устьям мочеточников, в четырех случаях потребовалось их стентирование (в том числе в двух случаях – с двух сторон). Иссечение дивертикула у всех пациентов выполнялось с использованием ультразвукового Harmonic (Ethicon)

Интраоперационных осложнений или перехода на открытую операцию отмечено не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пребывание в стационаре в послеоперационном периоде составило в среднем 10 дней. Уретральный катетер был удален во всех случаях на 7-е сутки (после выполнения цистограммы). Контрольное обследование после удаления уретрального катетера (выполнялось на 1-е сутки, через 14 дней, далее – каждые 3 месяца до года) ни в одном случае не выявило наличия остаточной мочи >50 мл. При длительном наблюдении одному пациенту потребовалось эндоскопическое устранение инфравезикальной обструкции

(ТУР ДГПЖ) вследствие прогрессирования симптомов ИВО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая дивертикулэктомия является технически осуществимой, безопасной и эффективной процедурой, позволяющей устранить Осложнения нарушения опорножжения мочевых путей.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы), детская урология

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКТОПИЕЙ МИКРОФАЛЛОСА И ГИПОПЛАЗИРОВАННЫМ ЕДИНСТВЕННЫМ КАВЕРНОЗНЫМ ТЕЛОМ. ФАЛЛОПЛАСТИКА ПО ДЕ КАСТРО

Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, А.Б. Вардак, Г.В. Лагутин, Д.К. Алиев

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

микрофаллос, промежностная эктопия полового члена, фаллопластика, де Кастро, единственное кавернозное тело, генитальная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полная реконструкция полового члена при тяжелых, редких пороках развития (микрофаллос/афаллия) является сложной хирургической задачей. *Цель исследования:* сообщить об этапном методе хирургического лечения пациента с промежностной эктопией микрофаллоса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мальчик, 8 лет (2014 г. р.), проходил этапное лечение в НИИ урологии с диагнозом: «Промежностная эктопия полового члена. Микрофаллос. Гипоплазия левого кавернозного тела. Аплазия правого кавернозного тела». По данным цитогенетического обследования: кариотип 46, XY. Пациенту выполнены операции: 2016 г. – ревизия промежности, фаллоуретропластика (перемеще-

ние кавернозного тела и уретры в анатомически правильное положение; 2018 г. – восстановление уретры по Дюплею, мобилизация кавернозного тела; 2020 г. – уретроцистоскопия, рассечение клапана заднего отдела уретры, ревизия промежности, мобилизация единственного гипоплазированного кавернозного тела слева, пластика уретры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С учетом клинической ситуации (перемещение микрофаллоса в область мошонки и, как следствие, отсутствия видимого полового члена), с целью социальной адаптации принято решение о выполнении фаллопластики по де Кастро. Первым этапом выполнена имплантация тканевого экспандера под кожу надлобковой области (V=180 мл). Вторым этапом через 6 месяцев проведена фаллопластика с использованием абдоминального лоскута. Время операции составило 250 мин. Этапы фаллопластики: (1) выкраивание лоскута из передней брюшной стенки надлобковой области; (2) удаление тканевого экспандера; (3) наложение направляющих швов для коррекции дефекта передней брюшной стенки с формированием пупка; (4) формирование нефаллоса; (5) моделирование головки полового члена с имитацией венечной борозды и уздечки. От одновременной коррекции уретры было решено воздержаться в связи с риском возникновения свищей. Характеристики сформированного полового члена: длина – 12 см; обхват – 10 см. Самостоятельное мочеиспускание происходит из перемещенной уретры, которая открывается в области пенокротального угла. Вопрос о восстановлении уретры будет решен в ходе дальнейшего наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение промежностной эктопии микрофаллоса с гипоплазией единственного кавернозного тела является редким и демонстрирует многоэтапный хирургический подход к его коррекции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Хирургическое лечение и оценка исходов

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ СЕГМЕНТАХ МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Д.А. Сайдулаев¹, П.М. Гаджиева¹,
И.А. Милосердов¹, Р.Г. Биктимиров²,
С.В. Садовников¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова», Москва, Россия

²ФГБУ «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Химки, Российская Федерация

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура мочеточника, лапароскопия, трансплантация почки, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктура мочеточника является распространенным урологическим осложнением после трансплантации почки – частота возникновения, по данным различных источников, колеблется от 3 до 12,6%. Основными причинами развития стриктур мочеточника являются ишемия дистального отдела мочеточника, забрюшинный фиброз, возраст донора старше 65 лет, длительность холодовой ишемии, наличие нескольких питающих почечных артерий, отсроченная функция трансплантата, формирование мочеточниково-пузырного анастомоза без стенки. Наиболее распространенными методами лечения стриктур мочеточника являются бужирование, эндоскопическое рассечение холодным ножом, баллонная дилатация или хирургическая коррекция зоны стриктуры мочеточника трансплантата. Успех малоинвазивных методов зависит от протяженности, локализации стриктуры (в 73% случаев – в дистальной части, в 12% – в средней, в 15% – в проксимальной) и конкрет-

ного способа лечения. Появление современных лапароскопических технологий предоставило новые возможности в коррекции урологических осложнений после трансплантации почки. *Цель исследования:* представить разработанные методики лапароскопической коррекции стриктуры на мочевыводящих путях трансплантата почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 15 пациентов в возрасте от 18 до 57 лет ($41 \pm 13,6$), из них 7 (46%) мужчин и 8 (54%) женщин, у которых после трансплантации почки (с июля 2013 г. по октябрь 2018 г.) возникли стриктуры мочеточника в отдаленном периоде (от 4 до 53 (7,5[6;12,5]) мес.). Показанием к оперативному вмешательству являлось наличие стриктуры мочеточника трансплантата на различных уровнях и протяженности в 8 случаях, перегиб лоханочно-мочеточникового сегмента на фоне высокого отхождения мочеточника в 1 случае, в 6 случаях дистальная стриктура в пузырно-мочеточниковом анастомозе. Исходя из локализации и протяженности стриктуры, выбирался метод оперативного вмешательства: при дистальной ограниченной по протяженности стриктуре мочеточника выполнялась резекция стриктуры с формированием неоуретероцистоанастомоза ($n=12$), при протяженной стриктуре выполнялась ипсилатеральная нефрэктомия собственной почки с формированием пиелоуретероанастомоза ($n=2$) либо уретероуретероанастомоза ($n=1$) с использованием собственного мочеточника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения оценены через 1, 3 месяца и 2 года после проведения лапароскопической коррекции стриктуры мочеточника. Рецидивов стриктуры, несостоятельности анастомоза за время наблюдения не отмечено. Функция почечного трансплантата стабильная у всех реципиентов, что подтверждается лабораторными показателями, была достигнута стойкая ремиссия пиелонефрита. Разработанные лапароскопические методы коррекции мочеточника на трех уровнях (в области лоханки, на протяжении мочеточника, в области анастомоза) позволяют проводить операции на трансплантированной почке менее травматично, с ранней активизацией больного в послеоперационном периоде, с минимальной потребностью в обезболивании и сокращении сроков госпитализации, без нежелательных

послеоперационных осложнений (инфицирование послеоперационной раны, послеоперационные вентральные грыжи).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Созданные и применяемые в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России лапароскопические методы коррекции мочевыводящих путей трансплантата почки на различных уровнях являются предпочтительными при коррекции стриктуры мочеточника, особенно в отдаленном посттрансплантационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение

ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ГОЛОВЧАТОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Л.М. Синельников¹, В.В. Протощак¹,
Е.И. Проскуревич¹, П.О. Кислицын¹,
Т.Н. Гасанбеков¹, Д.А. Галюк¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, меатостеноз, стриктуры ладьевидной ямки.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктуры головчатого отдела уретры (СГОУ) являются довольно распространенной патологией. По данным литературы, до 41% сужений мочеиспускательного канала после трансуретральной хирургии предстательной железы лоцируются в головчатом отделе уретры. Данная локализация также характерна для стриктур, ассоциированных с лихенсклерозом. Тем не менее современная практика лечения СГОУ и ее результаты в литературе освещены недостаточно. *Цель исследования:* оценить эффективность различных видов хирургического лечения СГОУ за последние 5 лет в нашей клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2018 по 2022 г. в клинике урологии

ВМедА пролечены 74 пациента с диагнозом СГОУ. Средний возраст больных составил 53,6±8,2 года. По этиологии больные распределились следующим образом: поствоспалительные стриктуры – 25 (34%), из них у 16 (21,6%) больных заболевание было ассоциировано с лихенсклерозом; посттравматические – 1 (1,3%); ятрогенные – 38 (51%), идиопатические – 10 (13,5%). По локализации: меатостеноз был выявлен у 43 (58%) больных, поражение ладьевидной ямки – у 31 (42%) пациента. Применялись следующие оперативные методики: меатотомия выполнена 29 больным, расширенная меатотомия – 14, пластика перемещенным препуциальным лоскутом по Jordan – 15, дорзальная буккальная аугментация – 10, вентральная буккальная аугментация – 6 пациентам. Средняя продолжительность наблюдения составила 26,3±6 месяцев. Пациенты обследовались через 3, 6, 12 месяцев и далее – ежегодно. Критерием эффективности операции являлись отсутствие жалоб, максимальная скорость потока мочи выше 14 мл/с и отсутствие необходимости в каких-либо манипуляциях, включая бужирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице приведены результаты оперативного лечения пациентов с СГОУ.

Таблица

Операция	n	Эффективность, n (%)	Рецидив, n (%)
Меатотомия	29	26 (79)	3 (21)
Расшир. меатотомия	14	12 (86)	2 (14)
Операция Jordan	15	15 (100)	0
Дорзальная буккальная аугм.	10	9 (90)	1 (10)
Вентральная буккальная аугм.	6	5 (83)	1 (17)
СУММАРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ			
Больные с лихенсклерозом	16	11 (69)	5 (31)
Больные без лихенсклероза	58	56 (96)	2 (4)
Общая эффективность	74	67 (90)	7 (10)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суммарная эффективность одноэтапного лечения СГОУ составила 90%. Однако у больных с лихенсклерозом этот показатель снижается до 69%, что является нерешенной проблемой и требует дальнейших исследований в этой области.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних и нижних мочевых путей. Лечение хирургическое (инвазивное)

РЕГИСТРАЦИЯ И ОБРАБОТКА ИЗОБРАЖЕНИЙ ДЛЯ РАСЧЕТА ФОТОПЛЕТИЗМОГРАММЫ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Е.С. Сирота^{1,2}, Д.Н. Гордуладзе¹,
Г.И. Каситериди², И.М. Дизенгоф²,
А.А. Сергеев², А.В. Гурылева³, А.С. Мачихин³

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

²*Центр урологии, АНО ЦКБ Святителя Алексия, Москва, Россия*

³*Лаборатория акустооптической спектроскопии, ФГБУН Научно-технологический центр уникального приборостроения РАН, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

лапароскопия, интраоперационная диагностика, перфузия, фотоплетизмография, обработка изображений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продемонстрировать возможности метода фотоплетизмографии для количественной оценки тканевого кровообращения внутренних органов при лапароскопическом хирургическом доступе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В пилотное исследование включены 5 наблюдений из лапароскопического доступа: иссечение кист почек (n=3), пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (n=1), резекция опухоли почки (n=1). Хирургические вмешательства выполнены с помощью эндоскопического оборудования компаний Karl Storz и Aesculap.

