

**Научный медицинский журнал**

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР,  
регистрационное свидетельство №002564, почтовый индекс 77346.  
Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и  
кандидатских диссертаций в области медицины.

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012 г.

[www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, д.м.н., профессор

Зам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор,  
зав. каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии, e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: [drmatov@mail.ru](mailto:drmatov@mail.ru)

**Редакционная коллегия:**

**Адамбеков Д.А.** – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР,  
зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии  
**Атамбаева Р.М.** – д.м.н., зав. каф. гигиенических дисциплин  
**Бримкулов Н.Н.** — д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной  
терапии, профпатологии с курсом гематологии  
**Зурдинов А.З.** – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР, за-  
служенный деятель науки КР, зав. каф. базисной и клиниче-  
ской фармакологии им. М.Т. Нанаевой  
**Джумабеков С.А.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор каф-  
едры травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

**Кудаяров Д.К.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор,  
зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии  
**Мамакеев М.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор  
**Мамытов М.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор,  
зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного  
образования  
**Мурзалиев А.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор  
**Оморов Р.А.** - д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР,  
зав. каф. факультетской хирургии  
**Раимжанов А.Р.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор

**Редакционный Совет:**

**Алымкулов Р.Д.** – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитоло-  
гии и физиотерапии  
**Арнольдас Юргутис** - профессор, зав. каф. общественного  
здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)  
**Батыралиев Т.А.** – д.м.н., проф., Министр здравоохранения  
Кыргызской Республики  
**Бейшенбиева Г.Д.** - д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского  
дела  
**Даваасурэн Одонтуяа С.** - д.м.н., проф., Президент Ассоци-  
ации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский  
государственный университет медицинских наук (Монголия)  
**Джумабеков А.Т.** – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии и эндоско-  
пии КазМУНО (Казахстан)  
**Джумалиева Г.А.** – д.м.н., проректор по международным свя-  
зям и стратегическому развитию  
**Кадырова Р.М.** — д.м.н., проф. каф. детских инфекционных  
болезней  
**Калиев Р.Р.** – д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с  
курсом семейной медицины  
**Карашева Н.Т.** - к.п.н., зав. каф. физики, математики, инфор-  
матики и компьютерных технологий  
**Катаев В.А.** - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО,  
Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России (Башкортостан)  
**Кононец И.Е.** - д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и  
клинической физиологии им. С.Д. Даниярова  
**Куттубаев О.Т.** - д.м.н., проф., зав. каф. медицинской биоло-  
гии, генетики и паразитологии

**Куттубаева К.Б.** - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической  
стоматологии  
**Луи Лутан** - проф., Университет Женевы (Швейцария)  
**Мингазова Э.Н.** - д.м.н., профессор кафедры, Казанский  
государственный медицинский университет (РФ, Татарстан)  
**Миррахимов Э.М.** - д.м.н., проф., зав. каф. факультетской  
терапии  
**Молдобаева М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики  
внутренних болезней с курсом эндокринологии  
**Мусаев А.И.** - д.м.н., проф., зав. каф. хирургии общей прак-  
тики с курсом комбустиологии  
**Мусуралиев М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и ги-  
некологии №1  
**Сатылганов И.Ж.** - д.м.н., проф., зав. каф. патологической  
анатомии  
**Тилекеева У.М.** - д.м.н., проф. каф. базисной и клинической  
фармакологии  
**Усупбаев А.Ч.** - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии  
до и после дипломного обучения  
**Чолпонбаев К.С.** - д.фарм.н., проф., зав. каф. управления и  
экономики фармации, технологии лекарственных средств  
**Чонбашева Ч.К.** - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии,  
профпатологии с курсом гематологии  
**Шекера О.Г.** - д.м.н., проф., директор института семейной  
медицины Национальной медакадемии последипломного об-  
разования П.Л. Шупика (Украина)  
**Ырысов К.Б.** – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

**Учредитель**

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: (312) 54-94-60, 54-46-10.

E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Тираж 200 экз.

Ответственность за содержание и достоверность матери-  
алов несут авторы. Редакция не несет ответственности за  
содержание рекламных материалов.

Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция министрлигинде каттоодон өткөн,  
катоо күбөлүгү №002564, почталык индекс 77346.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн  
КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.  
2012-жылдан бери Россиялык илимий ишканаларга берүү индекси менен индекстелет.

[www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессор

Башкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор,  
госпиталдык хирургия оперативдүү хирургия курсу менен кафедрасынын башчысы, e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)

Окумуштуу катчы - **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, м.и.к., e-mail: [drmamatov@mail.ru](mailto:drmamatov@mail.ru)

#### Редакциялык жамаат:

**Адамбеков Д.А.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы

**Атамбаева Р.М.** - м.и.д., гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

**Бримкулов Н.Н.** - м.и.д., профессор, госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын башчысы

**Зурдинов А.З.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер, М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

**Джумабеков С.А.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор

**Кудайров Д.К.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия неонатология курсу менен кафедрасынын башчысы

**Мамакеев М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

**Мамытов М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

**Мурзалиев А.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

**Оморов Р.А.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

**Раимжанов А.Р.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

#### Редакциялык Кеңеш:

**Алымкулов Р.Д.** - м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

**Арнольдас Юргутис** - м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)

**Батыралиев Т.А.** - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

**Бейшенбиева Г.Дж.** - м.и.д., профессор м.а., «Мээрмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

**Даваасурэн О.С.** - м.и.д., профессор, Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, Медицина илиминин Монгол улуттук медициналык университети (Монголия)

**Джумабеков А.Т.** - м.и.д., профессор, КазУМУ хирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казахстан)

**Джумалиева Г.А.** - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

**Кадырова Р.М.** - м.и.д., профессор, балдардын жугуштуу оорулары кафедрасынын башчысы

**Калиев Р.Р.** - м.и.д., профессор, жалпы практикадагы терапия үй-бүлөлүк медицина курсу менен кафедрасынын башчысы

**Карашева Н.Т.** - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы

**Катаев В.А.** - фарм. и.д., профессор, Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия, Башкортостан)

**Кононец И.Е.** - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

**Кутубаев О.Т.** - м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын башчысы

**Кутубаева К.Б.** - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

**Луи Лутан** - профессор, Женева университети (Швейцария)

**Мингазова Э.Н.** - м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

**Миррахимов Э.М.** - м.и.д., профессор, факультеттик терапия кафедрасынын башчысы

**Молдобаева М.С.** - м.и.д., профессор, ички ооруя пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасынын башчысы

**Мусаев А.И.** - м.и.д., профессор, комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасынын башчысы

**Мусуралшев М.С.** - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

**Сатылганов И.Ж.** - м.и.д., профессор, патологиялык анатомия кафедрасынын башчысы

**Тилекеева У.М.** - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессор

**Усупбаев А.Ч.** - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

**Чолпонбаев К.С.** - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармацевциянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

**Чонбашева Ч.К.** - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору

**Шекера О.Г.** - м.и.д., профессор, П.Л. Шупик *атындагы* Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

**Ырысов К.Б.** - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

#### Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дареге:  
Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92 КММА.  
Телефону: (312) 54 94 60, 54-46-10.  
E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну жооптуу эмес.

**Scientific Medial Journal**

The journal is registered at the Ministry of justice KR,  
registered certificate - №002564, post index 77346.

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials  
of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

[www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Editor in chief - **Kudaibergenova Indira Orozbaevna**, dr.med.sci., professor

Deputy Editor in Chief – **Sopuev Andrew Asankulovich**, dr.med.sci., professor,  
the head of hospital surgery department with operative surgery course. e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)

Learned Secretary – **Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich**, cand.med.sci. e-mail: [drmatov@mail.ru](mailto:drmatov@mail.ru)

**Editorial Board:**

**Adambekov D.A.** - dr.med.sci., prof., corresponding member  
NAS KR, the head of microbiology, virusology and immunology  
department

**Atambaeva R.M.** - dr.med.sci., the head of hygienic disciplines  
department

**Brimkulov N.N.** - dr.med.sci., prof., the head of hospital ther-  
apy, occupational pathology department with hematology course

**Djumabekov S.A.** - academician of NAS. KR, dr.med. sci., prof.  
of the department of traumatology, orthopedy and ES

**Kudayarov D.K.** - academician NAS KR, dr. med. sci., prof.,  
the head of hospital pediatry with neonatology course

**Mamakeev M.M.** - academician NAS KR, dr. med.sci., prof.

**Mamytov M.M.** - academician NAS KR, dr. med. sci. prof., the  
head of neurosurgery department

**Murzaliev A. M.** - academician NAS KR., dr. med. sci., prof.  
**Omorov R.A.** - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS  
KR, the head of faculty surgery

**Raimzhanov A.R.** - academician of NAS KR, dr.med.sci., pro-  
fessor

**Zuridinov A.Z.** - .med.sci., prof., corresponding member NAS  
KR, Honored Scientist KR, the head of fundamental and clinical  
pharmacology department named after M.T. Nananeva

**Editorial Council:**

**Alymkulov R.D.** - dr.med. sci., prof., the head of clinical rehabil-  
itation and physiotherapy

**Arnoldas Jurgutis** - dr.med.sci., prof., the head of public health  
department of Klaipeda University (Lithuania)

**Beishembieva G.D.** - dr.med. sci., deputy prof., the head of nurs-  
ing department

**Cholponbaev C.S.** - dr.med. sci., prof., the head of Management  
and Economics of Pharmacy, medications technology department

**Chonbasheva Ch.K.** - dr.med.sci., prof. of hospital therapy, oc-  
cupational pathology department with hematology course

**Davaasuren O.S.** - dr.med.sci., prof., the Department of General  
Practice of the Mongolian State University, President of the Mon-  
golian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

**Djumabekov A.T.** - dr.med.sci., prof., the head of surgery and en-  
doscopy of KMUNT (Kazakstan)

**Djumaliev G.A.** - dr.med.sci., vice -rector in international rela-  
tions and strategical development

**Louis Loutan** - prof., University of Geneva (Swiss)

**Kadyrova R.M.** - dr.med.sci., prof., the head of children infec-  
tious diseases

**Kaliev R.R.** - dr.med.sci., prof., the head of therapy of general  
practice department with family medicine course

**Karasheva N.T.** - cand.ped.sci., the head of the department of  
physics, mathematics, informatics and computer technologies

**Kataev V.A.** - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and  
innovating work of State Budget educational institution of Higher  
professional education, Bashkir State Medical University of MH  
Russia (Russia, Bashkortostan)

**Kononets I.E.** - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and  
clinical physiology department

**Kuttubaev O.T.** - dr.med.sci., prof., the head of department of  
medical biology, genetics and parasitology

**Kuttubaeva K.B.** - dr.med.sci., prof., the head of therapeutic sto-  
matology department

**Mingazova E.N.** - dr.med.sci., prof., Kazan State Medical Univer-  
sity (Russia, Tatarstan)

**Mirrahimov E.M.** - dr.med.sci., prof., the head of faculty therapy  
department

**Moldobaeva M.S.** - dr.med.sci., the head of internal diseases  
propedeutics department with endocrinology course

**Musaev A.I.** - dr.med.sci., prof., the head of department of surgery  
of general practice with a course of combustiology

**Musuraliev M.S.** - dr.med.sci., prof., the head of obstetrics and  
gynecology №1

**Satyrganov I.Z.** - dr.med.sci., prof., the head of pathological anat-  
omy

**Shekera O.G.** - dr.med.sci., prof., the head of family Medicine  
National medical academy of post diploma education Institute  
named after P.L. Shupik (Ukraine)

**Tilekeeva U.M.** - dr.med.sci., prof. of fundamental and clinical  
pharmacology department

**Usupbaev A.Ch.** - dr.med.sci., prof., the head of the department of  
urology and andrology of pre and post diploma training

**Yrysov K.B.** - dr.med.sci., prof. of neurosurgery department

**Founder**

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

Phone: (312) 54 94 60, 54-46-10.