Для получения фотоплетизмограммы (ФПГ) в ходе операции была организована съемка с помощью видеоэндоскопического оборудования и последующая цифровая обработка временной последовательности изображений исследуемых тканей. Эндоскоп размещался в позволяющем получать равномерно освещенные кадры положений и стабильно фиксировался в течении 20 сек., за которые производилась регистрация изображений с фиксированной частотой кадров. Обработка полученных изображений включала выделение зеленого канала цветного изображения, покадровое совмещение изображений с помощью алгоритма на основе расчета оптического потока и усреднение интенсивности пикселей в пределах исследуемой ткани на каждом кадре полученной последовательности кадров. Полученный одномерный временной сигнал был отфильтрован в частотной области в диапазоне частот 0,3–7 Гц, соответствующих сердечной активности. Предварительная дифференциация исследуемых тканей проводилась с помощью колориметрического анализа на основе комбинации каналов цветного изображения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью предложенного алгоритма съемки и обработки данных в 5 наблюдениях проведена разметка тканей, в том числе получена карта сосудистой сети и клетчатки. Получены ФПГ тканей почки и стенок кишечника различных пациентов, а также опухолевой ткани до и после резекции. По полученным ФПГ были рассчитаны гемодинамические параметры, такие как частота сердечных сокращений, характеристики пульсовой волны и др. Значение рассчитанной частоты сердечных сокращений соответствовало величине, фиксируемой стандартными средствами мониторинга. Показано, что описанный подход к съемке и обработке изображений позволит впоследствии проводить выделение отдельных элементов органов и тканей в режиме реального времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В пилотном исследовании продемонстрирована потенциальная реализуемость и применимость метода ФПГ для оценки перфузии в органах и тканях при эндовидеохирургических вмешательствах. Фотоплетизмографическое исследование в режиме реального времени может быть использовано интраоперационно для навигации и определения тактики выполнения оперативного вмешательства.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная хирургия тазового дна: изменения верхних мочевых путей

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ

О.В. Снурницына¹, А.Д. Шпикина¹,
Б.А. Слободянюк², А.Н. Никитин³,
М.В. Лобанов¹, Л.М. Рапопорт¹, М.Э. Еникеев¹

¹ *Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

² *Кафедра акушерства и гинекологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

³ *Отделение гинекологии, Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

урогенитальный пролапс, хирургия, уродинамика, уретерогидронефроз.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Урогенитальный пролапс значительно снижает качество жизни женщин, приводя к сексуальным расстройствам, различным нарушениям мочеиспускания. Зачастую врачи не обращают внимание на изменения верхних мочевых путей, хотя, по данным различных авторов, частота нарушения оттока по верхним мочевым путям составляет от 7 до 43%. Чаще всего уретерогидронефроз у таких пациенток протекает бессимптомно, приводя к развитию ХБП. *Цель исследования:* оценить изменения верхних мочевых путей при уро-

генитальном пролапсе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 311 пациенток с передне-апикальным пролапсом III–IV степени. Степень пролапса оценивали при помощи классификации POP–Q. Для выявления уретерогидронефроза всем пациенткам выполняли УЗИ почек, при обнаружении уретерогидронефроза выполняли МСКТ органов брюшной полости с в/в контрастированием; при ХБП IIIб степени – нативное исследование. Всем пациенткам выполняли коррекцию пролапса шестирукавым сетчатым имплантом. При полном выпадении матки и мочевого пузыря операцию завершали задней кольпоррафией. Срок наблюдения отдельных пациенток (n=125) составил более 5 лет. Осмотр проводили через 1, 3 и 6 месяцев после операции и далее ежегодно и/или по степени необходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уретерогидронефроз выявлен у 29 пациенток (9,3%). У 28 из них процесс носил двусторонний характер, у 1 пациентки выявлен правосторонний уретерогидронефроз. У всех пациенток с уретерогидронефрозом выявлен пролапс IV степени по POP–Q с ведущей точкой С (С – пролапс). Из 29 пациенток у 24 (82,8%) установлена ХБП различной степени тяжести: у 7 пациенток – ХБП II степени, у 13 – ХБП IIIа степени, у 4 – ХБП IIIб. После проведенного оперативного лечения восстановить отток мочи по верхним мочевым путям удалось у 28 пациенток (96,6%); одной пациентке, у которой сохранялся двусторонний уретерогидронефроз выполнена одномоментная двусторонняя лапароскопическая уретероцистостомия. У 24 пациенток отмечено снижение креатинина, однако нормализовать его уровень удалось лишь у 8 женщин. Обращает на себя внимание то, что у всех пациенток с уретерогидронефрозом при трансабдоминальном УЗ-сканировании отсутствовала остаточная моча; нарушение оттока мочи согласно данным МСКТ, по всей видимости, было связано с «уровазальным» конфликтом между мочеточниками и маточными артериями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Урогенитальный пролапс IV степени (выпадение матки и мочевого пузыря) может сопровождаться нарушением оттока мочи по верхним мочевым путям. Успешная реконструкция тазового

дна в подавляющем большинстве наблюдений приводит к восстановлению уродинамики.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИДРОНЕФРОЗОМ ША СТ. НЕ ПОЛНОСТЬЮ УДВОЕННОЙ ЛОХАНКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРЕДЛОЖЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ МЕТОДУ

М.А. Узденов^{1,3}, А.М. Узденов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия», медицинский институт, кафедра хирургических болезней, Черкесск, Россия

²РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Черкесск, Россия

³РГБУЗ «Городская клиническая больница», Черкесск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

натомические и функциональные особенности, не полностью удвоенная лоханка, нарушение уродинамики и микроциркуляции, адекватная коррекция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анатомическими и функциональными особенностями гидронефроза ША ст. не полностью удвоенной лоханки являются: малый объем не полностью удвоенной лоханки с повышенным тонусом, наличие двух больших почечных чашечек со сниженным тонусом, объем каждого из которых значительно превосходит малый объем лоханки. Это требует применения патогенетически обоснованного радикального оперативного метода лечения. *Цель исследования:* анализ анатомических и функциональных особенностей гидронефроза ША ст. не полностью удвоенной ло-

ханки и оценка результатов лечения по «Методу оперативного лечения больных гидронефрозом ША ст. не полностью удвоенной лоханки».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 39 пациентов, которым с декабря 1998 г. по декабрь 2018 г. при оперативном лечении применен «Метод оперативного лечения больных поздней стадией гидронефроза ША ст. не полностью удвоенной лоханки» (Патент на изобретения № 2787639). Возраст пациентов – от 16 до 69 лет, 27 из них – женщины, 12 – мужчины.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде при эходоплерографии сосудов почек нами было установлено, что в первую очередь в оперированной почке восстановительные процессы начинались с микроциркуляторного русла. Восстановление почечной гемодинамики наступало на 8–11-е сутки после операции. Восстановление микроциркуляторного русла и органной гемодинамики почки и верхних мочевых путей предшествовало процессу восстановления функции оперированного органа. Вслед за положительной динамикой в состоянии микроциркуляторного русла и органной гемодинамики в пораженном органе после операции начинало улучшаться структурно-функциональное состояние почечной паренхимы и ЧЛС, о чем свидетельствовали объективные показатели: изменения почечной паренхимы, лоханки, чашечек, RI паренхимы, дефицит почечной функции (ДПФ) (табл.).

Таблица

Состояние почек и верхних мочевых путей	УЗИ, МСКТ, МРТ			RI паренхимы	ДПФ, %
	Паренхима, см	Лоханка, см	Чашечки, см		
До оперативного лечения	0,2–0,9	3,8–6,5	3,2–5,4	0,59–0,65	12–24
Через 3 мес.	0,7–1,9	1,6–1,9	1,2–1,6	0,48–0,61	32–48

Через 6 мес.	1,1– 2,1	1,2– 1,6	0,8– 1,2	0,46– 0,56	36– 52
Через 12 мес.	1,4– 2,3	1,2– 1,5	0,4– 0,7	0,42– 0,46	39– 56

Показано, что объективные показатели структурно-функционального состояния почечной паренхимы и ЧЛС в послеоперационном периоде демонстрируют устойчивую положительную динамику.

Из 39 больных гидронефрозом IIIA ст. не полностью удвоенной лоханки, оперированных по предложенному методу, результаты оценены как хорошие у 37 (94,87%), как удовлетворительные – у 2 (5,13%). Лечение предлагаемым методом обеспечивало быстрое и стабильное восстановление трудоспособности больных и улучшение качества их жизни; надежно предупреждало развитие гидронефроза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анатомические и функциональные особенности гидронефроза IIIA ст. не полностью удвоенной лоханки могут быть причиной серьезных технических трудностей при радикальном оперативном лечении больных.
2. Выполнение «Метода оперативного лечения больных гидронефрозом IIIA ст. не полностью удвоенной лоханки» приводит к адекватной коррекции нарушенной уродинамика и обусловленных ею микроциркуляторных нарушений.
3. Патогенетическая направленность предложенного оперативного метода лечения обуславливает значительное улучшение функции почки, быстрое и стабильное восстановление трудоспособности больных, улучшение качества их жизни и надежное предупреждение прогрессирования гидронефроза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструкция нижних мочевых путей, безопасность операции транспозиции уретры

БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ УРЕТРЫ ПО КОМЯКОВУ ПРИ ПОСТКОИТАЛЬНОМ ЦИСТИТЕ

И.В. Феофилов^{1,2}, С.С. Шкуратов^{1,2},
А.К. Почивалов^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, Новосибирск, Россия
²Отделение урологическое, ГБУЗ НСО «ГНОКБ», Новосибирск, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

транспозиция уретры, посткоитальный цистит, безопасность операции

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Единственным эффективным методом лечения гипермобильности и влагалищной эктопии уретры как фактор развития посткоитального цистита является оперативный метод, суть которого заключается в перемещение уретры на расстояние, не позволяющее наружному отверстию уретры смещаться во влагалище при половом контакте. *Цель исследования:* оценить безопасность транспозиции уретры по Комякову при посткоитальном цистите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное когортное исследование, проведенное в 2019–2022 гг. В исследование включены 23 пациентки с посткоитальным циститом. Возраст пациенток – от 19 до 53 лет (средний – 29,94). У всех длительный, не менее 1 года, анамнез хронического рецидивирующего цистита, безуспешная антибактериальная и местная терапия. Осмотр в кресле с пробой О’Доннел-Хиршхорна (положительная в 100%), при этом у 10 (47,6%) пациенток выявлена эктопия наружного отверстия уретры во влагалище или его преддверие, у 13 (52,4%) – гипермобильность уретры. Все женщины перед операцией были санированы, возбудителями являлись у 18 (78,26%) – E. Coli, у 2 (8,7%) – Klebsiella, у 3 (13,04%) моча была стерильная. Техника операции соответствовала методике, описанной проф.

Б.К. Комяковым (отличительная особенность – сохранение целостности перешейка между исходным и новым расположением миатуса).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении 23 операций отмечено два осложнения (8,7%). В одном случае (4,35%) при выделении средней трети уретры произошла перфорация стенки влагалища до 5 мм, ушита викрилом 3/0 на конечном этапе операции. Еще в одном случае (4,35%) развилось раннее послеоперационное кровотечение, связанное с ошибочной хирургической тактикой – в конце операции в рану был установлен резиновый выпускник, хотя подавляющее большинство урологов не рекомендуют устанавливать дренирующие системы. В первые часы обильное кровотечение (до 300 мл), резиновый выпускник удален, несколько раз тугое тампонирование влагалища, внутривенное введение транексама 1000 мг – кровотечение остановлено, в последующем – гематома в области влагалища. Уретральный катетер удален на 5-е сутки. К исходу четвертой недели все явления осложнения полностью купированы. Таких осложнений, как повреждение уретры и ее стриктура, расхождение швов, обратное смещение уретры, макрогематурия, не было отмечено ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операция транспозиции уретры по методу проф. Б.К. Комякова является простой в техническом исполнении, малотравматичной, перешеек между исходным и новым расположением миатуса – надежный фактор профилактики повторного смещения уретры во влагалище. При четком соблюдении техники оперативного пособия, рекомендаций по ведению больных в послеоперационном периоде экстравагинальная транспозиция уретры, предложенная проф. Б.К. Комяковым является безопасной.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология
Рубрика: Аномалии развития почек

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК

Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин, Е.Н. Павлов

Кафедра общей хирургии и онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

Урологическое отделение БУ «РКБ», Чебоксары

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

удвоение почек, хирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение тактики лечения пациентов с полным удвоением почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2010–2022 гг. В исследование включен 41 пациент с полным удвоением почек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдали 41 больного с полным удвоением почек в сочетании с аномалиями терминального отдела удвоенных мочеточников в возрасте от 3 месяцев до 27 лет. Из 37 больных с односторонней аномалией уретероцеле устья нижнего мочеточника было у 8 больных, у 7 больных имелось уретероцеле общего устья удвоенных мочеточников. У 6 больных отмечена внепузырная эктопия устья нижнего мочеточника (уретральная, промежностная и вагинальная). Остальные больные имели внутрипузырную эктопию устьев мочеточников: дистальную с обструктивным мегауретером нижнего мочеточника – 11, при этом отмечен ПМР (пузырномочеточниковый рефлюкс) в верхний мочеточник – в 4 случаях, и латеральную с развитием ПМР в верхний мочеточник – у 5 детей. Трое больных имели полное двустороннее удвоение почки, однако сочетание с аномалиями мочеточников было различным с обеих сторон. Еще у одной больной была подковообразная почка с полным удвоением обеих ее половин и с гидронефротической трансформацией верхней и нижней частей слева.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор метода оперативной коррекции полного удвоения почки в сочетании с аномалиями тер-

минального отдела удвоенных мочеточников зависит от многих факторов. Наиболее важно учитывать диспластические изменения почечной паренхимы, выраженность вторичного воспалительного поражения почки, а также степень атонии мочеточников. Попытки сохранения всей массы почечной паренхимы любой ценой могут повлечь необходимость длительной антибактериальной терапии в течение многих лет.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Полное удвоение почек часто сочетается с аномалиями терминального отдела одного или обоих удвоенных мочеточников: проксимальной или дистальной эктопией устья мочеточника, уретероцеле. Последние ведут к развитию уретерогидронефроза, что в сочетании с диспластическими изменениями соответствующей половины удвоенной почки ставит врача перед выбором наиболее оптимальной коррекции порока.

Наблюдали 41 больного с полным удвоением почек в сочетании с аномалиями терминального отдела удвоенных мочеточников в возрасте от 3 месяцев до 27 лет. Из 37 больных с односторонней аномалией уретероцеле устья нижнего мочеточника было у 8 больных, у 7 больных имелось уретероцеле общего устья удвоенных мочеточников. У 6 больных отмечена внепузырная эктопия устья нижнего мочеточника (уретральная, промежностная и вагинальная). Остальные больные имели внутривузырную эктопию устьев мочеточников: дистальную с обструктивным мегауретером нижнего мочеточника – 11, при этом отмечен ПМР (пузырномочеточниковый рефлюкс) в верхний мочеточник в 4 случаях, и латеральную с развитием ПМР в верхний мочеточник – у 5 детей. Трое больных имели полное двустороннее удвоение почки, однако сочетание с аномалиями мочеточников было различным с обеих сторон. Еще у одной больной была подковообразная почка с полным удвоением обеих ее половин и с гидронефротической трансформацией верхней и нижней частей слева. Уточнение степени дисплазии почечной паренхимы до операции и гистологического исследования, как правило, невозможно из-за выраженных ретенционных изменений. Да и гистологические исследования не всегда позволяют однозначно ответить на данный вопрос при выраженности рубцово-

склеротических изменений и атрофии почечной паренхимы.

Основными клиническими проявлениями полного удвоения почек являлись симптомы пиелонефрита: у 12 больных – острого, в том числе у двоих пиелонефроза одной из половин удвоенной почки. 18 больных имели первично хронический вторичный пиелонефрит, когда протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия были выявлены при диспансерном наблюдении. Еще у 8 больных при плановых исследованиях мочи выявлена микрогематурия. У 12 больных отмечена «рецидивирующая боль в животе»; 5 больных имели симптомы постоянного недержания мочи на фоне нормального акта мочеиспускания и у одной больной отмечены гнойные выделения из половых путей.

Методом скрининг-диагностики удвоения почек является УЗИ, однако ложноотрицательные результаты исследования до сих пор часты, особенно при ретенционных изменениях обеих половин почки. Основными методами при ретенционных изменениях обеих половин почки. Основными методами в диагностике порока остаются рентгенологические и эндоскопические. В то же время сохраняется большой процент ошибок при нефункционирующей (обычно верхней) половине удвоенной почки. В подобных случаях точный характер аномалии выясняется только во время операции, как правило, при ревизии и мобилизации мочеточника. Степень вовлечения в воспалительный процесс половин удвоенной почки до операции определить зачастую невозможно. Вероятно, частоту вовлечения в воспалительный процесс нижней половины почки, даже при ПМР в нее, преувеличивают, в чем нас убеждает течение послеоперационного периода у больных после верхней геминефруретерэктомии и длительное последующее наблюдение.

Сочетание ретенционных, диспластических и рубцево-воспалительных изменений почечной паренхимы не позволяет установить степень выраженности каждого из компонентов. Поэтому при выборе метода оперативной коррекции учитывали функциональную активность каждой половины удвоенной почки, их массу, при необходимости характер кровоснабжения почки, степень ретенционных изменений мочеточников, а также выраженность клинических проявлений вторичного пиелонефрита.

Оперативные вмешательства при удвоении почек в сочетании с аномалиями терминального отдела мочеточников можно разделить на три группы. Первая группа операций – геминефруретерэктомия, обычно верхняя, с различной степенью иссечения терминального отдела мочеточника и, при необходимости, внутривезикулярное удаление уретероцеле. Вторая группа – антирефлюксные пересадки обоих мочеточников «блоком», которые мы выполняем по методу Коэна. Последние выполняются даже при отсутствии изменений в одном из мочеточников, поскольку между ними имеется тесная анатомическая связь – как правило, одна из стенок является общей, кровоснабжение осуществляется из одних артериальных ветвей. Третья группа операций – межмочеточниковые и межлоханочные анастомозы с иссечением дистального отдела пораженного мочеточника.

Во всех случаях внепузырной эктопии устья верхнего мочеточника удвоенной почки выполнили геминефруретерэктомию (6). Подобное вмешательство позволяет добиться полного излечения больных и считать их практически здоровыми.

У больной с полным удвоением правой половины подковообразной почки произведена истмомия, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента верхней половины и геминефруретерэктомия нижней нефункционирующей половины справа. Однако наблюдение в течение 4 лет свидетельствовало о постоянно рецидивирующем течении пиелонефрита с прогрессирующим снижением функции оставшейся верхней половины, что вынудило выполнить удаление последней. Отсутствие эффекта от первой операции объясняется тяжелой степенью дисплазии всей правой половины почки, резким снижением ее функциональной способности, что не позволило добиться купирования воспалительного процесса, несмотря на восстановление анатомической проходимости мочеточника.

Пересадка удвоенных мочеточников «блоком» подкупает относительной технической простотой, корригируя при этом аномальный участок одного или обоих мочеточников, возможностью сохранить всю имеющуюся массу почечной паренхимы. Нередко метод оперативной коррекции выбирают в случаях, когда удвоенные мочеточники явились операционной находкой и хирургу трудно перестроиться на выполнение геминефу-

ретерэктомии. В то же время подобная ситуация обычно встречается при нефункционирующей половине почки, часто с тяжелой степенью дисплазии, что делает весьма сомнительной целесообразность сохранения этой части почечной паренхимы, поддерживающей, кроме прочего, активный воспалительный процесс. Подобная тактика пересадки «блоком» у 22 больных во всех случаях вторичного пиелонефрита требовала длительной, до 2–5 лет, послеоперационной антибактериальной терапии. Кроме того, как и любое пластическое вмешательство на мочевых путях антирефлюксная пересадка обоих мочеточников может приводить к рестенозам или возникновению ПМР, что наблюдалось у 6 больных в различных сочетаниях. Восстановление или улучшение функции пораженного сегмента почки отмечено у 18 больных в сроки от 2 до 10 лет. Таким образом, операция антирефлюксной пересадки удвоенных мочеточников «блоком» позволяет добиться хороших результатов, восстановить уродинамику и купировать в последующем воспалительный процесс в пораженном сегменте почки при отсутствии тяжелой степени дисплазии почечной паренхимы.

Мы не имеем большого опыта в выполнении межлоханочных и межмочеточниковых анастомозов, однако наблюдение за тремя больными после выполнения подобных операций свидетельствует об отсутствии восстановления функции нефункционировавшей до операции половины почки у 2 больных. Кроме того, имевшийся до операции пиелонефрит потребовал в последующем длительной (2 года) антибактериальной терапии. У третьего больного двусторонние операции наложения межлоханочных анастомозов представлялись единственно возможными, поскольку нижние неизменные половины удвоенных почек составляли 1/6–1/7 часть всей паренхимы, а резко дилатированные, извитые мочеточники верхних половин почек не позволяли надеяться на восстановление уродинамики после антирефлюксной пересадки. По-видимому, наложение межмочеточниковых и межлоханочных анастомозов целесообразно при отсутствии тяжелой степени дисплазии и резкого снижения функции почечной паренхимы, когда выраженная атония одного из мочеточников не позволяет рассчитывать на восстановление уродинамики в нем после пересадки.

Выполнение на первых этапах работы у 6 больных простого иссечения уретероцеле у всех привело к возникновению ПМР и в дальнейшем потребовало антирефлюксной пересадки мочеточников «блоком».

Наблюдение за больными с уретероцеле одно-го из мочеточников после геминефруретерэктомии без иссечения уретероцеле свидетельствует о постепенном спадении последнего. Ни в одном из случаев не отмечено появления эмпиемы культи мочеточника или нарушений функции второго мочеточника. У двух больных после верхней геминефруретерэктомии при ПМР I–II степени во второй (нижний) мочеточник отсутствовало прогрессирование степени ПМР, а через 56 лет наблюдений он совсем исчез.

Таким образом, выбор метода оперативной коррекции полного удвоения почки в сочетании с аномалиями терминального отдела удвоенных мочеточников зависит от многих факторов. Наиболее важно учитывать диспластические изменения почечной паренхимы, выраженность вторичного воспалительного поражения почки, а также степень атонии мочеточников. Попытки сохранения всей массы почечной паренхимы любой ценой могут повлечь необходимость длительной антибактериальной терапии в течение многих лет.

Тема сессии: Реконструктивная урология

Рубрика: Ятрогенные повреждения мочеточников

ПОМОЩЬ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ МОЧЕТОЧНИКА

Д.С. Филиппов, Ю.А. Игонин, Е.Н. Павлов

Кафедра общей хирургии и онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

Урологическое отделение БУ «РКБ», Чебоксары

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

мочеточник, травма, хирургия, диагностика, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение тактики лечения пациентов с ятрогенным повреждением мочеточников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2018–2022 гг. В исследование включены 28 пациентов с ятрогенными повреждениями мочеточников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдали 29 женщин с повреждениями мочеточника во время гинекологических операций и акушерских пособий и 9 больных со стриктурой дистального отдела мочеточника, возникшей после эндовезикальных или хирургических вмешательств по поводу уротеролитиаза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаем, что при ятрогенных повреждениях мочеточников неотложные вмешательства, направленные на восстановление их проходимости, выполнять только при удовлетворительном состоянии больных, наличии надлежащих условий, квалифицированного уролога. Профилактика стриктур мочеточника должна проводиться на всех этапах диагностики, оперативного вмешательства и послеоперационного лечения с учетом изменений уродинамики мочеточников.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Интраоперационные повреждения мочеточников при проктологических, акушерских и гинекологических операциях наблюдается в 2–10% случаях. Эти осложнения чаще связаны либо с недостаточной квалификацией, либо с действиями с повышением возможности оператора, хотя нередко все это сочетается с особыми условиями. В связи с широким распространением эндовезикальных вмешательств участились случаи повреждения мочеточников (М.И. Коган с соавт., 1992). Длительное нахождение конкремента в нижнем отделе мочеточника нередко становится причиной его стриктуры. Если в недалеком прошлом основным методом лечения повреждения мочеточника или его стриктуры была нефрэктомия, то в настоящее время она прочно уступила место органосохраняющим операциям. Мы наблюдали 29 женщин с повреждениями мочеточника во время гинекологических операций и акушерских пособий и 9 больных со стриктурой дистального отдела мочеточника, возникшей после эндовезикальных или хирургических вмешательств по поводу уротеролитиаза. В двух случаях интраоперационной диагностики по-

вреждения юкставезикального отдела мочеточников операция была закончена установлением уретеростомы, т. к. уретероанастомоз как продолжение прошедшей операции с большой кровопотерей, как бы заманчивым ни был, привел бы к рестенозу.