E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of  
materials.

The Editorial board is not responsible for the content of adver-  
tising materials

<b>СЛОВО РЕКТОРУ!</b>	10
<b>ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО Д.М.Н., ПРОФЕССОРА А.Ч. УСУПБАЕВА</b>	11
<b>АНДРОЛОГИЯ</b>	
<b>Абаралиев А.К., Райымбеков Ж.К., Садырбеков Н.Ж., Райымбекова Г.К., Чернецова Г.С.</b> Морфофункциональные показатели сперматозоидов при криоконсервации полученные с использованием методов MESA и TESE; микрохирургическая эпидидимальная аспирация сперматозоидов и получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии яичка у больных с азооспермией	12
<b>Айдарбекова К.А., Ботобаев А.А., Юннеман Клаус П.</b> Сравнение различных трансплантационных материалов, выбранных для хирургического лечения искривления полового члена, вызванного болезнью Пейрони	15
<b>Аспилбеку уулу У., Евсюков В.Н., Абдыкальков М.Б., Курбаналиев Р.М., Оскон уулу А., Кузубаев Р.Е.</b> Лечение вторичного бесплодия у больных, перенесших в анамнезе операцию по поводу стриктуры уретры	19
<b>Боталаев Б.А., Усупбаев А.Ч., Колесниченко И.В.</b> Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в профилактике тромбозомболических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	22
<b>Казымбеков К.Р., Усупбаев А.Ч.</b> Изучение роли микроэлементозов в развитии заболеваний репродуктивной системы мужчин Кыргызской Республики и оптимизация методов их лечения (обзор литературы)	26
<b>Кадырбеков Н.М.</b> Диагностика патологического венозного дренирования полового члена у пациентов с веногенной эректильной дисфункцией	31
<b>Мирзакулов Д.С., Акымбеков А.А., Матазов Б.А., Мирзокулов Ш.С.</b> Этиологическое значение ассоциированных инфекций в патологии мочеполовых органов у мужчин, проживающих в Ошской области Кыргызской Республики	35
<b>Табынбаев Н.Б., Куттымуратов Г.М., Абдугафаров С.А., Жумагазин Ж.Д., Сарсебеков Е.К., Абишева Ж.А.</b> Оценка сексуального здоровья у пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии до и после трансплантации почки	39
<b>Усупбаев А.Ч., Джапаров Ж.Т., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Эстебесов Н.С., Шакиров С.С.</b> Сравнительный анализ пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики	43
<b>Усупбаев А.Ч., Ботобаев А.А., Айдарбеков А.А., Осмонов Д.К., Юннеман К.П.</b> Хирургическая коррекция врожденного и приобретенного искривления полового члена по методу KIEL-KNOTS	46
<b>Хакимходжаев З.Ш.</b> Лечение синдрома гиперактивного мочевого пузыря у больных с диффузной гиперплазией предстательной железы	51
<b>Шакиров С.С., Садырбеков Н.Ж., Абдыкальков М.Б., Оскон уулу А., Джапаров Ж.Т.</b> Эффективность применения М-холинолитиков после чрезпузырной аденомэктомии в послеоперационном периоде	54
<b>Шакиров С.С., Мамбетов Ж.С., Хакимходжаев З.Ш.</b> Мужское здоровье в Кыргызстане	57
<b>Эсекеев Б.Б., Эсекеев Б.С., Абдуллаев С.Ч., Матазов Б.А., Тойтуков М.М.</b> Опыт применения позадилоной аденомэктомии при лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Ошской области Кыргызской Республики	61
<b>ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ХИРУРГИЯ В УРОЛОГИИ</b>	
<b>Байгзаков А.Т., Усон уулу Б.</b> Лапароскопическое лечение варикоцеле	65
<b>Жунусов А.Т., Осумбеков Б.З.</b> Роль и эффективность интервенционной сонографии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний почек и околопочечной клетчатки	69
<b>Усупбаев А.Ч., Кенеев Р.Н., Жумагалиев А.А.</b> Клинико-гистологическое сопоставление результатов после хирургических методов лечения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на основе ретроспективного анализа	72
<b>Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Адиев А.Т.</b> Опыт лапароскопических операций в Республиканском научном центре урологии Кыргызской Республики	76
<b>ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ</b>	
<b>Узакбаев К.А., Штрафун И.М., Эсембаев Б.И.</b> Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей	81
<b>Усупбаев А.Ч., Кузубаев Р.Е., Курбаналиев Р.М., Абдыкальков М.Б., Байсалов М.К., Аспилбек уулу У.</b> Пластика мочеиспускательного канала у пациентов с проксимальными формами гипоспадии	84

**ОНКОУРОЛОГИЯ**

**Токтомушев А.Т., Сулайманов М.Ж., Ибраев Б.М.**

Распространенность и смертность рака предстательной железы в Кыргызской Республике 89

**Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Исаев Н.А., Акылбек С., Джапаров Ж.Т., Акматов Н.А., Ниязалев К.Т.** Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы 94

**ПРОБЛЕМЫ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Мамбетов Ж.С., Калмырзаев А.Ш.** Послеоперационная оценка функционального состояния печени у больных, прооперированных по поводу мочекаменной болезни в сочетании с хроническими запорами с проявлениями пареза кишечника 97

**Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Исаев Н.А.**

Современное состояние проблем мочекаменной болезни в Кыргызской Республике 101

**Чернецов О.Н., Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С.** Оптимизация ведения больных с калькулезным гидронефрозом 112

**РАЗНОЕ**

**Абдыкалыков М.Б., Евсюков В.Н., Осмон уулу А., Асилбек уулу У.** Некоторые особенности патогенетических факторов в развитии рецидива стриктур уретры в отдаленные сроки послеоперационного периода 114

**Асанкулов Э.К., Субанов Д.М., Тепшеева Т.Х., Омурбекова М.М.**

Аномалии прикрепления плаценты как фактор риска акушерских кровотечений 118

**Боконбаева С.Дж., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Бектурсунов Т.М.**

Сравнительный анализ клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний 123

**Джакубекова А.У., Усупбаева А.А.**

Изучение качества информирования пациентов по надлежащему применению лекарств 127

**Жылкичиева Ч.С., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.** Изменение цитоморфологических показателей эпителия влагалища у лабораторных крыс с экспериментальным поликистозом яичников при нарушении эстрального цикла 133

**Зубань О.Н., Муравьев А.Н., Арканов Л.В., Скорняков С.Н., Новиков Б.И., Чотчаев Р.М.**

Чрескожная пункционная нефростомия при туберкулезном уретрите: диапевтические возможности 138

**Курбаналшев Р.М., Усупбаев А.Ч., Ерквич А.А., Колесниченко И.В.**

Мониторинг врожденных пороков развития мочевыделительной системы 143

**Мамбетов Ж.С., Иманалиев Ч.М.** Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом на фоне висцероптоза различной степени выраженности 149

**Ниязов Б.С., Динлосан О.Р., Абдылдаев Н.К., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Эраалиев Б.А.**

Особенности течения раневого процесса в условиях адаптации и деадаптации к высокогорью (обзор литературы) 154

**Топчубаева Т.М., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.** Основные характеристики изменений цитоморфологии эпителиальных клеток слизистой влагалища у женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ 160

**Туманбаев А.М.** Климато-географические особенности распространенности рака поджелудочной железы в Кыргызстане 163

**Усупбаев А.Ч., Кожоналиев Т.З., Евсюков В.Н., Абдырасулов А.Д., Тургунбаев Т.Э., Токонов Б.Т.**

Клинико-лабораторные особенности течения, диагностики и лечение цистита в постменопаузальном периоде 168

**Усупбаев А.Ч., Кабаев Б.А., Усупбаева А.А., Иманкулова А.С., Садырбеков Н.Ж.**

Периоперационная антибиотикопрофилактика в урологической практике 172

**Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К., Евсюков В.Н., Тургунбаев Т.Э., Абдырасулов А.Д.**

Способы хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников и мочевого пузыря 177

**СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

**Амираев У.А., Эргешов С.М., Амираев Р.У.**

Болезнь слизистой оболочки при неправильном моделировании тела несъемного мостовидного протеза и ее лечение 182

**Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Усон уулу Б.** Симультанное лапароскопическое лечение мультикистозной дисплазии левой почки с тазовой дистопией (анализ клинического случая) 185

**Колбай уулу Э., Жаманкулова М.К.** Болезнь Фурнье - как одна из тяжелых форм инфекции в практике хирурга 189

**Табынбаев Н.Б., Жуков О.Б., Боровский С.П., Жумагазин Ж.Д., Малаев Н.Б., Курманов Т.А.**

Первый опыт химиоэмболизации простатических артерий при раке предстательной железы 193

**Табынбаев Н.Б., Мантас Тракимас, Боровский С.П., Малаев Н.Б., Абишева Ж.А., Оразбаева Д.Р.**

Радиочастотная абляция злокачественного новообразования трансплантированной почки (клинический случай) 198