Восстановление проходимости мочеточника им проведено через 2 месяца. Во всех 5 случаях анурии мочеточники оказались перевязанными (3) или пересеченными (2), им была выполнена двусторонняя уретерокутанеостома, у двух при повторном вмешательстве, т. к. ранее установленная уретеростомическая трубка не обеспечила нормального оттока мочи. Окончательная диагностика повреждения мочеточника затянулась от 1 до 10 дней. При появлении первых признаков травмы мочеточника использование неинвазивного метода, каким является ультразвуковое исследование мочевых путей, значительно ускоряет этот процесс. Окончательный диагноз устанавливается на основе экстренной урографии. В случаях, когда за травмой мочеточника не последует образование мочевого свища, развившийся уретерогидронефроз может диагностироваться спустя годы. Нами наблюдалась больная с уретерогидронефрозом, выявленным спустя 5 лет после удаления кистозно-измененного придатка яичника, у которой сохранилась экскреторная урограмма, где не было никаких патологических изменений верхних мочевых путей. Больной была проведена резекция терминального отдела мочеточника и уретероцистонеостомия с благоприятным исходом.

При двусторонней обструкции мочеточников одномоментная двусторонняя уретероцистонеостомия, выполненная им через 7–10 недель, привела к благоприятным результатам. При этом обязательным условием считаем создание анастомоза между мочеточником и трубкой из стенки мочевого пузыря без всякого натяжения, для этого стенку мочевого пузыря ближе к месту анастомоза фиксируем к поясничным мышцам. Таким образом, удалось ликвидировать дефект мочеточника до 12 см. При одностороннем повреждении мочеточника у 5 больных, выявленное спустя 4–6 дней после его повреждения, восстановление непрерывности мочеточника выполнены им различными способами (снятие лигатуры, уретеростомия *in situ*), произведенными по мере их диагностики, привело к рестенозу у двух. Ле-

чение больных с мочеточниково-влагалищными свищами проводили общепринятыми методами. Всем 10 больным удалось сохранить функцию почек на поврежденной стороне. Из 6 больных, у которых травматическая обструкция мочеточника была выявлена через 1–2 месяца и более после операционной травмы, нефрэктомия была проведена у одной, остальным была проведена уретероцистонеостома. У этой группы больных, несмотря на выраженный уретерогидронефроз на поврежденной стороне, все же сохранилась (восстановилась) незначительная проходимость, т. е. имелся краевой дефект стенки мочеточника или рубцовое его сужение (в основном из-за толстых шелковых нитей, использованных для гемостаза во время первой операции).

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Лечение хирургическое, оценка исходов, наблюдение

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ ИЛЕОУРЕТЕРОПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА. АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

И.В. Фокин¹, К.Р. Азильгареева¹, С.К. Ефетов²,
М.В. Лобанов¹, А.Ф. Абдусаламов¹,
Л.М. Рапопорт¹, П.В. Царьков³, М.Э. Еникеев¹

¹*Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Сеченовский университет, Москва, Россия*

²*Кафедра факультетской хирургии № 2 им. Г.И. Лукомского, Сеченовский университет, Москва, Россия*

³*Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии, Сеченовский университет, Москва, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры мочеточника, тотальная илеоуретеропластика, хирургия, отдаленные результаты.

ВВЕДЕНИЕ

Лечение пациентов с протяженными дефектами мочеточников – одна из сложнейших задач в оперативной урологии. Заместительная тотальная

илеоуретеропластика рассматривается как возможный вариант хирургического лечения пациентов. *Цель исследования:* оценка долгосрочных функциональных результатов и эффективность лечения пациентов, которым выполнена тотальная илеоуретеропластика мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ пациентов, которым выполнена заместительная тотальная илеоуретеропластика по поводу протяженных стриктур мочеточника в период с 2021 по 2023 г. Рассмотрены следующие данные: возраст, этиология дефекта, доступ, длительность операции, показатели гемоглобина и креатинина, итоги лечения. Послеоперационные осложнения описаны согласно системе Clavien-Dindo. Всем пациентам в отдаленном периоде (медиана наблюдения – 15 месяцев) с целью оценки функции почки, а также определения структурно-функционального состояния верхних мочевых путей, выполнены компьютерные томографии с контрастным усилением. Для оценки значимости применялся тест Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в исследование включены 9 пациентов: 3 (33,3%) пациента – мужчины и 6 пациентов – женщины (66,7%). Средний возраст – 57,9±10,1 года (42–71). Два пациента (22,2%) имели постлучевые стриктуры мочеточника; четыре (44,4%) – ятрогенные или посттравматические стриктуры, два (22,2%) пациента – идиопатические стриктуры мочеточника, один (11,1%) пациент – с болезнью Ормонда. Шестерым (66,7%) пациентам выполнена лапароскопическая тотальная илеоуретеропластика, 3 (33,3%) – открытая. Пяти (55,6 %) пациентам выполнена левосторонняя тотальная илеоуретеропластика, 3 пациентам (33,3%) – правосторонняя. Одной (11,1%) пациентке, учитывая двухстороннее поражение, проведена U-образная уретероилеоцистопластика. Всем пациентам выполнено изоперистальтическое расположение трансплантата. Средняя продолжительность операции составила 391,4±104,4 мин.

Уровень гемоглобина до операции составил 124,4±15 г/л, после – 102,7±19,7 г/л (p=0,03). Одному (11,1%) пациенту потребовалось интраоперационное переливание крови. Уровень креатинина до операции составил 114,4±29,9 мкмоль/л, после – 117,2±45,1 (p=0,71), через 3–6 месяцев после операции: 127,4±40,9 (p=0,47). Средний

срок удаления уретрального катетера – 12,0±2,3 дней. Медиана наблюдения составила 15 (IQR 9,5–22,0) месяцев.

Осложнения Clavien-Dindo не превышали III степень. Двум (22,2%) пациентам в раннем послеоперационном периоде потребовалась ренефростомия по поводу отхождения нефростомического дренажа, одному (11,1%) пациенту на 3-и сутки после операции потребовалось стентирование верхних мочевых путей.

Результаты урографических фаз компьютерных томограмм свидетельствовали о нормальной проходимости кишечного трансплантата, об отсутствии стриктур анастомозов, стабилизации функции почек. Ни одному пациенту не потребовалось повторное реконструктивное вмешательство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заместительная тотальная илеоуретеропластика при протяженных дефектах мочеточника обеспечивает высокую долгосрочную эффективность и позволяет стабилизировать функцию почек. Отсутствие поздних осложнений позволяет считать операцию безопасной и рассматривать ее в качестве варианта выбора при тотальных и субтотальных сужениях мочеточника.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕТРО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ТРАНССФИНКТЕРАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ (ОПЕРАЦИЯ ЙОРКА-МАСОНА)

М.А. Франк^{1,3}, С.М. Демидов^{2,3}, М.О. Мурзин^{2,3}, Р.Ш. Шамуратов³, А.В. Замятин³

¹Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

²Кафедра онкологии и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России,

Екатеринбург, Россия

³ Отделение урологии и онкоурологии, ГАУЗ СО «ГКБ № 40», Екатеринбург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

уретро-прямокишечный свищ;
транссфинктеральный доступ; операция
Йорка-Масона.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лечение уретро-прямокишечных свищей – крайне сложная задача. Единственным эффективным методом лечения является хирургический. *Цель исследования:* оценить результаты реконструктивно-пластических операций по поводу уретро-прямокишечных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике с 2018 г. подверглись оперативному лечению пять пациентов. Причиной формирования свищей была радикальная простатэктомия: в двух – позадилоновая, в трех – лапароскопическая. Лишь в четырех случаях интраоперационно было диагностировано повреждение стенки прямой кишки, последняя ушивалась двурядным швом. Патологические сообщения были сформированы в ближайшем послеоперационном периоде, во всех случаях был локализован рак предстательной железы. Манифестация свища случалась на 7–10-е сутки после РПЭ. В четырех случаях были установлены кишечная и мочева стомы тотчас с появлением клинических симптомов, в одном формирование свища произошло без наложения стом. Всем пациентам в срок от 3 до 12 месяцев после формирования патологического сообщения была выполнена транссфинктеральная фистулопластика. Интраоперационно пациентам устанавливался уретральный дренаж.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пребывание пациентов в клинике в послеоперационном периоде составило 9 дней. Заживление происходило на фоне цистостомического дренажа, так как на вторые сутки уретральный катетер удалялся. У двух пациентов из пяти в раннем послеоперационном периоде развился острый пиелонефрит, который успешно купировался консервативно. На 31-е сутки у одного больного был диагностирован парапроктит, ввиду отсутствия у последнего колостомы. В результате пациенту была выполнена колостомия. Через 6 месяцев при выполнении проктографии был диагности-

рован рецидив свища. В одном случае у пациента был сформирован транссфинктеральный лигатурный свищ, последний был успешно иссечен через 2 месяца.

Четырем пациентам через 30 дней удалены цистостомические дренажи и восстановлено самостоятельное мочеиспускание. У пациентов наблюдается полное удержание мочи. Перед восстановлением целостности кишечного тракта в обязательном порядке оценивался уровень простат-специфического антигена, выполнялась проктография, ирригоскопия, МРТ органов малого таза для оценки состояния тканей между мочевым пузырем и прямой кишкой. Реконструкция ЖКТ выполнялась через три месяца после закрытия цистостомического дренажа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящий момент мы не можем сделать базисных выводов, ввиду небольшого количества наблюдений, однако, с нашей точки зрения, при подготовке пациентов к подобным вмешательствам предпочтительно: 1) превентивная колостома и цистостома; 2) бережная диссекция тканей вокруг свищевого хода; 3) строгое соблюдение всех правил хирургии свищей.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Посткоитальный цистит

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКТОПИЕЙ И ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ УРЕТРЫ

Б.В. Ханалиев¹, А.Г. Барсегян¹, М.Д. Амиров¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гипермобильность наружного отверстия мочеиспускательного канала, влагалищная эктопия уретры, хронический рецидивирующий цистит, транспозиция уретры.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В практике врача-уролога чаще всего встреча-

ются инфекционно-воспалительные заболевания нижних мочевых путей. Среди них особое место стоит выделить лечению хронического рецидивирующего цистита, связанного с регулярным ретроградным забросом влагалищной микрофлоры через уретру в мочевой пузырь. Главными причинами развития хронического рецидивирующего цистита являются анатомические особенности строения нижних мочевыводящих путей: влагалищная эктопия, гипермобильность наружного отверстия уретры. *Цель исследования:* провести систематический обзор результатов хирургического лечения методом транспозиции уретры по модифицированной методике применяемой в урологическом отделении Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе урологического отделения НМХЦ им. Н.И. Пирогова в 2019–2022 гг. проводилась диагностика 85 пациенток с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание, не купирующееся проведением консервативной терапии. У 20 (23,5%) выявлена вестибуло-вагинальная дислокация уретры (I группа), в то время, как у 22 (25,9%) пациенток при гинекологическом осмотре выявлена гипермобильность наружного отверстия мочеиспускательного канала, подтвержденная методом пробы О'Доннел-Хиршхорна (II группа). У 43 (50,5%) при осмотре наружных половых органов органической патологии не выявлено. Выполнено хирургическое лечение 42 (49,5%) пациенток в возрасте от 24 до 45 лет с влагалищной эктопией наружного отверстия мочеиспускательного канала и гипермобильностью уретры. Всем 42 пациенткам выполнена транспозиция наружного отверстия уретры по модифицированной методике Пироговского центра. Использовался рассасывающийся монофиламентный шовный материал 3–0 или 4–0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении модифицированной методики транспозиции наружного отверстия уретры у всех пациенток обеих групп отмечены положительные результаты в отдаленном послеоперационном (более 6 месяцев) периоде в виде купирования эпизодов рецидивирующего посткоитального цистита. Интраоперационное кровотечение развилось у 4 (9,5%) пациенток – гемостаз дополнителем ушиванием. Гематома через 2-е

суток после операции развилась у 1 (2,3%) пациентки – дренирование между швами в области влагалища. Расхождение швов влагалища через 14 дней после операции развилось у 2 (4,7%) пациенток из-за несоблюдения режима полового покоя. Смещение наружного отверстия уретры ниже в результате ее недостаточной мобилизации и фиксации – у 1 (2,3%) пациентки, однако эффект от операции получен. Средняя продолжительность операции составила 50 (± 15) мин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патогенетическое лечение хронического рецидивирующего цистита у женщин с гипермобильностью уретры и влагалищной эктопией наружного отверстия мочеиспускательного канала заключается прежде всего в коррекции анатомо-физиологической конституции пациентки. На сегодняшний день применяемая на базе урологического отделения НМХЦ им. Н.И. Пирогова модифицированная методика транспозиции наружного отверстия уретры позволяет исключить избыточное натяжение дистального отдела уретры и возникающее вследствие этого нарушение кровоснабжения, несостоятельность швов и рецидив заболевания, связанных с рассечением гименальных спаек и максимальным отведением наружного отверстия мочеиспускательного канала от влагалища. Для более объективной оценки данных требуется более детальный и длительный анализ. **Благодарности/Источники финансирования** отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Диагностика и лечение пациентов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРОЙ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

М.М. Хасанов¹, У.А. Абдуфаттаев¹,
А.А. Номонов¹

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гидрофнероз, лоханочно-мочеточниковый

сегмент, диагностика, факторы риска, оперативное вмешательство.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) – любое патологическое сужение просвета ЛМС, которое нарушает его проходимость. Причины данной обструкции бывают врожденными и приобретенными. *Цель исследования:* определить значимые факторы в прогнозе эффективности реконструктивных операций у пациентов со стриктурой ЛМС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данное исследование включены 303 пациента, обратившихся в ГУ «РСНПМЦУ» со 2018 по 2021 г, которым был выставлен диагноз «стриктура ЛМС». Средний возраст пациентов составил $26,95 \pm 15,9$ года (от 5 до 77 лет). Среди них мужчин было 150 (49,5%), женщин – 153 (50,5%). Для оценки каждого фактора в прогнозе успешности оперативного вмешательства использовали следующие методы оценки: относительного (RR) и абсолютного (AR) риска, отношение шансов (OD). В оценке успешности оперативного вмешательства используются: анамнестические данные, данные ультразвуковых, лабораторных исследований, стороны поражения. Точками отсечения результатов данных лабораторных анализов будут пределы референсных значений. Все результаты параметрических исследований будут представлены следующим образом: $M \pm SD$, min, max, OD, RR, AR, точка отсечки, AUC, а непараметрических показателей – N, %, OD, RR, AR, CI, AUC.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность заболевания – $26,9 \pm 12,8$ (5–65, OR=2,35; RR=0,89, AR=0,46, точка отсечки 22,1, AUC=76,9); ранее перенесенные операции – 92 (30,3%), OR=8,49, RR=4,259, AR=0,56 [2,88–6,28], AUC 65,3).

Минимальная толщина почечной паренхимы – $7,82 \pm 3,31$ мм (4–12, OR=1,348; RR=0,74, AR=0,68, точка отсечки – 6 мм, AUC=88,9); МДПЛ – $3,22 \pm 0,98$ см (1,17–6,22, OR=2,38; RR=0,77, AR=0,65, точка отсечки – 3,11 см, AUC = 77,5); наличие камней в ЧЛС – 91 (30,1%), OR=6,909, RR=1,449, AR=0,6 [1,163–2,95], AUC 67,1).

Степени гидронефроза: 1 ст. гидронефроза – 165 (54,4%), OR=3,317, RR=1,356, AR=0,576 [1,26–2,70], AUC 82,2); 2 ст. гидронефроза – 73 (24,09%), OR=3,439, RR=1,214, AR=0,862 [1,05–

2,25] AUC 80); 3 ст. гидронефроза – 65 (21,5%), OR=19,385, RR=1,416, AR=0,682 [1,30–2,49] AUC 61).

Данные лабораторных исследований: мочевины – $9,51 \pm 2,85$ ммоль/л (6,7–12,4, OR=2,29; RR=0,77, AR=0,87, точка отсечки – 8,2 ммоль/л, AUC=81,3); креатинин – $180,2 \pm 61,3$ мкмоль/л (120–240, OR=2,31; RR=0,79, AR=0,84, точка отсечки – 110 мкмоль/л, AUC=83,9).

Сторона поражения: обе стороны – 69 (22,8%), OR=1,22, RR=1,531, AR=0,49 [1,25–2,09], AUC – 66,9); унилатеральное – 149 (49,2%), OR=2,25, RR=1,425, AR=0,826 [1,19–2,25], AUC – 73,9); единственная почка – 41 (13,5%), OR=2,36, RR=1,33, AR=0,68 [1,11–1,92], AUC – 69,2); с компретированной почкой – 44 (14,5%), OR=1,15, RR=0,98, AR=0,77 [0,79–1,25], AUC – 55,9).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Степень гидронефроза, минимальная толщина почечной паренхимы, МДПЛ и мочевины с креатинином до точек отсечки являются значимыми факторами эффективности реконструктивных операций при стриктурах ЛМС.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии : Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Д.А. Чеснов¹, Б.Р. Гвасалия¹, М.У. Бабаев¹, Ю.П. Горобец¹, Д.Ю. Пушкар¹

¹Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, уретропластика, сексуальная дисфункция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вопросы диагностики и лечения стриктур уретры являются одним из наиболее сложных раз-

делов оперативной урологии. Наиболее эффективным методом лечения стриктур передней уретры является реконструктивная операция. Сексуальная дисфункция, возникающая после реконструктивной хирургии, может оказывать серьезное влияние на качество жизни и удовлетворенность пациентов после операции. Сексуальная дисфункция после уретропластики включает в себя такие состояния, как эректильная дисфункция, нарушение эякуляции, искривление или уменьшение полового члена, нарушение генитальной чувствительности. *Цель исследования:* оценить влияние реконструктивной хирургии передней уретры на сексуальную функцию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в период 2021–2022 гг. В исследовании приняли участие 50 пациентов со стриктурой бульбозного отдела уретры в возрасте 18–68 лет (средний возраст – 47 лет), которым выполнена аугментационная уретропластика с применением трансплантата слизистой щеки. Средняя протяженность стриктуры составила $1,9 \pm 2,5$ (2,3 см). Период наблюдения составил 12 мес. До и после операции производилась оценка эректильной функции с помощью международного индекса эректильной функции (МИЭФ5). Степень эякуляторных нарушений оценивали с помощью опросника мужского сексуального здоровья MSHQ (Male Sexual Health Questionnaire). Средние показатели оргазмической, эректильной функции, а также генитальной чувствительности оценивали в предоперационном периоде и через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные результаты в предоперационном и послеоперационном периоде представлены в таблице.

Таблица. Оценка изучаемых характеристик

Показатели	Предоперационное среднее $M \pm SD$, (max–min)	Постоперационный период (3 мес.), среднее $M \pm SD$, (max–min)	Постоперационный период (6 мес.), среднее $M \pm SD$, (max–min)	Постоперационный период (12 мес.), среднее $M \pm SD$, (max–min)	p
МИЭФ-5, баллы*	21,7± 0,9	20,2± 4,5	22,4± 2,2	21,4± 3,0	>0,05
MSHQ-EjD, баллы*	8,2± 2,23	9,8± 1,37	11,4± 1,5	11,6± 2,6	<0,05
Примечание: n – количество пациентов; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; min – max – минимум и максимум; МИЭФ-5 – международный индекс эректильной дисфункции; MSHQ_EjD – опросник мужского сексуального здоровья.					

При оценке эректильной функции 46 (92%) пациентов не отметили ухудшения данных показателей. Снижение среднего балла МИЭФ5 выявлено у 4 (8%) пациентов старшей возрастной группы (>65 лет) и потребовалось назначение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа.

У 29 пациентов (58%) с нарушенной эякуляторной функцией до операции выявлено значимое улучшение эякуляции с точки зрения объема, силы, удовольствия. 8 пациентов (16%) сообщили об ухудшении эякуляции, связанном с возникновением «дриблинга».

У 3 пациентов (6%), прооперированных по поводу стриктуры бульбозного отдела уретры, выявлено незначительное укорочение полового члена. Искривления полового члена у пациентов после операции не выявлено.

9 пациентов (12 %) через 3 месяца после операции отметили изменение чувствительности

в области промежности, а 1 пациент предъявлял жалобы на «холодную головку» полового члена. При этом никто из пациентов не испытывал проблем в сексуальной жизни из-за нарушений чувствительности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аугментационная уретропластика с применением трансплантата слизистой щеки у пациентов со стриктурой бульбозного отдела уретры характеризуется высокой эффективностью в плане восстановления проходимости уретры, а также отсутствием значимого нарушения сексуальной функции в послеоперационном периоде.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «МАЛОГО» МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

К.Х. Чибиров¹, А.А. Горелова^{1,2}, А.И. Горбунов¹, П.К. Яблонский^{1,2}

¹Урологическое отделение, ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

туберкулез мочевого пузыря, «малый» мочевой пузырь, илеоцистопластика, комплексная уродинамическая диагностика, качество жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить резервуарную и эвакуаторную функции кишечного мочевого резервуара и качество жизни у больных с «малым» мочевым пузырем туберкулезной этиологии (ММПТЭ), перенесших супратригональную резекцию с аугментационной илеоцистопластикой (АИ) и цистэктомией с последующей ортотопической илеоцистопластикой (ОИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 39 пациентов, распределенных на две группы. Первая группа включала 19 пациентов (13 мужчин и 6 женщин, средний возраст – 51,47±17,06 года) перенесших АИ. Во второй группе состояло 20 пациентов (8 мужчин и 12 женщин, средний возраст – 58,35±9,72 года), которым выполнялась ОИ. Спустя 1–6 лет

после операции всем пациентам выполнено обследование: анализ медицинской документации, измерение объема остаточной мочи (ООМ), оценка дневника мочеиспускания (ДМ), комплексное уродинамическое исследование, анализ опросников Кинга по здоровью и QoL. Статистическая обработка проведена с использованием программы STATISTICA for Windows (версия 9).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели ДМ и энтероцистометрии наполнения позволили констатировать достижение удовлетворительной накопительной функции кишечного мочевого резервуара в группах. Статистически значимые различия между группами не выявлены ($p \geq 0,05$). Анализ результатов урофлоуметрии и энтероцистометрии опорожнения показал статистически значимые различия между группами. Во второй группе объемная скорость мочеиспускания и объем выделенной мочи были значимо больше. ООМ в первой группе был значимо больше и позволил констатировать наличие хронической задержки мочеиспускания, что определило показания к выполнению интермиттирующей самокатетеризации у 14 (73,6%) пациентов. Тогда как во второй группе самокатетеризация была показана только одному пациенту (5%). Полученные данные представлены в таблице.