<b>РЕКТОРДУН СӨЗУ!</b>	10
<b>М.И.Д., ПРОФЕССОР А.Ч. УСУПБАЕВДИН КУТТУКТОО СӨЗУ</b>	11
<b>АНДРОЛОГИЯ</b>	
<b>Абаралiev А.К., Райымбеков Ж.К., Садырбеков Н.Ж., Райымбекова Г.К., Чернецова Г.С.</b> Сперматозоиддердин ME5A жана TE5E ыкмаларын колдонуу менен алынган криоконсервациялангандагы морфофункционалдык коргозмолору; сперматозоиддерди эпидидималдык микрохирургиялык аспирациясы жана бейтаптардын азоспермия болгондогу жумурткадан ачык биопсиясын откоруу менен сперматозоиддердин алынуусу	12
<b>Айдарбекова К.А., Ботобаев А.А., Юннеман Клаус П.</b> Пейрони оорусу менен шартталган ойучаны ийриликтуу хирургиялык дарылоо үчүн тандалып алынган ар кандай трансплантациялык материалдарды салыштыруу	15
<b>Асилбек уулу У., Евсиков В.Н., Абдыкалыков М.Б., Курбаналиев Р.М., Өскөн уулу А., Кузбаев Р.Е.</b> Оору баянында, заара каналынын кысылышы боюнча операция болгон бейтаптардын операциядан кийинки тукумсуздуктун даарылоосу.	19
<b>Боталаев Б.А., Усупбаев А.Ч., Колесниченко И.В.</b> Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарга тромбозмобилиялык кабылдоолоруна алдын алууда колдонулган антикоагулянттык жана антиагреганттык даарылоолорунун эффективдүүлүгүнө салыштырмалуу баа беруу.	22
<b>Казымбеков К.Р., Усупбаев А.Ч.</b> Микроэлементоздордун эркек жыныс ооруларына таасири жана алардын Кыргыз Республикасындагы дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу туралуу изилдөө (адабият карап чыгуу)	26
<b>Кадырбеков Н.М.</b> Патологиялык веналык дренированиесында эркектер жыныстык мүчөөсүнүн веногендик эректилдик дисфункциясы менен бейтаптарды изилдөө	31
<b>Мирзакулов Д.С., Акынбеков А.А., Матазов Б.А., Мирзокулов Ш.С.</b> Кыргыз Республикасынын Ош облусунун эркек тургундарынын урогениталдык ассоциацияланган инфекциялардын зааражыныстык органдардын патологиясында себептик мааниси	35
<b>Табынбаев Н.Б., Куттымуратов Г.М., Абдугафаров С.А., Жумагазин Ж.Д., Сарсебеков Е.К., Абишева Ж.А.</b> Бөйрөктүн трансплантациясына чейинки жана андан кийинки өнөкөт бөйрөк кемтигинин терминалдык стадиясындагы бейтаптын сексуалдык дарманын баалоо	39
<b>Усупбаев А.Ч., Джапаров Ж.Т., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Эстебесов Н.С., Шакиров С.С.</b> Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын урология илимий борборунда простата безинин залалсыз шишиги менен стационарлык дарылоо алган бейтап баяндарынын салыштырмалуу талдоолору	43
<b>Усупбаев А.Ч., Ботобаев А.А., Айдарбеков А.А., Осмонов Д.К., Юннеман К.П.</b> Тубаса жана тубаса эмес жыныстык мүчөөсүнүн ойучаны ийрилигин KIEL-KNOTS ыкмасы менен хирургиялык дарылоо	46
<b>Хакимходжаев З.Ш.</b> Простата безинин залалсыз гиперплазия менен ооруган бейтаптардын табарсыктын гиперактивдүүсүн дарылоо	51
<b>Шакиров С.С., Садырбеков Н.Ж., Абдыкалыков М.Б., Осмон уулу А., Джапаров Ж.Т.</b> Табарсык аркалуу аденомактомия операциясынан кийинки убакта м-холинотитиктердин колдонуудагы пайдалуулугу.	54
<b>Шакиров С.С., Мамбетов Ж.С., Хакимходжаев З.Ш.</b> Кыргызстандагы мырзалардын ден соолугу	57
<b>Эсекеев Б.Б., Эсекеев Б.С., Абдуллаев С.Ч., Матазов Б.А., Тойтуков М.М.</b> Кыргыз Республикасынын Ош облусунда простата безинин гиперплазиясын дарылоодогу чаттагы соогунун артынан простата безин алып салуу ыкмасын колдонуу тажрыйбасы	61
<b>УРОЛОГИЯДА КОЛДОНГОН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОГОРКУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ</b>	
<b>Байгзаков А.Т., Усон уулу Б.</b> Варикоцелеми лапароскопиялык ыкма менен дарылоо	65
<b>Жунусов А.Т., Осумбеков Б.З.</b> Интервенциялык сонографиянын бойрок жана анын тегерегинин клетчаткасынын сезгенуу ооруларынын дарылоо ролу жана натыйжалуулугу	69
<b>Усупбаев А.Ч., Кенеев Р.Н., Жумагалшев А.А.</b> Простата безинин гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодон кийинки жыйынтыктарын ретроспективдик анализдин негизинде өткөрүлгөн клиникогистологиялык салыштырмалуу изилдөөсү	72
<b>Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Адиев А.Т.</b> Кыргыз Республикасынын урология илимий борборунун лапароскопиялык операцияларынын тажрыйбасы	76
<b>БАЛДАР УРОЛОГИЯСЫ</b>	
<b>Узакбаев К.А., Штрафун И.М., Эсембаев Б.И.</b> Балдар табарсыгынын нейрогендик дисфункциясы	81
<b>Усупбаев А.Ч., Кузбаев Р.Е., Курбаналиев Р.М., Абдыкалыков М.Б., Байсалов М.К., Асилбек уулу У.</b> Арткы гипоспадия менен ооруган бейтаптардын уретрапластикасы	84



**ОНКОУРОЛОГИЯ**

**Токтомушев А.Т., Сулайманов М.Ж., Ибраев Б.М.**

Кыргыз Республикасында урук безинин рак даргынын таралышы жана урук безинин рак даргынан болгон өлүм 89

**Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Исаев Н.А., Акылбек С., Джапаров Ж.Т., Акматов Н.А., Иязалиев К.Т.** Простата безинин трансекталдык мультифокалдык биопсиясынын жыйынтыктары 94

**ЗААРА ТАШТАР ООРУСУНУН КӨЙГӨЙЛӨРҮ**

**Мамбетов Ж.С., Калмырзаев А.Ш.** Заара таштар оорусу жана өнөкөт ич катуу менен ооруган бейтаптардын, заара таштар оорусуна байланыштуу операциядан кийинки учурда ичеги парези болгон бейтаптардын боорунун функционалдык абалын баалоо 97

**Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Исаев Н.А.**

Кыргыз Республикасында заара таштар оорусунун проблемаларды азыркы абалы 101

**Чернецов О.Н., Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С.** Таштуу гидронефроз менен бейтаптарды дарылоону оптималдаштыруу 112

**ЖАЛПЫ МАСЕЛЕЛЕР БОЮНЧА ИЛИМИЙ МАКАЛАЛАРЫ**

**Абдыкалыков М.Б., Евсюков В.Н., Осмон уулу А., Асилбек уулу У.** Операция жасалып көп убакыт өткөндөн кийин заара каналдын кысылышынын рецидивинин пайда болушунун патогендик факторлордун кээбир өзгөчөлүктөрү 114

**Асанкулов Э.К., Субанов Д.М., Тешеева Т.Х., Омурбекова М.М.**

Бала тонунун жабышуу аномалиялары акушерлик кан агуунун кооптуу фактору 118

**Боконбаева С.Дж., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Бектурсунов Т.М.**

Тубаса жана неонаталдык пневмониянын клиникалык агымынын салыштырмалуу анализы. 123

**Джакубекова А.У., Усупбаева А.А.** Камтамасыз дары колдонуу тууралуу бейтапты маалыматтоонун сапатын изилдөө 127

**Жылкичиева Ч.С., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.** Энелик бездерине эксперименталдык поликистозу жүргүзүлгөн лабораториялык келемиштердин вагиналдык эпителийинин цитоморфологиялык көрсөткүчтөрүнүн эстралдык циклынын бузулушундагы өзгөрүүлөрү 133

**Зубань О.Н., Муравьев А.Н., Арканов Л.В., Скорняков С.Н., Новиков Б.И., Чотчаев Р.М.** Кургак учуктуу уретриттин тери аркылуу пункциондук нефростомиясы: диапевтиктик мүмкүнчүлүктөрү 138

**Курбаналиев Р.М., Усупбаев А.Ч., Еркович А.А., Колесниченко И.В.**

Заара бөлүп чыгаруу системасынын тубасаооруларынын мониторинги 143

**Мамбетов Ж.С., Иманалиев Ч.М.** Нефроптоздун висцероптоз менен айкалышкан бейтаптардын бөйрөгүнүн клиникалык аткаруу абалынын ар кандай даражадагы катаалдыгы. 149

**Ниязов Б.С., Динлосан О.Р., Абдылдаев Н.К., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Эраалиев Б.А.**

Жараат айыгышы өзгөчөлүктөрү жана тоолуу артка ылайыкташтыруу көнүү (сереп адабияты) 154

**Топчубаева Т.М., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.** Уран калдыктары жайгашкан региондун аял тургундарынын вагиналдык былжыр челинин эпителиалдык клеткаларынын өзгөрүүсүндөгү цитоморфологиясына негизги мүнөздөмө 160

**Туманбаев А.М.** Кыргызстанда ашказан астындагы безинин залалдуу шишик оруусунун климаттык жана географиялык таркалуусунун өзгөчөлүктөрү 163

**Усупбаев А.Ч., Кожоналиев Т.З., Евсюков В.Н., Абдырасулов А.Д., Тургунбаев Т.Э., Токонов Б.Т.** Клиникалык жана лабораториялык агымынын өзгөчөлүгү, постменопауза мезгилинде цистит дартын аныктоо жана дарылоо 168

**Усупбаев А.Ч., Кабаев Б.А., Усупбаева А.А., Иманкулова А.С., Садырбеков Н.Ж.**

Урологиялык тажрыйбадагы операция мезгилинде антибиотик менен алдыналуу 172

**Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К., Евсюков В.Н., Тургунбаев Т.Э., Абдырасулов А.Д.**

Операциядан кийинки заара аккычкын жана табарсыктын кабылдоолорунун хирургиялык жол менен ондоо жолдору 177

**ПРАКТИГАДАГЫ ОКУЯЛАР**

**Амираев У.А., Эргешов С.М., Амираев Р.У.** Көпүрөчө тиш протездин тулкусун туура эмес жасалышынын себебинен пайда болуучу былжыр кабыкчанын оорусу жана аны дарылоо 182

**Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Усон уулу Б.** Жамбаш дистопиясы менен сол бойроктуң мультикистоздук дисплазиясын симультандык лапароскопиялык ыкма менен дарылоо (клиникалык ишин талдоо) 185

**Колбай уулу Э., Жаманкулова М.К.** Фурнье даргы – хирургдун иш тайжрыйбасындагы эн оор инфекциялардын бири 189

**Табыйбаев Н.Б., Жуков О.Б., Боровский С.П., Жумагазин Ж.Д., Малаев Н.Б., Курманов Т.А.**

Простата безинин залалдуу шишик учурундагы простатанын артериясынын химиооблизациянын биринчи тажрыйбасы 193

**Табыйбаев Н.Б., Мантас Тракимас, Боровский С.П., Малаев Н.Б., Абишева Ж.А., Оразбаева Д.Р.**

Трансплантацияланган бөйрөктүн залалдуу шишигинин радиожыштык абляциясы (клиникалык учур) 198

## CONTENTS

---

<b>A WORD TO THE RECTOR!</b>	10
<b>GREETING SPEECH OF THE DOCTOR OF MEDICAL SCIENCE, PROFESSOR A.Ch. USUPBAEV</b>	11
<b>ANDROLOGY</b>	
<b>Abaraliyev A.K., Raiymbekov DJ.K., Sadyrbekov N.J., Raiymbekova G.K., Chernetsova G.S.</b> Morfofunctional indexes of spermatozoons at a cryopreservation received with use of the mesa and tese methods; microsurgical epididymidal aspiration of spermatozoons and cryoreceiving spermatozoon's when carrying out an open biopsy of a testicle at patients with an azosperms	12
<b>Aidarbekova K.A., Borobaev A.A., Junneman Klaus P.</b> Comparing different graft materials chosen in a surgical treatment of penile deviation caused by Peyronie's disease	15
<b>Asylbek uulu U., Evsukov V.N., Abdykalykov M.B., Kurbanaliev R.M., Oskon uulu A., Kuzebaev R.E.</b> Treatment of secondary infertility in patients who have undergone anamnesis surgery for stricture.	19
<b>Botaliev B.A., Usupbaev A.Ch., Kolesnichenko I.V.</b> Comparative evaluation of efficiency of application of antikoagulant and antiagregant therapy in prevention of thromboembolic complications in patients with beneficial hyperplasia of the prostate.	22
<b>Kazymbekov K.R., Usupbaev A.Ch.</b> The study of the microelementoses role in the development of male reproductive system diseases and their treatment optimization	26
<b>Kadyrbekov N.M.</b> Diagnosis of pathological venous drainage penis in patients with venogenerectile dysfunction	31
<b>Mirzakulov D.S., Akynbekov A.A., Matazov B.A., Mirzokulov Sh.S.</b> Etiologic value of the associated infections in pathology of urogenital organs for men resident in Osh area of of Kyrgyz Republic	35
<b>Tabynbaev N.B., Kuttymuratov G.M., Abdugafarov S.A., Zhumagazin Zh.D., Sarsebekov E.K., Abisheva Zh.A.</b> Assessment of sexual health in patients with chronic renal failure at the terminal stage before and after kidney transplantation	39
<b>Usupbaev A.C., Dzhaparov Z.T., Kylychbekov M.B., Kurmanbekov N.K., Estebesov N.S., Shakirov S.S.</b> Comparative analysis of patients with benign prostatic hyperplasia hospitalized in the republican scientific center of urology at the National hospital of Ministry of health of the Kyrgyz Republic	43
<b>Usupbaev A.C., Botobaev A.A., Aidarbekov A.A., Osmonov D.K., Juneman K.P.</b> The KIEL-KNOTS technique for treatment of congenital and acquired penile deviation	46
<b>Khakimkhodjaev Z.Sh.</b> Overactive bladder syndrome treathment in patients with Benign prostatic hyperplasia	51
<b>Shakirov S.S., Sadyrbekov N.J., Abdykalykov M.B., Oskon uulu A., Djaparov J.T.</b> Efficiency of M–cholinolytics after percutaneous adenomectomy in the postoperative period	54
<b>Shakirov S.S., Mambetov J.S., Khakimkhodzhaev Z.Sh.</b> Male health in Kyrgyzstan	57
<b>Esekeev B.B., <u>Esekeev B.S.</u>, Abdullaev S.Ch., Matazov B.A., Toytukov M.M.</b> Experience of using of retropubic adenomectomy in the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia in Osh region of Kyrgyz Republic	61
<b>HIGH-TECHNOLOGY SURGERY IN UROLOGY</b>	
<b>Baigazakov A.T., Uson uulu B.</b> Laparoscopic treatment of varicocele	65
<b>Zhunusov A.T., Osumbekov B.Z.</b> The role and effectiveness of interventional sonography in the treatment of purulent inflammatory diseases of the kidney and perirenal tissue	69
<b>Usupbaev A.Ch., Keneev R.N., Jumagaliev A.A.</b> Clinical and histological comparison of results after surgical treatment in patients with benign prostatic hyperplasia on the basis of retrospective analysis	72
<b>Usupbaev A.Ch., Monolov N.K., Adiev A.T.</b> Experience of laparoscopic operation of Republican centre of science of urology Kyrgyz Republic	76
<b>CHILD UROLOGY</b>	
<b>Usakbaev K.A., Shtrafun I.M., Esembaev B.I.</b> Neurogenic dysfunction of urinary bladder in children	81
<b>Usupbaev A.Ch., Kuzebaev R.E., Kurbanaliev R.M., Abdykalykov M.B., Baisalov M.K., Asylbek uulu U.</b> Urethral plastic in patients with paroxysmal forms of hypospadias	84
<b>ONCOLOGICAL UROLOGY</b>	
<b>Toktomushev A.T., Sulaymanov M.Zh., Ibraev B.M.</b> Prevalence and mortality rate of prostate cancer in the Kyrgyz Republic	89
<b>Usupbaev A.C., Kylychbekov M.B., Kurmanbekov N.K., Isaev N.A., Akylbek S., Djaparov J.T., Akmatov N.A., Iyazaliev K.T.</b> Results of a transrectal multifocal prostate biopsy	94



## CONTENTS

---

### PROBLEMS OF UROLITHIASIS

- Mambetov J.S., Kalmyrzaev A.Sh.** Postoperative assessment of the functional state of the liver with manifestations of intestinal paresis in patients operated on for urolithiasis in combination with chronic constipation 97
- Usupbaev A.C., Mamatbekov R.A., Isaev N.A.** The current situation of problems of urolithiasis in the Kyrgyz Republic 101
- Chernetsov O.N., Alimov Ch.B., Chernetsova G.S.** Optimisation of management of patients with calculous hydronephrosis 112

### OTHER

- Abdykalykov M.B., Evsukov V.N., Oskon uulu A., Asylbek uulu U.**  
Some features of pathogenetic factors in the development of recurrence of urethral strictures in the long-term postoperative period. 114
- Asankulov E.K., Subanov D.M., Teppeeva T.H., Omurbekova M.M.**  
Anomalies of placental implantation as a factor of obstetrical hemorrhage risk 118
- Bokonbaeva S.Dzh., Nurzhanova S.T., Kakeeva A.A., Bektursunov T.M.**  
Comparative analysis of the clinical course of congenital and neonatal pneumonia 123
- Dzhakubekova A.U., Usupbaeva A.A.** The study of patient's informing quality on rational drug use 127
- Zhylichieva Ch.S., Tuchvatshin R.R., Asekova K.I.** Alteration cytomorphological indicators of laboratory rats epithelium with experimental polycystic ovaries at disturbance estrus cycle 133
- Zuban O.N., Muravyov A.N., Arkanov L.V., Skornyakov S.N., Novikov B.I., Chotchaev R.M.**  
Percutaneous punctional nephrostomy in tuberculosis urethritis: diapaetic opportunities 138
- Kurbanaliev R.M., Usupbaev A.Ch., Erkovich A.A., Kolesnichenko I.V.** Monitoring of urinary system congenital labnormalities 143
- Mambetov J.S., Imanaliev Ch.M.** Clinical and functional state of kidneys in patients with nephroptosis on the background of visceroptosis of various degree of expression. 149
- Niyazov B.S., Dinlossan O.R., Abdyldaev N.K., Ashimov J.I., Niyazova S.B., Eraaliev B.A.**  
Peculiarities of wound healing process under adaptation and deadaptation by highaltitude 154
- Topchubaeva T.M., Tuhvatshin R.R., Asekova K.I.**  
Key features of changes the cytomorphology of mucous vaginal epithelial cells in woman living at zone of uranium tailings 160
- Tumanbaev A.M.** Climate-geographical peculiarities of pancreatic cancer prevalence in Kyrgyzstan 163
- Usupbaev A.Ch., Kozhonaliev T.Z., Evsukov V.N., Abdyrasulov A.D., Turgunbaev T.E., Tokonov B.T.**  
Clinical laboratory peculiarities of course, diagnostics and treatment of cystitis in postmenopausal period 168
- Usupbaev A.Ch., Kabaev B.A., Usupbaeva A.A., Imankulova A.S., Sadyrbekov N.Zh.**  
Perioperative antibiotic prophylaxis in urological practice 172
- Usupbaev A.Ch., Kulukeyev U.K., Evsukov V.N., Abdyrasulov A.D., Turgunbaev T.E.**  
Surgical correction methods of urether and urine bladder's postoperational injures 177
- ### PRACTICAL CASES
- Amiraev U.A., Ergeshov S.M., Amiraev R.U.**  
Mucous membrane disease in the case of inappropriate modeling of fixed bridge body and its treatment 182
- Baigazakov A.T., Mamanov N.A., Uson uulu B.**  
Simultaneous laparoscopic treatment of multicystic dysplasia of the left kidney with pelvis dystopia (analysis of clinical case) 185
- Kolbai uulu E., Zhamankulova M.K.** Disease Fournier as one of the severe forms of infections in surgery practice 189
- Tabynbaev N.B., Zhukov O.B., Borovsky S.P., Zhumagazin ZH.D., Malayev N.B., Kurmanov T.A.**  
The first experience of chemoembolization of the prostatic arteries in prostate cancer. 193
- Tabynbayev N.B., Mantas Trakymas, Borovskiy S.P., Malayev N.B.**  
Radiofrequency ablation of malignant tumors of the transplanted kidney. A clinical case 198

---

## СЛОВО РЕКТОРУ!

### ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО РЕКТОРА КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ имени И.К. Ахунбаева И.О. КУДАЙБЕРГЕНОВОЙ



#### Уважаемые коллеги, гости и участники форума!

Позвольте приветствовать Вас от лица сотрудников КГМА им. И.К. Ахунбаева и от себя лично поздравить с проведением III международного форума урологов, посвященного актуальным проблемам урологии и андрологии, который проходит на берегу жемчужины нашей страны – озера Иссык-Куль! Отрадным является и то, что столь грандиозное мероприятие совпало с 60 летним юбилеем доктора медицинских наук, профессора Акылбека Чолпонкуловича Усупбаева!

Профессор Акылбек Чолпонкулович всецело посвятил себя развитию урологической службы в Кыргызстане. Свой творческий путь он начал рядовым хирургом-урологом, в очень короткие сроки стал заведовать отделением урологии ГКБ №1, там же был назначен заместителем главного врача по лечебной работе, а оттуда уже перевелся главным врачом ГКБ СМП г. Бишкек. С 2001 года он заведует кафедрой урологии и андрологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

А.Ч. Усупбаев успешно сочетает научную, практическую, педагогическую и общественную деятельность и его вклад достойно оценен высокими наградами. По его инициативе, в 2003 году создан и продолжает развиваться Республиканский научный центр урологии, который усилиями профессора с 2013 года переехал в новый корпус, построенный по гранту КНР. По сути дела, проведенная им и его учениками работа считается колоссальной.

Я хочу отметить, что конференция – важное событие в жизни КГМА, и она даст возможность урологам представить широкой публике результаты своих исследований в самых разных направлениях, будет способствовать обмену мнениями между молодыми и опытными учеными мирового значения, создаст стимул для дальнейшей плодотворной работы у себя на родине.

Желаю всем участникам конференции найти много интересного и полезного для вклада в развитие науки в стране. Успешной вам работы на конференции и в повседневном труде!

Ректор

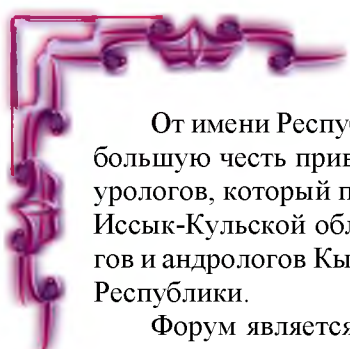
И.О. Кудайбергенова



---

**ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО  
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК,  
ПРОФЕССОРА А.Ч. УСУПБАЕВА**

**Глубокоуважаемые коллеги!  
Дорогие друзья!**



От имени Республиканского научного общества урологов и андрологов мне доставляет большую честь приветствовать участников III Международного Иссык-Кульского форума урологов, который пройдет с 29 июня по 1 июля 2017 г. в пансионате «Радуга» с. Сары-Ой Иссык-Кульской области Кыргызской Республики. Форум организован обществом урологов и андрологов Кыргызстана при поддержке Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Форум является важным событием в жизни медицинской общественности, как Кыргызстана, так и всего Евразийского сообщества, и призван продемонстрировать значимость урологии в структуре медицинской службы, а также наметить пути усиления интеграции с другими смежными областями клинической медицины с учетом современных достижений медицинской науки и практики.