Таблица. Показатели урофлоуметрии, объема остаточной мочи после операции

Группы	Qmax, мл/сек.	Объем микции, мл	ООМ, мл
группа № 1	12,7 ± 5,34	184,0± 69,08	254,21± 116,47
группа № 2	20,37± 9,48	293,0± 131,48	26,50± 12,49
	p=0,034	p=0,041	p=0,000

Расчетное резервуарное давление открытия и при максимальной скорости микции сопоставимы в обеих группах ($p \geq 0,05$). При этом пациентам первой группы приходилось создавать в 2-3 раза большее абдоминальное давление ($p < 0,05$), что, учитывая решающую роль абдоминального компонента для инициации и поддержания микции у данной категории пациентов, является маркером инфравезикальной обструкции. Результаты

анализа опросника QoL и первого пункта опросника Кинга демонстрируют, соответственно, худшую оценку качества жизни, ассоциированного с мочеиспусканием, и худшее состояния общего здоровья у пациентов, перенесших резекцию мочевого пузыря, чем после цистэктомии ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение мочепузырного треугольника с последующей аугментационной илеоцистопластикой в отличии от цистэктомии с ортотопической илеоцистопластикой у больных с ММПТЭ ассоциируется с неудовлетворительной эвакуаторной функцией кишечного мочевого резервуара и худшими показателями качества жизни при сопоставимых и удовлетворительных показателях резервуарной функции.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология верхних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА

Г.Ш. Шанава^{1,2}, М.С. Мосоян², А.А. Сиваков¹, Р.Е. Никулин²

¹Отделение урологии ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра урологии с курсом роботической хирургии ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

³Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма мочеточника, осложнения, реконструктивная операция.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди травм мочеточника преобладают ятрогенные повреждения. До 60–93% ятрогенных уретротравм не выявляются своевременно, что приводит к развитию осложнений. Цель исследова-

ния: оценить результаты лечения травм мочеточника в зависимости от срока диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование проводилось в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе и в НМИЦ им. В.А. Алмазова. Проанализированы 46 пациентов с интраоперационными ($n=40$), открытыми ($n=5$) и закрытыми ($n=1$) травмами мочеточника. В зависимости от срока диагностики травмы мочеточника выполнялись первичные (группа 1) и вторичные (группа 2) реконструктивные операции. Травмы мочеточника оценивались по классификации Американской ассоциации хирургии травмы (AAST). Верхние мочевыводящие пути (ВМП) дренировались мочеточниковым стентом или пункционной нефростомой. Для оценки статистической значимости различий между 2 независимыми группами использовался U-критерий Манна-Уитни. При оценке статистической значимости полученных результатов была выбрана вероятность случайной ошибки менее 5% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе группы 1 и 2 по полу, возрасту, тяжести травмы по AAST достоверно не отличались ($p > 0,05$). В группе 1 – 6 (40%) пострадавших с сочетанными уретротравмами, сопровождавшимися травматическим шоком (ТШ), и 9 (60%) пациентов с интраоперационными повреждениями. В группе 2 – 31 (100%) пациент с интраоперационными травмами. Данные двух групп представлены в таблице.

Таблица. Демографические, клинические и послеоперационные данные

Показатель		Группа 1 ($n=15$)	Группа 2 ($n=31$)	p
Мужчины		6 (40%)	5 (16,1%)	0,081
Женщины		9 (60%)	26 (83,9%)	
Уровень травмы мочеточника	В/3	8 (53,3%)	3 (9,7%)	0,003
	Ср/3	2 (13,3%)	3 (9,7%)	
	Н/3	5 (33,3%)	22 (70,9%)	
	Н/3 с обеих сторон	0 (0%)	1 (3,2%)	

Сочетанная травма		6 (40%)	0 (0%)	<0,001
Ятрогенная травма		9 (60%)	31 (100%)	
Характер травмы	Закрытый	1 (6,7%)	0 (0%)	0,049
	Открытый	5 (33,3%)	0 (0%)	
	Ятрогенный	9 (60%)	31 (100%)	
Классификация травмы по АССТ	I	0 (0%)	1 (3,2%)	0,148
	II	11 (73,3%)	15 (48,4%)	
	III	1 (6,7%)	3 (9,7%)	
	IV	2 (13,3%)	4 (12,9%)	
	V	1 (6,7%)	8 (25,8%)	
Шок	Нет	9 (60%)	31 (100%)	<0,001
	I	1 (6,7%)	0 (0%)	
	II	4 (26,7%)	0 (0%)	
	III	1 (6,7%)	0 (0%)	
Осложнения травм мочеочника		3 (20%)	31 (100%)	<0,001
Послеоперационные осложнения		2 (13,3%)	9 (29%)	0,246
Исход	Выписан	14 (93,3%)	29 (93,5%)	1,000

Пациентам 1-й группы выполнялись первично реконструктивные операции: 8 (53,3%) – ушивание дефекта мочеочника, 5 (33,3%) – уретероуретероанастомоз, 1 (6,7%) – уретеронеоцистоанастомоз. 1 (6,7%) пациенту с ТШ III ст. мочеочник перевязали. Во 2-й группе при запоздалой диагностике уретеротравмы вначале проводились этапные операции, направленные на дренирование ВМП, из-за развившихся осложнений. Спустя 3–9 месяцев выполнялись отсроченные реконструктивные операции открытым (n=24) и робот-ассистированным (n=7) способами: уретероуретероанастомоз – 12 (38,7%), уретероцистонеоанастомоз – 9 (29%), операция Боари – 10 (32,3%). Во 2-й группе посттравматические ос-

ложнения наблюдались в 100% случаев, статистически чаще, чем в 1-й группе (p<0,001). Пациентам 2-й группы потребовались этапная и отсроченная операции в 100% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное лечение травмы мочеочника позволяет избежать развития посттравматических осложнений, а также проведения этапных и вторичных реконструктивных операций.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мочевых путей. Базовые исследования

КРАЕВАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.Н. Шибяев^{1,2}, Ю.В. Павлова^{1,2}, В.В. Базаев¹, Д.И. Султанов³, В.Г. Шестакова², Р.Д. Павлов², В.М. Терехов², А.А. Подойницын¹

¹ГБУЗ МО «МОНИКИ им М.Ф. Владимирского», Москва

²ФГБОУ «Тверской ГМУ» МЗ РФ, Тверь

³АО «Группа компаний «МЕДСИ», Москва

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктура уретры, стриктура мочеочника, уретропластика, трансплантат слизистой оболочки полости рта.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В реконструктивной хирургии протяженных стриктур уретры и мочеочника в настоящее время широко используется трансплантат слизистой полости рта. Это связано с относительной простотой хирургической техники и хорошими функциональными результатами лечения. Накоплено достаточное количество клинических наблюдений приживления трансплантата слизистой полости рта без формирования хорошо васкуляризованного ложа для него. Предполагается, что ранняя реваскуляризация в этом случае происходит за счет анастомозирования сосудов реципиентной зоны и сосудистой сети собственной пластинки слизистой полости рта по краю

трансплантата (торца). Однако теоретического обоснования этого феномена до настоящего времени нет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможность краевой ревазуляризации трансплантата слизистой полости рта в экспериментальной модели.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ВЫВОДЫ

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

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология мочевых путей. Базовые исследования

ОСОБЕННОСТИ МИКРОАНГИОАРХИТЕКТониКИ LAMINA PROPRIA СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ

НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА
А.Н. Шибяев^{1,3}, Ю.В. Павлова^{1,3}, В.В. Базаев¹,
Г.Р. Сетдикова², А.А. Подойницын¹

¹Урологическое отделение ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

²Патологоанатомическое отделение ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

³Кафедра урологии и андрологии ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» МЗ РФ, Тверь, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, стриктура мочеточника, уретропластика, трансплантат слизистой оболочки полости рта.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Использование трансплантата слизистой полости рта в реконструктивной хирургии уретры является «золотым стандартом» для лечения протяженных стриктур. В последнее время накапливается опыт применения этого материала при пластике мочеточника. Основным условием успеха такой реконструктивной операции считается наличие адекватного ложа для ранней ревазуляризации трансплантата. В некоторых клинических ситуациях это не представляется возможным. Накоплены данные по успешной пластике уретры и мочеточника без создания ложа для трансплантата. Основой для этого могут быть особенности строения микроциркуляторного русла слизистой полости рта. *Цель данного исследования:* оценить распределение сосудов микроциркуляторного русла в трансплантатах слизистой полости рта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Образцы ткани размером 5x5 мм (2 шт.) получали из трансплантатов слизистой полости рта после их забора и префабрикации для реконструктивной операции по поводу стриктуры уретры (n=6). Фиксацию, дегидратацию и изготовление

блоков проводили по стандартной методике. Для приготовления срезов образцы ткани ориентировали перпендикулярно и параллельно плоскости слизистой. Срезы (4 μm) окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологическое исследование проводили с использованием оптического микроскопа ($\times 200$). Оценивали плотность микроциркуляторного русла (сосудов/ мм^2) в собственной пластинке слизистой (в параллельных срезах на границе пластинки и подслизистой). В каждом образце проводилась оценка параметров в 3 точках двумя патологами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЕ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В.А. Щекочихин, С.П. Даренков,
А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук

*Кафедра урологии, ФГБУ ДПО «Центральная
государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ

Уретропластика является одной из основных хирургических методик в современной урологии и широко используется для оперативного лечения стриктур уретры. Однако, послеоперационный период может быть сложным и требует определенного реабилитационного лечения. Одним из важнейших аспектов послеоперационной реабилитации является оценка качества жизни (КЖ) и эффективности лечения (ЭЛ). Критерии оценки качества жизни и эффективности реабилитационного лечения пациентов после уретропластики являются необходимым инструментом для оценки успешности лечения. Они позволяют оценить не только физическое состояние пациента, но и его эмоциональное и социальное благополучие. В данной статье рассмотрено, какие критерии необходимо использовать для оценки качества жизни и эффективности реабилитационного лечения пациентов после уретропластики передней уретры.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

в данной работе проведен обзор литературы по критериям оценки качества жизни и эффективности реабилитационного лечения пациентов после уретропластики. Были проанализированы различные исследования, включая результаты опросов пациентов и клинические данные. Каче-

ство жизни является важным показателем эффективности проведенного хирургического лечения. Для оценки качества жизни пациентов после уретропластики используются опросники, такие как SF-36 и IPSS. Опросник SF-36 (The Short Form-36) включает в себя восемь шкал, оценивающих физическое и психическое здоровье, а также социальную и ролевую функцию пациентов, состоит из 36 вопросов. IPSS – это опросник, который оценивает симптомы нижних мочевых путей, такие как частота мочеиспускания, трудность начала мочеиспускания и т.д. Существует специализированный опросник PROM-USS (Patient-Reported Outcome Measures for Urethral Stricture Surgery) — это инструмент, который используется для оценки результатов лечения у пациентов с стриктурами передней уретры. Он представляет собой набор вопросов, которые направлены на измерение симптомов нижних мочевых путей, качества жизни и общего здоровья у пациентов. PROM-USS позволяет объективизировать субъективные ощущения пациентов в числовом эквиваленте, оценивая эффективность перенесенного лечения с точки зрения пациента. Результаты опроса помогают врачам определить, насколько успешно прошло лечение и как можно улучшить качество жизни пациента. Все эти опросники позволяют оценить КЖ пациентов до и после хирургического лечения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Оценка эффективности лечения также является важной частью послеоперационной реабилитации. Для оценки эффективности уретропластики используются такие показатели, как время восстановления мочеиспускания, частота рецидивов, функциональное состояние мочевых путей и уретры, а также общее состояние пациента. Оценка эффективности проводится в различные временные точки, например, через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка качества жизни и эффективности реабилитационного лечения пациентов после уретропластики должна осуществляться с помощью стандартизированных инструментов, таких как опросники и медицинские анкеты. Оценка качества жизни является важной частью процесса реабилитации и позволяет оценить эффективность лечения в целом. Кроме того, оценка качества

жизни может помочь в разработке индивидуального плана лечения и реабилитации пациента.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Реконструктивная урология нижних мочевых путей. Оценка исходов, наблюдение и профилактика

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМОГО В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ

В.А. Щекочихин, С.П. Даренков,
А.А. Проскоков, Д.А. Юрасов, И.С. Пинчук

*Кафедра урологии, ФГБУ ДПО «Центральная
государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стриктуры уретры, уретропластика, хирургия.