В рамках научной программы форума будут представлены презентации ведущих урологов дальнего и ближнего зарубежья, Европейская школа урологов по заболеваниям предстательной железы, и пройдет обсуждение наиболее актуальных вопросов мужского здоровья. Темы форума будут наиболее интересны специалистам в области охраны здоровья мужского населения, которые занимаются современными методами обследования и лечения мужских заболеваний.

Президент Научного Общества  
Урологов и андрологов  
Кыргызской Республики,  
д.м.н., профессор

А.Ч. Усупбаев



**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ КРИОКОНСЕРВАЦИИ, ПОЛУЧЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ MESA И TESE; МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭПИДИДИМАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ И ПОЛУЧЕНИЕ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТКРЫТОЙ БИОПСИИ ЯИЧКА У БОЛЬНЫХ С АЗОСПЕРМИЕЙ**

**А.К. Абаралиев<sup>1</sup>, Ж.К. Райымбеков<sup>2</sup>, Н.Ж. Садырбеков<sup>1</sup>,  
Г.К. Райымбекова<sup>3</sup>, Г.С. Чернецова<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР,

<sup>2</sup> Научно-производственный комплекс Эльдос,

<sup>3</sup> Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

<sup>4</sup> Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье проделаны исследования тестикулярных сперматозоидов полученных путем микрохирургических процедур MESA и TESE у больных мужчин с азооспермией. Изучены морфофункциональные характеристики спермиев после криоконсервации для использования в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Ключевые слова:** MESA, TESE, азооспермия, криоконсервация сперматозоидов.

**СПЕРМАТОЗОИДДЕРДИН MESA ЖАНА TESE ЫКМАЛАРЫН КОЛДОНУУ МЕНЕН АЛЫНГАН КРИОКОНСЕРВАЦИАЛАНГАНДАГЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК КӨРГӨЗМӨЛӨРҮ; СПЕРМАТОЗОИДДЕРДИ ЭПИДИДИМАЛДЫК МИКРОХИРУРГИЯЛЫК АСПИРАЦИЯСЫ ЖАНА БЕЙТАПТАРДЫН АЗОСПЕРМИЯ БОЛГОНДОГУ ЖУМУРТКАДАН АЧЫК БИОПСИЯСЫН ӨТКӨРҮҮ МЕНЕН СПЕРМАТОЗОИДДЕРДИН АЛЫНУУСУ**

**А.К. Абаралиев<sup>1</sup>, Ж.К. Райымбеков<sup>2</sup>, Н.Ж. Садырбеков<sup>1</sup>,  
Г.К. Райымбекова<sup>3</sup>, Г.С. Чернецова<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын, урологиялык илимий борбору,

<sup>2</sup> Илимий-изилдөө жана өндүрүштүк комплекси Eldos,

<sup>3</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

<sup>4</sup> Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада эркек бейтаптардын азооспермиясынын MESA жана TESE микрохирургиялык ыкмалары менен тестикуладагы сперматозоиддердин изилдөөсү жүргүзүлгөн. Жардамчы репродуктуу технологиясынын программаларын колдонуу үчүн криоконсервациадан кийинки спермиалардын морфофункционалдык мүнөздөмөлөрүн изилдөө.

**Негизги сөздөр:** MESA, TESE, азооспермия, сперматозоиддердин криоконсервациясы.

**MORFOFUNCTIONAL INDEXES OF SPERMATOZOONS AT A CRYOPRESERVATION RECEIVED WITH USE OF THE MESA AND TESE METHODS; MICROSURGICAL EPIDIDYMAL ASPIRATION OF SPERMATOZOONS AND CRYORECEIVING SPERMATOZOON'S WHEN CARRYING OUT AN OPEN BIOPSY OF A TESTICLE AT PATIENTS WITH AN AZOSPERMS**

**A.K. Abaraliev<sup>1</sup>, Zh.K. Raiymbekov<sup>2</sup>, N.Zh. Sadyrbekov<sup>1</sup>,  
G.K. Raiymbekova<sup>3</sup>, G.C. Chernetsova<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Republican scientific center of urology at the National Hospital MH KR,

<sup>2</sup> Scientific-industrial complex Eldos,

<sup>3</sup> KSMA named after I.K. Akhunbaev,

<sup>4</sup> KRSU named after B.N. Yeltsin  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** In this article researches of testicular spermatozoons of the microsurgical MESA and TESE procedures received in the path at sick men are done with an azospermi. Morfofunctional characteristics spermatozoons after cryofreezing for use in programs of the IVF.

**Keywords:** MESA, TESE, azoosperms, cryoreceiving spermatozoon`s.

### Введение

В настоящее время мужской фактор в бесплодном браке занимает 40% [1,2]. В данное время для лечения тяжелых форм бесплодия широко применяются такие методики: MESA (микрохирургическая эпидидимальная аспирация сперматозоидов); PESA (перкутанная эпидидимальная аспирация сперматозоидов); MESE (получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии придатка яичка) и TESE (получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии яичка) [3,4,5].

Сперматозоиды, извлеченные путем интраоперационной биопсии, имеют после замораживания-отогрева низкое качество. Описаны лишь единичные случаи наступления беременности после программ ВРТ спермиями, полученными при обструктивной и необструктивной азооспермии [6,7,8].

Определение процессов, ведущих к криорезистентности и использование наиболее рациональной технологии обработки спермы, в процессе которой выделяются наиболее полноценные и функционально активные сперматозоиды имеет практическое значение в лечении мужского фактора в бесплодном браке, а также необходимое условие полноценных программ вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ) [9].

**Цель исследования** – изучить морфофункциональные показатели спермиев после криоконсервации, полученных путем MESA и TESE.

### Материал и методы исследования

Для исследования использовали 13 образцов сперматозоидов мужчин детородного возраста с обструктивной и необструктивной формами азооспермии, полученных путем MESA и TESE. При криоконсервации использовали крипротектор Cryo Sperm (Medi Cult, Дания). Замораживание проводили в стандартном режиме: инкубировали над парами азота в течение 30 минут, затем погружение в жидкий азот. Размораживали в течение 10 мин на водяной бане при температуре 34-37<sup>0</sup>С. Обработку эякулята проводили средами Sperm Preparation Medium и Supra Sperm System (Medi Cult, Дания). Для обработки эякулята использовались метод флотации и центрифугирования в градиенте плотности. Активность трофобластического b-1-гликопротеина определяли путем постановки иммуноферментной реакции. Определение активности акрозина проводили по методу W.B. Schill (W.B. Schill., 1986). Одним из составляющих семенной жидкости является содержание в ней трофобластического b-1-гликопротеина, отрицательно

влияющий на активность акрозина. Акрозин является одним из ключевых акросомальных ферментов участвующих в оплодотворении яйцеклетки. Установлена, высокая корреляционная связь с активностью акрозина и частотой оплодотворения (EngelW.etal, 1996). Функциональное состояние плазматических мембран оценивалось посредством способности мембран реагировать на гипотонические и гипертонические условия окружающей среды. Для этого проводили упрощенный HOS test (водяной тест) и тест с растворами хлорида натрия с различной осмолярностью.

Тактика проведения MESA и TESE. Проводили открытую биопсию яичка с последующей экстракцией сперматозоидов (TESE) и аспирацию содержимого придатка яичка (MESA). Процедуры проводили под локальной анестезией. После обработки операционного поля на латеральной или медиальной бессосудистой поверхности мошонки проводили разрез послыйный разрез, а затем иссечение тестикулярной паренхимы. Аспирацию проводили с помощью шприца с иглой 19G.

### Результаты исследования

По результатам исследования нативный исходный уровень общей подвижности сперматозоидов составлял 40-59%, то после криоконсервации в течение одного часа после разморозки подвижность сохранялась на уровне 19-52% соответственно (то есть 47-88% от исходных 100%). Таким образом, выживаемость клеток прямо зависела от исходного уровня подвижности. После разморозки снижалась примерно в 2 раза.

При гипоосмотических условиях исследованиях (150 мосм/кг раствора хлорида натрия) морфологические изменения проявляются в характерных набуханиях (swelling) хвостовой части сперматозоидов, что характеризует полноценность плазматической мембраны хвостовой части сперматозоида. В гиперосмотических условиях (510 мосм/кг) осмотическое напряжение испытывает головка сперматозоида, которая выражается в видимом набухании, это свидетельствует о полноценности мембраны и цитоплазма-метаболической активности головки.

Содержание трофобластического b-1-гликопротеина в семенной жидкости колебалось в пределах 0-21,9 нг/мл. При содержании трофобластического b-1-гликопротеина 0-7 нг/мл морфологические особенности спермиев существенно не были изменены (патологические формы спермиев составляли 16%). Было установлено, что наибольшие показатели содержа-

ния трофобластического b-1-гликопротеина наблюдаются в образцах нативной спермы, которая не была подвергнута предварительной обработке и составляют 11,4-21,9 нг/мл. В обработанной сперме показатели содержания трофобластического b-1-гликопротеина были ниже, они составляли 0-8нг/мл. Активность свободного акрозина определяли по расщеплению субстрата ВАЕЕ. Общую активность акрозина определяли после разморозки спермы. Было установлено, что активность акрозина спермиев составляет от  $2,6 \pm 0,7$  мкМЕ/ $10^6$  до  $5,41 \pm 0,8$  мкМЕ/ $10^6$ . При этом в образцах нативной спермы показатели активности акрозина были самыми низкими, а показатели в обработанных образцах были высокими. Проферментная активность акрозина увеличивается по мере снижения трофобластического b-1-гликопротеина в семенной плазме.

#### Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования после криоконсервации подвижность сохранялась на уровне 19-52% то есть 47-88% от исходных 100%. Была установлена определенная корреляция между активностью акрозина и содержанием трофобластического b-1-гликопротеина. В нативных образцах спермы содержание трофобластического b-1-гликопротеина максимальна, активность фермента акрозина минимальна. В обработанных образцах отмечается высокая активность акрозина, а содержание трофобластического b-1-гликопротеина ниже.

Исходя из вышеперечисленного сперматозоиды, полученные путем использования методов MESA и TESE у мужчин с обструктивной и необструктивной формами азооспермии имеют хорошую морфофункциональную сохранность после криозаморозки и могут быть использова-

ны в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

#### Литература:

1. Активность акрозина в криоконсервированных спермиях человека / [А.В. Дунаевская, Н.Н. Чуб, М.И. Крамар и др.] // Проблемы репродуктологии. - 2003. - № 1. - С. 65-70.
2. Моррелл, Дж.М. Подготовка человеческих сперматозоидов в программах ВРТ // Проблемы репродуктологии - 2002. - № 1. - С. 24-29.
3. Gahlay G.K., Spivastava N., Govino C.K. et al. Primate recombinant zona pellucida protein expressed in *Escherichia coli* bind to spermatozoa - *J Reprod Immunol* - 2002. - Vol. 53. - S 67-77.
4. Craft I., Bennet V, Nicholson N. Fertilising ability of testicular spermatozoa // *Lancet*. - 1993. - Vol.2, №342. - С. 864.
5. Hovatta O., Moilanen J., von Smitten K. et al. Testicular needle biopsy, open biopsy, epididymal aspiration and intracytoplasmic sperm injection in obstructive azoospermia // *J. Hum. Reprod.* - 1995. - Vol. 10, №10. - P. 2595-2599.
6. Schoysman R., Vanderzwalmen P., Nus M. Pregnancy after fertilization with human testicular spermatozoa // *Lancet*. - 1993. - Vol.13, №342. - С.1237.
7. Silber S., Nagy Z., Liu J. et al. The use of epididymal and testicular spermatozoa for intracytoplasmic sperm injection: the genetic implications for male infertility // *J. Hum. Reprod.* - 1995. - Vol. 10, №8. - P. 2031-2043.
8. Jin L., Jiang L.Y., Zhu G.J. et al. Comparison between the results of ICSI with fresh and with frozen-thawed sperm obtained by PESA to treat azoospermia // *Zhonghua Nan Ke Xue.* - 2006. - Vol. 12, №5. - P. 443-449.
9. Kalsi J., Thum MY., Muneer A. Analysis of the outcome of intracytoplasmic sperm injection using fresh or frozen sperm // *Br. J. Urol.* - 2011. - Vol. 107, №7. - P. 1124-1128.

**СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ВЫБРАННЫХ  
ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА,  
ВЫЗВАННОГО БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ**

**К.А. Айдарбекова<sup>1</sup>, А.А. Ботобаев<sup>1</sup>, Klaus P. Junneman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Национальный Госпиталь Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский Научный Центр Урологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

<sup>2</sup> Университетская клиника, отделение урологии,  
г. Киль, Германия

**Резюме:** Болезнь Пейрони (БП) – это болезнь, которая тяжело поддается консервативному лечению. Для удаления оболочного дефекта и устранения фиброзных бляшек, применяются методы заплат, с использованием разных трансплантационных материалов. Удаление фиброзных бляшек, с заменой и пликацией белочной оболочки, часто приводит к дополнительному укорочению полового члена. Заплаточная замена пораженного участка не имеет таких недостатков, но идеальный материал еще не найден. В этой статье мы проанализировали данные за последние 10 лет.

**Ключевые слова:** Фибропластическая индукция полового члена (ФИПЧ), искривление полового члена, трансплантационные материалы.

**ПЕЙРОНИ ООРУСУ МЕНЕН ШАРТТАЛГАН ОЙУЧАНЫ ИЙРИЛИКТҮҮ ХИРУРГИЯЛЫК  
ДАРЫЛОО ҮЧҮН ТАНДАЛЫП АЛЫНГАН АР КАНДАЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЯЛЫК МАТЕ-  
РИАЛДАРДЫ САЛЫШТЫРУУ**

**К.А. Айдарбекова<sup>1</sup>, А.А. Ботобаев<sup>1</sup>, Klaus P. Junneman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу  
Улуттук госпиталдын, урологиялык илимий борбору,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

<sup>2</sup> Университеттин урологиялык ооруканасы  
Киль ш., Германия

**Резюме:** Пейрони оорусу – бул дары дармектерге оң ой дарылаанычу эмес каттуу оорулардын бири. Жыныс мүчөсүнүн ак чылчагында чектелген фиброздук катыгын алып салуу жана ачык калган ак чылкакты трансплантациялык материал менен жабуу жана пликация кылуу. Көп учурда жыныс мүчөсүнүн кыскартуусуна алып келет. Азыркы учурда идеалдык материал табыла элек. Бул макалада биз акыркы 10 жылдан бери маалыматтарды талдоосу чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** Эркек жыныс мүчөсүнүн фибробластикалык катыгы, жыныс мүчөсүнүн кыйшайышы, трансплантациялык материал.

**COMPARING DIFFERENT GRAFT MATERIALS CHOSEN IN A SURGICAL TREATMENT  
OF PENILE DEVIATION CAUSED BY PEYRONIE'S DISEASE**

**K.A. Aidarbekova<sup>1</sup>, A.A. Borobaev<sup>1</sup>, Klaus P. Junneman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> National Hospital, Department of Urology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

<sup>2</sup> University Hospital Schleswig Holstein, Campus Kiel, Department of Urology and Pediatric Urology,  
Kiel, Germany

**Abstract:** Peyronie's disease is the disease, which is hard amenable to conservative treatment.

To cover a tunical defect associated with plaque treatment after, applying patch methods, using a different kinds of graft materials autologous or non-autologous. Plaque removal with tunical replacement and plication often results in additional penile shortening. Patch replacement of the scarred area does not have this disadvantage, but the ideal material has not yet been found.

In this paper we reviewed data over the last 10 years papers have been found. We observed and discussed different outcomes after patching procedures.

**Keywords:** IPP (Induration Penis Plastica), penile deviation, grafting materials.



**Введение**

Болезнь Пейрони, или фибропластическая индурация полового члена (лат. *induracio penis plastica* – ИПП) – заболевание, при котором мужской половой член искривляется вследствие прогрессирующих фиброзных изменений в белочной оболочке последнего.

При данной патологии фиброзные бляшки формируются в кавернозных телах полового члена, что приводит к приобретенному искривлению полового члена (ПИПЧ) и боли во время эрекции. Безусловно, БП имеет свои медицинские и социальные последствия [1, 2].

До сих пор разрабатываются различные хирургические методы лечения искривления полового члена. Методики заключаются в иссечение бляшек, в большинстве случаев, с использованием трансплантации аутологичными либо неаутологичными материалами, для закрытия дефекта белочной оболочки. У каждого вида трансплантационного материала есть свои плюсы и минусы с точки зрения свойства тканей, антигенности и денежных затрат.

Наиболее широко используется аутовенозная пластика, с приемлемым функциональным результатом в долгосрочной перспективе. Другие трансплантационные материалы, такие как: *tunica vaginalis*, *fascia lata*, *rectus fascia*, *buccal mucosa* имеют ряд разнообразных результатов. Аутологичные материалы имеют преимущество, такое как хорошую гистосовместимость, но требуют увеличения времени операции и часто приводят к послеоперационным осложнениям. И именно поэтому многие авторы выбирают внеклеточные ткани. Например, такие как трупные и ткани перикарда крупного рогатого скота, которые имеют удовлетворительные среднесрочные результаты. А также наблюдается высокая частота оперативных неудач и осложнений при использовании подслизистой тонкой кишки [3]. И конечно, все трансплантаты аутологичные или неаутологичные, должны быть точно откоррегированы и внедрены на место дефекта, что в любом случае ведет к дополнительной травме и образованию рубцов полового члена.

Такая ткань как коллагеновый флис (КФ) высоко доступна и ускоряет процесс тканевой регенерации, имеет минимальный иммунный ответ и не нуждается в наложении швов, так как покрыта фибриновым клеем, который также имеет гемостатический эффект. А так же имеются данные, что КФ уменьшает образование рубцовой ткани [4,5]. Удаление бляшек, с ушиванием оболочкового дефекта и его пликацией,

часто приводит к дополнительному укорочению пениса. В свою очередь, замена дефекта заплаткой не имеет такого недостатка, но идеальный материал еще не подобран [6-10].

**Обсуждение**

Искривление полового члена (ИПЧ), связанное с ПИПЧ влияет на качество половой жизни пациента.

Операция показана, когда искривление приводит к невозможности полового акта [11,12]. Методы пликации применяются, при искривлении  $<60^\circ$ , ведь искривлений пениса  $>60^\circ$  усугубит укорочение полового члена после пликации, что приведет к неудовлетворенности пациента [13]. И чтобы минимизировать потерю длины полового члена, существуют различные виды трансплантационных материалов, для покрытия дефекта после иссечения.

Что нам нужно от «заплаточной» процедуры?

В долгосрочных результатах для нас важно послеоперационное искривление, укорочение полового члена, воспалительные осложнения, эххимозы, гематомы, безболезненный отек, потеря чувствительности и конечно значения международного индекса эректильной функции (МИЭФ).

Что нам нужно от идеального трансплантационного материала?

Он должен быть не дорогим, устойчивым к инфекциям, сохранять возможность эректильной функции, вызывать гемостаз, требовать наложение меньшего количества швов, либо без них, укорачивать продолжительность хирургической операции и наконец, быть экономическим и эффективным. Но этот идеальный материал еще не подобран. На сегодняшний день, существуют две группы графт-материалов: аутологичный - слизистые оболочки или подкожные вены и неаутологичные трансплантаты, как - подслизистая тонкого кишечника или трупный перикард.

A.Zucchi и соавторы (2015) в своей статье описали преимущество трансплантата слизистой оболочки щеки [14]. Трансплантат слизистой оболочки щеки имеет свойства быстрого приживления, не образует грубых рубцов, ускоряет восстановление, чего невозможно добиться при использовании синтетических материалов. Также после пересадки материала слизистой оболочки щеки, не надо делать растяжку вакуумным прибором после операции. Другой вопрос состоит в том, какой размер лоскута необходим для устранения дефекта, в случае с трансплантатом слизистой оболочки щеки, достаточно двух заплаток (3x4 см или 2x5 см). После использо-

вания данного лоскута, спонтанная эрекция имеет место уже на 3-5 дни после операции. Более того метод не требует больших затрат.

S.Flores и соавторы (2011) описали эректильную дисфункцию после удаления бляшек и устранения дефекта лоскутом. Они использовали трупный перикард (Tutoplast) и подслизистую тонкой кишки (Surgisis). Авторы говорят, что эректильная дисфункция должна рассматриваться в нескольких аспектах: пожилой возраст, первичный сильный градус искривления, венозная утечка. Эти пациенты подвержены послеоперационному искривлению полового члена в состоянии эрекции [15].

Лоскуты подкожных вен являются наиболее широко используемыми среди аутологичных трансплантатов, с приемлемым функциональным результатом в долгосрочной перспективе. Другие материалы: tunica vaginalis, fascia lata, rectus fascia, buccal mucosa, имеют различные результаты. Да, аутологичные материалы имеют преимущество гистосовместимости, но есть и отрицательные стороны. И именно поэтому многие авторы выбирают, например, такие материалы как трупные и ткани перикарда крупного рогатого скота, которые имеют удовлетворительные среднесрочные результаты [3].

K.Lue и соавторы успешно использовали метод продольного «окна» для пересадки трансплантата у пациентов с латеральным расположением бляшки, и искривлением полового члена равным 90 градусам. Они применили боковое продольное иссечение бляшки, и для закрытия дефекта была взята слизистая тонкой кишки (SIS) (Biodesign, Cook Urological Inc., Spencer, IN, USA). 160 минут понадобилось для проведения данного метода хирургической коррекции. Через 3 дня пациент имел болезненную ригидную эрекцию и незначительное воспаление. Через 4 недели пациент отметил успешный коитус. И через 6 месяцев показал отличные косметические и функциональные результаты. В этот период рецидивов не наблюдалось [16].

Но риск внутриоперативных сложностей при использовании SIS до сих пор остается. Все трансплантационные лоскуты аутологичные и неаутологичные требуют использования шовного материала, а наложение швов является так же травматизацией и риском рубцевания на месте процедуры [3].

G.Hatzichristodoulou и соавторы (2013) в своей статье описывают интересную методику графтинга коллагеновым флизом [16]. Они используют готовый коллагеновый лоскут, покрытый фибриновым клеем, который обладает к

тому же гемостатическим эффектом. Перед внедрением трансплантационного материала делают иссечение бляшки в месте максимального искривления и на место дефекта мануально накладывают флиз. Так как этот готовый графт, материал не нуждается в пришивании, операционное время укорачивается – 94,2 минуты (вариации операционного времени от 65 до 165).