ВВЕДЕНИЕ

Развитие высокотехнологичных методов хирургического лечения привело к увеличению ятрогенных осложнений в эндоскопической урологии, в том числе рецидивов стриктур уретры (до 30% в течение первых 5 лет после операции), а также сложностей в курации больных в послеоперационном периоде и периоде между этапами пластики уретры (при двухэтапных операциях). В связи с этим лечение стриктур уретры остается одной из важнейших проблем в оперативной урологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение эффективности оперативного лечения стриктур уретры на основе опыта хирургической работы урологического центра ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ за 2020-2022 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинических данных оперативного лечения мужчин с различными формами стриктур передней уретры и их локализацией. Успешность уретропластики была оценена как способность пройти контрольную урофлоуметрию, уретрографию, а при необходимости – контрольную уретроскопию уретроскопом раз-

мера 17Ch – до и после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Буккальная уретропластика становится все более популярной и эффективной методикой хирургического лечения протяженных стриктур мочеиспускательного канала. В исследовании представлена сравнительная эффективность наиболее популярных методик уретропластик: внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ), анастомоз «конец в конец» (операция Хольцова) и буккальная уретропластика. За три года проведена пластика уретры у 98 мужчин, из которых у 29 была выполнена внутренняя уретротомия, у 48 – заместительная уретропластика слизистой щеки, а у 21 – анастомотическая уретропластика (с рассечением ножек кавернозных тел, пубэктомией, рерутингом). Эффективность уретропластики, по нашим данным, составила 91,6%.

ВЫВОДЫ

Нами отмечена тенденция к расширению показаний для буккальной пластики как наиболее совершенной методики лечения стриктур передней уретры, создающие эффективные показатели качества жизни пациента и с меньшим количеством повторных рецидивов.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

РАЗНОЕ

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний

Рубрика: Методы гемостаза операционных ран

ГЕМОСТАЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

С.А. Аллазов¹, И.С. Аллазов¹, Ю.Н. Искандаров¹

¹*Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гемостаз, операционная рана, лагохилус опьяняющий.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение возможностей применения альтернативных способов гемостаза операционных ран, в частности, обработки ран настоем лагохилуса опьяняющего.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось сравнительное исследование различных способов гемостаза операционных ран (лигирование, электрокоагуляция и настой или настойка лагохилуса) у 220 больных с урологической патологией, требующей проведения оперативного вмешательства. Из них у 148 была выполнена операция на почке, у 23 – на мочеточнике, у 35 – на мочевом пузыре и у 14 – на органах мошонки.

Способ гемостаза препаратами лагохилуса опьяняющего (разрешенные фармакопеей как местного гемостатика) заключается в следующем: после разреза кожи и подкожной жировой клетчатки к поверхности операционной раны прикладывается стерильная марлевая турунда, обильно пропитанная настоем лагохилуса, и прижимается к ране в течение 2–3 мин. Турунда удаляется, в случае продолжающегося кровотечения эту процедуру можно повторить еще 2–3 раза до полной остановки кровотечения. В противном случае прибегали к термическим или механическим способам гемостаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гемостаз операционных при хирургических разрезах осуществляется приложением турунды, пропитанной спиртом, электрокоагуляцией, лигированием или ушиванием. Но каждый из них кроме преимуществ имеют и недостатки: дублирование спиртом, прижигание тканей при термокоагуляции, оставление лигатур в операционной ране при лигировании или ушивании. В то же время препараты лагохилуса обладают только положительными свойствами в отношении операционных ран при гемостазе в области хирургических разрезов. Так, при люмботомии из 48 больных у 32 удалось добиться гемостаза настоем или настойкой лагохилуса, у 9 – термокоагуляцией и у остальных 7 – перевязкой или ушиванием кровотокающего сосуда. При уретеротомии у 16 больных гемостаз достигнут применением препаратов лагохилуса, 5 – термокоагуляцией и у 2 – перевязкой сосудов. При цистотомии из 35 больных у 24 кровотечение остановлено применением препаратов лагохилуса, у 7 больных применяли термокоагуляцию и у 4 больных осуществили перевязку сосудов в ране. При операциях на органах мошонки в 11 случаях гемостаз осуществлен применением настоя или настойки лагохилуса, в двух случаях – термокоа-

гуляцией и у 1 больного – перевязкой сосудов на ране.

Следует отметить, что использование фармакологических методов гемостаза, таких, как обработка водной либо спиртовой настойкой лагохилуса, позволяет улучшить результаты проводимых оперативных вмешательств, оптимизировать имеющиеся гемостатические методы. В основном больные были оперированы под регионарной анестезией – спинальной или перидуральной. При наличии противопоказаний к этим методам анестезии применялся метод внутривенной анестезии с мышечными релаксантами и ИВЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настой или настойка местного гемостатика лагохилуса являются надежными кровоостанавливающими средствами, неинвазивным для ткани в области разреза.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний

Рубрика: Методы гемостаза операционных ран

ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ МАССИВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМАТУРИЯХ

С.А. Аллазов¹, Х.С. Аллазов², Б.Т. Ишмурадов¹

¹*Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан*

²*Самаркандская городская больница № 1, Самарканд, Узбекистан*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

гемостаз, гематурия, лагохилус опьяняющий.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение интенсивной терапии и оказание реанимационной помощи при массивной гематурии урологического происхождения с применением настоя и настойки лагохилуса в качестве гемостатика.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Описанные препараты были применены у 275 больных (32 – уретроррагия, 14 – геморрагический цистит, 7 – опухоли мочевого пузыря, 120 – после аденомэктомии, 42 – операционные раны).

Гемостаз осуществлялся путем инстилляций в уретру и мочевой пузырь 10%-ного водного настоя лагохилуса опьяняющего. При оперативных вмешательствах на кровоточащую поверхность операционной раны на 3–4 мин. прикладывается салфетка, смоченная настойкой лагохилуса, что заменяет такие инвазивные способы гемостаза, как перевязка или электрокоагуляция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение настоя лагохилуса в виде инстилляций способствует прекращению кровотечения из уретры или мочевого пузыря в течение от 10 мин. до 1 часа. Временное (в течение 5–6 мин.) приложение турунды, смоченной настоем и настойкой лагохилуса в ложе аденомы из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10–30 мин. отмечалась остановка кровотечения, у 2 пришлось прибегнуть к электрокоагуляции, а у одного – к ушиванию.

При сквозном орошении полости мочевого пузыря смесью из дезинфицирующего раствора и настоя лагохилуса за 2–3-е суток у больных с геморрагическим циститом или опухолью мочевого пузыря, а также при операции аденомэктомии макрогематурия прекратилась и стало возможным осуществление оперативного вмешательства (цистолитотрипсия – 2, цистолитотомия – 2, резекция стенки дивертикула – 2, резекция мочевого пузыря с опухолью – 4).

Гемостаз во время аденомэктомии осуществлялся после 1- или 2-кратного тампонирования турундой, смоченной настоем лагохилуса в течение 5–6 мин. Из 60 больных у 59 удалось осуществить гемостаз таким способом, только у одного пришлось ушивать ложе. После операции аденомэктомии у всех больных в течение 4–5 дней осуществлялось орошение полости мочевого пузыря через дренажные трубки дезинфицирующим раствором с добавлением настоя лагохилуса из расчета 100 м на 1000 мл дез. р-ра.

Настойку лагохилуса использовали при гемостазе операционной раны у 42 больных. При этом нормализуются или приближаются к норме показатели кровоточивости, данные УЗИ, функциональное состояние почек, что свидетельствует о выраженном гемостатическом свойстве настоя и настойки лагохилуса опьяняющего.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение настоя и настойки лагохилуса упро-

шает технику гемостаза, является надежным фармакологическим способом остановки кровотечения из нижних мочевых путей и после операционной раны создает условия для оптимального формирования структуры и физиологии кровотокащей тканевой поверхности (мало- или неинвазивность) и, что немаловажно, обходится намного дешевле, чем другие способы гемостаза.

Благодарности/Источники финансирования: отсутствуют

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

Рубрика: Распространенность травм и ранений верхних и нижних мочевых путей, мужских половых органов

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В.В. Протошак, М.В. Паронников,
Е.Г. Карпущенко, Д.Н. Орлов, А.В. Слепцов

*Кафедра урологии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма, ранения, почка, мочеточник, мочевого пузыря, уретра, яичко, половой член.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изменившийся характер ведения боевых действий от крупномасштабных войн к локальным военным конфликтам влияет и на структуру повреждений у пострадавших и раненых. *Цель исследования:* оценить современную частоту повреждений органов мочеполовой системы на примере работы травмоцентра I уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое ретроспективное исследование. В выборку включены 82 пациента с повреждениями и травмами органов мочеполовой системы в возрасте 19–49 лет, поступивших для дообследования и лечения в один травмоцентр. Изолированные повреждения имели место 29 (35,4%), сочетанные у 53 (64,3) пациентов. Средний период наблюдения составил $10,1 \pm 2,3$ (3–13) месяца. Распределение по степени тяжести повреждений

выполнялось согласно классификации американской ассоциации хирургической травмы – AAST. Значимость различий в частотах оценивали с помощью четырехпольных таблиц сопряженности по критерию Хи-квадрат с поправкой Йейтса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение пациентов по структуре и степени тяжести повреждений органов мочеполовой системы представлены в таблице.

Таблица. Распределение пациентов по структуре и степени тяжести повреждений

Степень тяжести AAST	Локализация, абс. (%)					
	Почка	Мочеточник	Мочевой пузырь	Уретра	Органы мошонки	Половой член
I	3 (3,7)	-	2 (2,4)	-	-	-
II	4 (4,9)	-	3 (3,7)	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)
III	6 (7,3)	1 (1,2)	5 (6,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)
IV	5 (6,1)	-	5 (6,1)	4 (4,9)	4 (4,9)	4 (4,9)
V	4 (4,9)	1 (1,2)	4 (4,9)	7 (8,5)	8 (9,8)	6 (7,3)
Всего	22 (26,8)	2 (2,4)*	19 (23,2)	13 (15,9)	14 (17,1)	12 (14,6)
Примечание: * – различия статистически значимы по сравнению с другими группами.						

Меньше всего было пациентов с повреждениями мочеточника (2,4%), что значимо отличалось от других локализаций - почки (26,8%), мочевого пузыря (23,2%), мочеиспускательного канала (15,9%), органов мошонки (17,1%) и полового члена (14,6%), ($p \leq 0,05$). При этом у пациентов с повреждением уретры, органов мошонки и полового члена преобладали более высокие степени тяжести травмы - IV и V ($p \leq 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современных военных конфликтах частота повреждения органов мочеполовой системы значимо не отличается от данных предыдущих воен-

ных операций. В то же время в структуре травм наружных половых органов превалируют наиболее серьезные степени тяжести, что может объясняться отсутствием должной бронезащиты паховой области при минно-взрывных поражениях.
Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы).