И в дополнение к данному трансплантационному материалу (ТМ) хочется отметить, что КФ имеет в своем составе человеческий фибриноген и тромбин, и поэтому снижается риск иммунной реакции и инфекций после внедрения последнего [17].

A.Fabiani и соавторы (2014) использовали коллагеновый флиз компании Tachosil® (Takeda, Linz, Austria, Europe) после геометрической корпоропластики по Egydio с использованием ацеллюлярного коллагена компании Xenform® patch, BostonScientific, Natick, MA, USA.

После графтинга ацеллюлярного коллагена в послеоперационном периоде, по данным авторов, пациент имел проблемы с эрекцией, появился не уменьшающийся отек в месте циркумцизии, и сформировалась киста в tunica albuginea. В месте появления кисты после ее удаления был вставлен коллагеновый флиз без нейроваскулярной изоляции. Через 24 месяца при помощи интракавернозной инъекции 10 мг простагландина эрекция по шкале EHS достигала 3, и искривления полового члена так же наблюдалось [18].

#### **Заключение:**

Для того чтобы найти идеальный трансплантационный материал, в будущем очень важно тщательно рассмотреть все типы аутологичных, не аутологичных лоскутов и внимательно изучить все послеоперационные осложнения. Идеальное исследование должно включать в себя гистологическое изучение всех трансплантационных тканей и самое главное необходимо изучить действие последних на белочную оболочку полового члена на клеточном уровне.

## Литература:

1. Devine CJ, Somers KD, Lagada LE. Peyronie's disease: pathophysiology. *Prog Clin Biol Res* 1992; 370:355-8.
2. Gonzalez-Cadavid NF. Mechanism of penile fibrosis. *J Sex Med* 2009;3:353-62.
3. Kadioglu A, Sanli O, Akman T, Ersay A, Guven S, Mammadov F. Graft materials in Peyronie's disease surgery: a comprehensive review. *J Sex Med* 2007;4(3):581-95.
4. Lue TF, El-Sakka AI. Venous patch graft for Peyronie's disease. Part I: technique. *J Urol* 1998; 160:2047-9.
5. Brannigan RE, Kim ED, Oyasu R, McVary KT. Comparison of tunica albuginea substitutes for the treatment of Peyronie's disease. *J Urol* 1998; 159:1064-1068.
6. Gulino G, Falabella R, Gentile G, Sasso F. Radical surgery in Peyronie's disease. Graft comparison. *Minerva Chir* 2002; 57:383-8.
7. Lentz AC, Carson CC., 3rd Peyronie's surgery: graft choices and outcomes. *Curr Urol Rep* 2009; 10:460-7.
8. Leungwattanakij S, Tiewthanom V, Hellstrom WJ. Evaluation of corporal fibrosis in cadaveric pericardium and vein grafts for tunica albuginea substitution in rats. *Asian J Androl* 2003; 5:295-9.
9. Shokeir AAI, Osman Y, El-Azab M. Tunica albuginea acellular matrix graft for treatment of Peyronie's disease--an experimental study in dogs. *Scand J Urol Nephro* 2004; 38:499-503.
10. Seyam RM, Mokhtar AA, Chishti MA, Ahmed M, Mourad WA, El-Sayed R, et al. Crural tunica albuginea autograft for corporoplasty: an experimental animal study of hemodynamic, histopathological, and molecular effects in the long term. *J Sex Med* 2007; 4:1277-90.
11. Kadioglu A, Kükükdurmaz F, Sanli O. Current status of surgical management of Peyronie's disease. *Nat Rev Urol* 2011; 98:110-115.
12. Dukic I, Thakare N, Pearce I, Payne SR. Should assessment of penetrative sexual activity be used as the treatment arbiter in the management of Peyronie's disease? *Int J Impot Res* 2011; 23:70-75.
13. Gur S, Limin M, Hellstrom WJG. Current status of developments in Peyronie's disease: medical, minimally invasive and surgical treatment options. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12:931-944.
14. Zucchi A, Silvani M, Pastore AL, Fioretti F, Fabiani A, Villirillo T, et al. Corporoplasty Using Buccal Mucosa Graft in Peyronie Disease: Is It a First Choice? *Elsevier Inc* 2015; 85:679-683.
15. Lue K, Emtage JB, Martinez DR, Yang C, Carrion R. Excision and Patch Grafting of a Lateral Peyronie's Plaque Utilizing a Longitudinal "Window" Approach. *SexMed* 2015; 3:86-89.
16. G. Hatzichristodoulou, JE Gschwend and S. Lahme. Surgical therapy of Peyronie's disease by partial plaque excision and grafting with collagen fleece: feasibility study of new technique. *International Journal of Impotence Research* 2013; 25:183-187.
17. Fabiani A, Fioretti F, Filosa A, Servi L, Mammana G. Patch bulging after plaque incision and grafting procedure for Peyronie's disease. Surgical repair with a collagen fleece. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* 2015; 87,2.
18. Zucchi A, Silvani M, Pecoraro S. Corporoplasty with small soft axial prostheses (VIRILIS IH) and bovine pericardial graft (HYDRILXH) in Peyronie's disease. *Asian J of Andrology* 2013; 15:275-279.
19. Hsu G-L, Chen H-S, Hsien C-H, Chen RM, Wen H-S, Liu Li-J, et al. Long-Term Results of Autologous Venous Grafts for Penile Morphological Reconstruction. *J of Andrology* 2007; 28:186-193.
20. Kalsi J, Christopher N, Ralph DJ, Minhas S. Plaque incision and fascia lata grafting in the surgical. *B J U I* 2006; 98:110-115.
21. Flores S, Choi J, Alex B, Milhall JP. Erectile Dysfunction after Plaque Incision and Grafting: Short-term Assessment of Incidence and Predictors. *J Sex Med* 2011; 8:2031-2037.

## ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ В АНАМНЕЗЕ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Асилбек уулу У.<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>1</sup>, М.Б. Абдыкалыков<sup>1</sup>,  
Р.М. Курбаналиев<sup>2</sup>, Өскөн уулу А.<sup>3</sup>, Р.Е. Кузебаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, кафедра специализированной хирургической помощи

<sup>2</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

<sup>3</sup> Отделение «общей урологии» Национального Госпиталя при НГ МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Согласно данным литературы, 13-19% супружеских пар страдают от бесплодия. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин. В работе даны результаты лечения больных с вторичным бесплодием у мужчин, в анамнезе перенесших операцию по поводу стриктуры уретры. Применение L-аргинина показал, что улучшаются качественные и количественные показатели спермограммы.

**Ключевые слова:** Стриктура уретры, копулятивные осложнения, L-аргинин, мужское бесплодие.

## ООРУ БАЯНЫНДА, ЗААРА КАНАЛЫНЫН КЫСЫЛЫШЫ БОЮНЧА ОПЕРАЦИЯ БОЛГОН БЕЙТАПТАРДЫН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ТУКУМСУЗДУКТУН ДААРЫЛООСУ

Асилбек уулу У.<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>1</sup>, М.Б. Абдыкалыков<sup>1</sup>,  
Р.М. Курбаналиев<sup>2</sup>, Өскөн уулу А.<sup>3</sup>, Р.Е. Кузебаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту, Бишкек,

<sup>2</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

<sup>3</sup> Улуттук госпиталдын «жалпы урология» бөлүмү, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Илимий адабияттын маалыматы боюнча, 13-19% үй-бүлөлөр тукумсуздук ачалдыгат. Үй-бүлөдө тукумсуздуктун 40-50% негизги себеби эркектер болуп эсептелет. Бул кырдаал, эркек репродукция функциясынын бузулушуна алып келүүчү кооптуу факторлорду билүүгө багыт алган, илимий-изилдөөлөрдү жүргүзүүгө муктаждыгынталап кылат. Бул илимий иште, оору баянында заара кысылышы боюнча операция болгон оорулуларды операциядан кийинки тукумсуздуктун даарылоо жыйынтыктары чагылдырылган. L-аргининди колдонгондо, спермограмманын сандык жана сапаттык көрсөткүчтөрү жакшыргандыгы маалымдалды.

**Негизги сөздөр:** заара каналдын кысылышы, копулятивдик кабылдоолор, L-аргинин, эркектик тукумсуздук.

## TREATMENT OF SECONDARY INFERTILITY IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE ANAMNESIS SURGERY FOR STRICTURE

Asylbek uulu U.<sup>1</sup>, V.N. Evsukov<sup>1</sup>, M.B. Abdykalykov<sup>1</sup>,  
R.M. Kurbanaliev<sup>2</sup>, Oskon uulu A.<sup>3</sup>, R.E. Kuzebaev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training and Retraining

<sup>2</sup> Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

<sup>3</sup> National Hospital, division of General urology, Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** According to the literature, 13-19% of couples suffer from infertility. It is the male factor in 40-50% of cases of infertile marriage that is the reason for the absence of children. This makes it necessary to conduct research aimed at identifying risk factors for the occurrence of reproductive disorders in men. In this paper results of treatment of patients with secondary infertility in men in anamnesis who underwent surgery for stricture of the urethra are given. The use of L-arginine has shown that the qualitative and quantitative indices of the spermogram are improved.

**Key words:** stricture urethras, L-arginine, copulations complication, man's barrenness.

**Актуальность.** Сохранение здоровья и функциональной полноценности репродуктивной системы мужчины относится к числу самых актуальных проблем современной андрологии и репродуктологии [1]. В Кыргызстане за последние два десятилетия сложилась сложная демографическая ситуация, обусловленная резким увеличением бесплодие среди мужчин. Согласно данным литературы, 13-19% супружеских пар страдают от бесплодия [2]. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей [3]. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин.

Оксид азота (NO) является универсальным посредником в регуляции клеточных функций и межклеточных коммуникаций. В организме человека NO синтезируется из аминокислот L-аргинин под влиянием ферментов NO-синтаз (NOS). Под влиянием эндотелиальной NO-синтазы происходит синтез физиологических уровней оксида азота. Образующийся из L-аргинина NO активирует в гладкомышечных клетках гуанилатциклазу, стимулирующую синтез цГМФ, который, в свою очередь, обуславливает вазодилатацию. NO-гидрофобный газ, простая молекула, способная выполнять роль универсального регулятора многих биологических функций. Это прежде всего связано с тем, что он может существовать в трех химических формах: нейтральный радикал NO, нитроксил (анион) NO<sup>-</sup> и нитрозоний (катион) NO<sup>+</sup>. С нарушением синтеза или выделения NO связаны многие патологии, в том числе артериальная гипертензия, атеросклероз, ИБС, бронхиальная астма, первичная легочная гипертензия, облитерирующие поражения сосудов нижних конечностей, сахарный диабет, эректильная дисфункция, тромбоцитоз, аллергические заболевания.

В настоящее время во всех отраслях медицины идет активное применение L-аргинина; в частности в акушерской практике считается доказанным, что дефицит NO лежит в основе развития преэклампсии. Хронические и острые нарушения мозгового кровообращения являются в первую очередь сосудистыми заболеваниями и протекают на фоне изменений эндотелия. В области сердечно-сосудистой патологии потеря нормальной функции эндотелия (ЭД)-первый этап развития атеросклеротического процесса. В урологии физиологическая роль NO в почках-это в первую очередь регуляция почечной гемодинамики, модуляция транспорта жидкости и

электролитов, коррекция функции почек в ответ на действие поражающих факторов. Имеются единичные экспериментальные работы по применению «тивортина» для коррекции сперматогенеза и снятия интоксикации солями тяжелых металлов на белых крысах, доказывающих улучшение кровоснабжения, стимулирование пролиферации и дифференцировки клеток.