Рубрика: Мужские половые органы.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТЫМИ КИСТАМИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА

А.И. Рыжков^{1,2}, С.Ю. Соколова²,
И.С. Шорманов¹

¹Кафедра урологии с нефрологией, ФГБУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

²Отделение урологии ООО «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

простая киста паренхимы яичка, интратестикулярная киста, киста яичка.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Простые кисты паренхимы яичка до недавнего времени считались крайне редкой патологией. Последние годы данное состояние диагностируется чаще, что во многом связано с широким применением ультразвукового исследования органов мошонки. Единый подход к ведению пациентов с данной нозологией на сегодняшний день не выработан. *Цель исследования:* определить тактику ведения пациентов с простыми кистами паренхимы яичка посредством изучения текущей доказательной базы мировой литературы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен поиск публикаций, посвященных простым кистам паренхимы яичка в международной базе данных PubMed, в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и в поисковой системе Google Scholar. Ограничений в отношении статуса и периода публикации не вводилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Простые кисты паренхимы яичка наблюдаются

у 8–10% пациентов. Этиология простых интратестикулярных кист остается неизвестной. Небольшие кисты паренхимы яичка чаще всего бессимптомны, болевая симптоматика характерна для крупных кист размером более 2 см. Ультразвуковое исследование позволяет с высокой точностью дифференцировать простые кисты паренхимы яичка от других кистозных поражений яичка. Бессимптомные единичные кисты паренхимы яичка не требуют хирургического лечения и, вероятно, нуждаются в динамическом наблюдении. Пациентам с симптоматическими и множественными кистами следует рекомендовать хирургическое лечение. Предпочтение следует отдавать органосохраняющим техникам в виде резекции/энуклеации кисты. Орхэктомия для лечения простых интратестикулярных кист следует применять в исключительных случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного анализа литературы позволяют нам предложить следующий алгоритм ведения пациентов с простыми кистами паренхимы яичка (рис.).

Простые кисты паренхимы яичка	
Единичные	Множественные
Бессимптомная	Симптоматическая
Динамическое наблюдение	Хирургическое лечение (резекция/энуклеация кисты, в исключительных случаях орхэктомия)

Рисунок. Алгоритм ведения пациентов с простыми кистами паренхимы яичка

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Сложная хирургия ретроперитонеальных заболеваний
Рубрика: Лечение аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Р.Н. Трушкин¹, П.Е. Медведев¹, О.С. Шевцов,
А.А. Губко¹, С.А. Соколов¹, Н.Е. Щеглов¹

¹ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗ г. Москвы, урологическое отделение, 123182 Москва, ул. Пехотная, д. 3/2, Москва, Россия

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

терминальная стадия хронической почечной недостаточности, трансартериальная эмболизация почечных артерий, лапароскопическая нефрэктомия, урология, АДПБП (Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек).

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

АДПБП занимает 4-е место в структуре причин тХБП, с суммарным количеством больных около 15 млн во всем мире. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек характеризуется прогрессирующим ухудшением почечной функции, увеличением объема нативных почек. Большинству пациентов с АДПБП потребуется пересадка почек на поздних стадиях заболевания. С целью облегчения симптомов заболевания и освобождения места для трансплантата зачастую необходимо выполнение нефрэктомии нативных почек, однако радикальное хирургическое лечение массивных почек сопряжено с большими рисками. В последнее время появилось огромное количество наблюдений, показывающих любопытные результаты в виде значительного уменьшения нативных почек после трансартериальной эмболизации последних. Так, в одном из крупных наблюдательных исследований Cornelis и соавт. сообщают, что средняя частота уменьшения объема нативных почек после трансартериальной эмболизации составляет 42% через 3 месяца наблюдения и 54% после 6 месяцев наблюдения, успешность метода описана в 85% случаев. Таким образом, данная проблема является не только актуальной

и малоизученной, но и без четких алгоритмов и методов решения. *Цель исследования:* разработать и внедрить малоинвазивный метод лечения аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек у больных с тХБП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗ г. Москвы в период с 2022 по 2023 г. выполнено 19 хирургических вмешательств в объеме: билатеральная трансартериальная эмболизация почечных артерий, с последующей отсроченной (через 6 месяцев) лапароскопической билатеральной нефрэктомией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов через 6 месяцев наблюдения произошло уменьшение общего объема почек (в среднем до 40%), что позволило выполнить им билатеральную лапароскопическую нефрэктомию без технических трудностей. При этом наблюдалось уменьшение затрат на стационарное лечение данной группы больных за счет сокращения длительности госпитализации, уменьшение риска послеоперационных геморрагических, тромботических, инфекционных осложнений.

РИСУНКИ/ГРАФИКИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом отсутствия алгоритмов лечения данной группы больных, судьба пациентов в большинстве случаев трагична и приводит к инвалидизации и гибели. Так как в большинстве клиник и центрах не имеют должного опыта работы с такими пациентами. Перед плановым оперативным лечением не проводится контрактильная почечная терапия (терапия, направленная на уменьшения объема гигантских нативных почек), что в итоге приводит к грозным геморрагическим, гнойно-септическим (учитывая иммунную компрометацию данной группы больных) и хирургическим осложнениям.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Междисциплинарные взаимодействия – будущее развития урологии
Рубрика: Реконструктивная урология (верхние и нижние мочевые пути, мужские половые органы)

МОРФОГЕНЕЗ ПОЧЕЧНОЙ РАНЫ ПРИ ТРАВМАХ

К.А. Чиглинецв¹, А.Ю. Чиглинецв²

¹*Кафедра урологии, нефрологии
и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ»
Минздрава России, Екатеринбург, Россия*
²*МДЦ «Арника», Челябинск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

почка, травма, морфогенез, репаративная регенерация, протеин Ki-67, пролиферативная активность, ангиогенез.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Девиация лечебной тактики в консервативный вектор актуализирует вопросы репаративной регенерации почки, где одним из основных показателей динамики заживления является пролиферация клеточных элементов в ране. Одним из специфичных маркеров пролиферации является протеин Ki-67 – основная часть нуклеарного матрикса, в течение интерфазы ассоциированная с хромосомами фазы митоза. Другой маркер – протеин ERG из семейства факторов транскрипции, специфичных для трансформации эритробластов, являющимися ключевыми регуляторами клеточной пролиферации, дифференцировки и ангиогенеза. *Цель исследования:* проследить пролиферативные процессы в почке в течение ближайшего посттравматического периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка патоморфологических изменений и установление особенностей репаративной регенерации в паренхиме почки выполнена из 16 поврежденных органов с Grade III–IV (OIS AAST), изъятых по показаниям в ходе оперативного лечения – нефрэктомии. Среди пострадавших преобладали мужчины – 13, женщин было 3, возраст – от 24 до 48 лет, средний возраст – 31,2±1,3 года. Гистологическое исследование проводили в соответствии со стандартным протоколом. Для иммуногистохимических исследований использовался непрямой двухшаговый метод, основанный на использовании немеченых первичных

антител, которые после связывания с антигеном тканей выступают в роли антигена для вторичных, конъюгированных с ферментом (пероксидазой хрена) антител. Пролиферативную активность клеток определяли по индексу Ki-67 (IKi-67). Экспрессия ERG определяется по иммуногистохимическому окрашиванию эндотелия сосудов. Препараты исследовали под микроскопом с фотофиксацией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гистологически нами зафиксирована типичность органной реакции на активное внешнее травмирующее воздействие, когда после повреждения начинается и нарастает лейкоцитарная инфильтрация в первые часы после травмы, достигая максимума ко вторым суткам. Длительность периода воспаления продолжается до 2–4 суток, но еще в эту фазу в ране начинают развиваться и параллельно протекают регенераторные процессы. Пролиферация эндотелия капилляров начинается с 6–12 час после травмы, при типичном появлении к концу первых суток; появление тонкостенных сосудов – на 3-и сутки при раннем появлении и на 4–5-е сутки при типичном появлении. Пролиферативная активность по IKi-67 нарастала до 7 суток (45%), сохранением активности до 10 суток (10%) при прогрессивном увеличении количественного содержания сосудов (с 18 в 1 мм² до 58 в 1 мм²). Надо отметить, ранее в литературе сообщено о том, что вероятность заживления составляет 0,75 (75%) при уровне Ki-67 >7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Морфогенез раны почки свидетельствует, что заживление происходит путем неполной посттравматической регенерации на фоне асептического воспаления при выраженной пролиферативной активности эндотелия сосудов и стимуляции ангиогенеза с максимально выраженной интенсивностью к 7-м суткам после травмы.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.

Тема сессии: Междисциплинарные взаимодействия – будущее развития урологии
Рубрика: Инфекции мочевых путей (ИМП).
Базовые исследования, инфекции почек и верхних мочевых путей

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК

К.А. Чиглинецв¹, А.Ю. Чиглинецв²

¹*Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России, Екатеринбург, Россия*

²*МДЦ «Арника», Челябинск, Россия*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма почки, асептическое воспаление, иммунная система, лейкоциты, комплемент, лимфоциты.

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Физиологической адаптивной реакцией организма на альтерацию тканевого и клеточного компонентов паренхиматозной части при повреждениях почки является асептическое воспаление, которое необходимо для ликвидации некротизированных компонентов ткани и включения механизмов репарации. *Цель исследования:* установление репрезентативной реактивности иммунной системы при тупой травме почки не критической степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование 92 пострадавших в возрасте 20–40 лет с изолированными повреждениями почек – Grade I–III. Оценку функционального состояния иммунной системы осуществляли созданной компьютерной программой с использованием критерия Стьюдента, вариации иммунных показателей и коэффициента диагностической ценности (Kj). Трактовка критерия диагностической ценности: чем меньше модуль Kj, тем выше уровень отличий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе реализации алгоритмической обработки полученных результатов определяли достоверность отличий средних значений параметров при травме почки от уровня, установленного в контрольной группе. Статистически значимые результирующие позиции установлены:

гипореактивность макрофагально-фагоцитарного звена легкой степени, что свидетельствовало о завершении нейтрофильной фазы и локализации асептической воспалительной реакции; снижение уровня IgA вследствие адсорбции на иммунных комплексах из-за обретения поврежденными тканями аутоантигенных свойств; активизация системы комплемента в условиях реализации механизмов аутоантигенной программы, вторично угнетающее фагоцитоз. Иммунорегуляторный индекс указывал на адекватность иммунного ответа. После группировки показателей по степени близости и значимости (степень в %), в более достоверных данных, анализировали их средние значения и дисперсию, устанавливали величины (Kj) в наибольшей степени отличающиеся от полученных в контроле. В комплекс наиболее значимых (по Kj) параметров вошли: лейкоциты (47,0), комплемент (47,9) и CD19⁺ (83,4), отражающие реактивность иммунной системы в каскаде событий альтерации ткани почки. Комплекс остальных вычлененных диагностических категорий – CD8⁺ (149,5), ЦИК (306,4) и CD3⁺ (1943,0) может дополнить картину вовлеченности в иммунологический патогенез.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ параметров в компонентах иммунной системы свидетельствует о достаточной адекватности их функционирования в постагрессивной реакции. Вектор формирующихся иммунологических событий не несет перспективы перехода острого асептического воспалительного процесса в хроническую форму. Установленная клиническая ценность показателей иммунитета отражает складывающиеся приоритетные взаимосвязи в общей последовательности участия системы в стерильном посттравматическом воспалении.

Благодарности/Источники финансирования отсутствуют.