#### **Материалы и методы**

Исследование проведено на 25 пациентов, которые ранее были прооперированы с применением различной техники общепринятых оперативных вмешательств при стриктурах уретры. Распределение больных, прооперированных по Б.Н. Хольцову, составило соответственно 15 больных 60,0% и по В.И. Русакову – 10 больных 40,0%. Практически у всех больных диагностированы различные осложнения. Осложнения носили как общий, так и местный характер. Изучение характера осложнений у больных со стриктурами уретры выявило, что чаще осложнения были местного характера - 16 (65,7%). С наибольшей частотой встречались такие осложнения, как циститы 17 (69,9%), пиелонефриты - 14 (56,3%), нарушения половой функции - 11 (45,5%), образование свищей - 4 (17,8%) и простатиты - 7 (29,9%).

#### **Результаты и обсуждение**

Согласно полученным данным уровень гормонов у данных больных был в пределах нормы, что дало нам возможность исключить гипогонадизм. Всех пациентов объединяло наличие вторичного бесплодия, на спермограмме отмечалась олигозооспермия  $12,3 \pm 0,2$  млн., активно-подвижных  $23,3 \pm 4,3\%$ , морфологически измененных  $54,3 \pm 4,5\%$ , хотя у некоторых ранее имелись дети, но в момент обращения они в течение 2х или 3х лет не могли зачать ребенка. Всем пациентам перед назначением лечения «тивортином» выполняли УЗИ яичек. У 2 больных наблюдалось уменьшение объема яичек (менее 17 см), у 4х - снижение тургора, у остальных отсутствие каких-либо нарушений. Всех пациентов мы лечили препаратом тивортин внутрь по 10 млх2 раза во время еды в течение 20 дней. Курс лечения длился от 3 до 6 месяцев. После 7 дневного приема 17 (70%) больных отмечали повышение упругости в яичках, нормализацию общего состояния и улучшение качества половой жизни отмечали почти 20 (80%) больных. После 6 месячного курса лечения у 2 больных, у которых имело место уменьшение размера яичек, на контрольном УЗИ отмечали увеличение размера (21 и 23см), также пациенты отмечали повышение упругости яичек. Нормализация

показателей спермограммы наблюдалось у 12 (46%) больных. Положительный результат имел место у 3 больных. Конечный результат, оцениваемый по числу беременности, составляет 3 случая, хотя показатели спермограммы нормализовались у 17 (70%) больных.

### **Выводы**

Применение «Тивортина» улучшает кровоснабжения в тканях предстательной железы и в яичках, стимулирует пролиферацию и дифференцировку клеток, а также подавление оксидативноапоптоза благоприятно влияет на рост и созревание половых клеток, и тем самым нормализуются количественные и качественные параметры спермограммы.

### **Литература:**

1. Абубакиров А.Н. Повреждение ДНК сперматозоидов и мужское бесплодие /А.Н.Абубакиров//Урология.-2009.-С.86-91.
2. Мхитаров В.А. Морфофункциональные изменения системы гипофиз-надпочечники-гонады самцов крыс вистар при длительном употреблении этанола в условиях свободного выбора /В.А.Мхитаров//Архив патологии. -2008.-Т.70,№6.-С.38-41.
3. Практический опыт комплексного лечения больных эскреторно-токсическим бесплодием/И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко, П.М.Клименко, В.В.Спиридонов//Здоровье мужчины.-2010.-№2.-С.238-244.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ И АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Б.А. Боталаев<sup>1</sup>, А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, И.В. Колесниченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Республиканский Научный Центр урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики,

<sup>2</sup> Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Одними из наиболее частых, зачастую фатальных, осложнений после аденомэктомии являются тромбоэмболические осложнения, которые у половины пациентов развиваются во время хирургического лечения или в ближайший послеоперационный период. Поддержание показателей общей и центральной гемодинамики является важнейшим условием профилактики тромбозов. В публикации рассмотрен сравнительный анализ применения антикоагулянтов непрямого действия – фраксипарина и антиагрегантов – препаратов салициловой кислоты в профилактике тромбообразования у пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

**Ключевые слова:** антикоагулянты, антиагреганты, фраксипарин, аспирин, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, тромбопрофилактика.

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛЯЗИЯСЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРГА ТРОМБОЭМБОЛИЯЛЫК КАБЫЛДООЛОРУНА АЛДЫН АЛУУДА КОЛДОНУЛГАН АНТИКОАГУЛЯНТЫК ЖАНА АНТИАГРЕГАНТТЫК ДААРЫЛООЛОРУНУН ЭФФЕКТИВДУУЛҮГҮНӨ САЛЫШТЫРМАЛУУ БАА БЕРҮҮ**

**Б.А. Боталаев<sup>1</sup>, А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, И.В. Колесниченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо министрлигинин Улуттук Госпиталына караштуу урология Республикалык Илимий Борбору.

<sup>2</sup> Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Аденомэктомиядан кийинки эң көп, кээде фатальдык кабылдоо тромбоэмболия болуп эсептелет, бул кабылдоонун жарымы хирургиялык даарылоо учурунда же операциядан кийинки жакынкы аралыкта кездешет. Жалпы жана борбордук гемодинамиканын көрсөткүчтөрүн бир калыпта кармоо тромбоздорду профилактикалоодо эң негизги шарт болуп эсептелет. Бул публикацияда простата безинин гиперплазиясына хирургиялык жол менен даарыланган оорулууларга тромбдун пайда болуусун алдын алуу максатында колдонулган түз эмес таасир этүүчү антикоагулянтар фраксипарин жана антиагрегантар салицил кислотасынын препараттарын колдонууларынын салыштырмалуу анализи каралган.

**Негизги сөздөр:** антикоагулянтар, антиагрегантар, фраксипарин, аспирин, простата безинин залалсыз гиперплазиясы, тромбопрофилактика.

**COMPARATIVE EVALUATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF ANTIKOAGULANT AND ANTIAGREGANT THERAPY IN PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH BENEFICIAL HYPERPLASIA OF THE PROSTATE**

**B.A. Botalaev<sup>1</sup>, A.Ch. Usupbaev<sup>1</sup>, I.V. Kolesnichenko<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.

<sup>2</sup> Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** One of the most frequent, often fatal, complications after adenomectomy is thromboembolic complications, which in half of patients develop during surgical treatment or in the nearest postoperative period. Maintenance of indicators of general and central hemodynamics is the most important condition for the pre-



vention of thrombosis. The publication reviews a comparative analysis of the use of anticoagulants of indirect action - fractiparin and antiplatelet agents - salicylic acid preparations in the prevention of thrombosis in patients who underwent surgical treatment for benign prostatic hyperplasia.

**Key words:** anticoagulants, antiplatelet agents, fraxiparin, aspirin, benign prostatic hyperplasia, thromboprophylaxis.

### **Введение**

Согласно данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики за последние 10 лет численность населения в абсолютном выражении увеличилась на миллион человек, ежегодно увеличиваясь минимум на 80-100 тысяч жителей.

Всвязис общемировыми тенденциями роста численности населения оперативному лечению подвергаются свыше 40% мужчин старше 50 лет, и доля таких пациентов растет.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - распространенное заболевание среди мужчин старше 50 лет [3,6]. В 40% случаев при ДГПЖ требуется оперативное лечение, в 35-53% - в послеоперационном периоде развиваются нарушения в системе гемостаза [7,8]. Несмотря на неуклонное совершенствование техники хирургических вмешательств в урологии, частота послеоперационных осложнений при ДГПЖ в настоящее время не имеет явной тенденции к снижению [5].

Основными задачами в раннем послеоперационном периоде являются сохранение восстановленного кровотока и профилактика осложнений, в первую очередь тромбозов, кровотечений.

Как известно, любое оперативное вмешательство сопровождается стрессом, оказывающим негативное воздействие на организм пациента, в частности, у пациентов старшей возрастной группы способствует вазоконстрикции и объясняется поступлением в кровь тканевых активаторов свертывания. Кроме того, недостаток компенсаторных возможностей у данной категории больных вызывает снижение активности антикоагуляционной и фибринолитической систем организма [1].

Более 30% тромбозов развивается интраоперационно. Тромбоэмболия легочной артерии выявляется в 7,1% случаев и в структуре послеоперационной летальности занимает второе место [1].

По мнению ряда авторов, профилактика тромбогеморрагических осложнений должна быть целенаправленной и начинаться в предоперационном периоде [2, 4].

В литературных данных последних лет до сих пор дискуссионными остаются вопросы, посвященные профилактике послеоперацион-

ных осложнений после хирургических вмешательств при ДГПЖ. Однако многие моменты полноценной подготовки данного контингента больных к операции и дальнейшего их ведения с целью предупреждения риска тромбообразования, далеки до окончательной трактовки результатов.

### **Материал и методы**

В клиническое исследование включено 116 пациентов с ДГПЖ, которым произведены оперативные вмешательства в объеме трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП) и одномоментной чреспузырной аденомэктомии. Проведено исследование свертывающей и противосвертывающей систем крови в предоперационном периоде и после операции на 1, 5 и 10 сутки. Все пациенты распределены на три сравнительные группы с учетом профилактики тромбоэмболических осложнений.

I группа (40 пациентов) – тромбопрофилактика проводилась стандартными методами: бинтование нижних конечностей, пневмомассаж нижних конечностей, внутривенное введение декстранов.

II группа (36 пациентов) – профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась путем назначения антиагрегантов – препаратов салициловой кислоты (аспирин, плавикс, тромбАсс по 100-150мг/сутки).

III группа основная (40 пациентов) – тромбопрофилактика осложнений проводилась путем назначения НМГ (фраксипарина в дозе 0,3 мл в сутки (2500 МЕ) за 18-20 часов до операции и на 3-4-е сутки после операции).

Пациентам проводилось исследование гемостазиограммы (18 показателей): показатели тромбоцитарно-сосудистого гемостаза (первичного) и свертывания крови (коагуляционного гемостаза).

В зависимости от времени и периода хирургического лечения условно определены этапы тромбопрофилактики: дооперационный, послеоперационный.

Основные направления тромбопрофилактики в дооперационный период включали проведение плановой терапии у больных с нарушением процессов гемокоагуляции, максимально возможную компенсацию недостаточности кро-

вообращения, профилактику возможных послеоперационных осложнений.

Медикаментозная терапия в до- и послеоперационном периоде включала назначение антитромботической терапии в виде антиагрегантов, прямых и непрямых антикоагулянтов, общестандартных методов.

Большинство пациентов после 50 лет с отягощенным кардиологическим анамнезом принимали антиагреганты и/или антикоагулянты.

### Результаты и обсуждение

Тромбопрофилактика при хирургическом лечении у больных с ДГПЖ ассоциируется с низкой частотой тромбоэмболических осложнений, включая массивные кровотечения.

В процессе работы мы проследили, как изменялось количество тромбоцитов, их агрегационные и адгезивные свойства в послеоперационном периоде в трех сравнительных группах (рисунок 1).

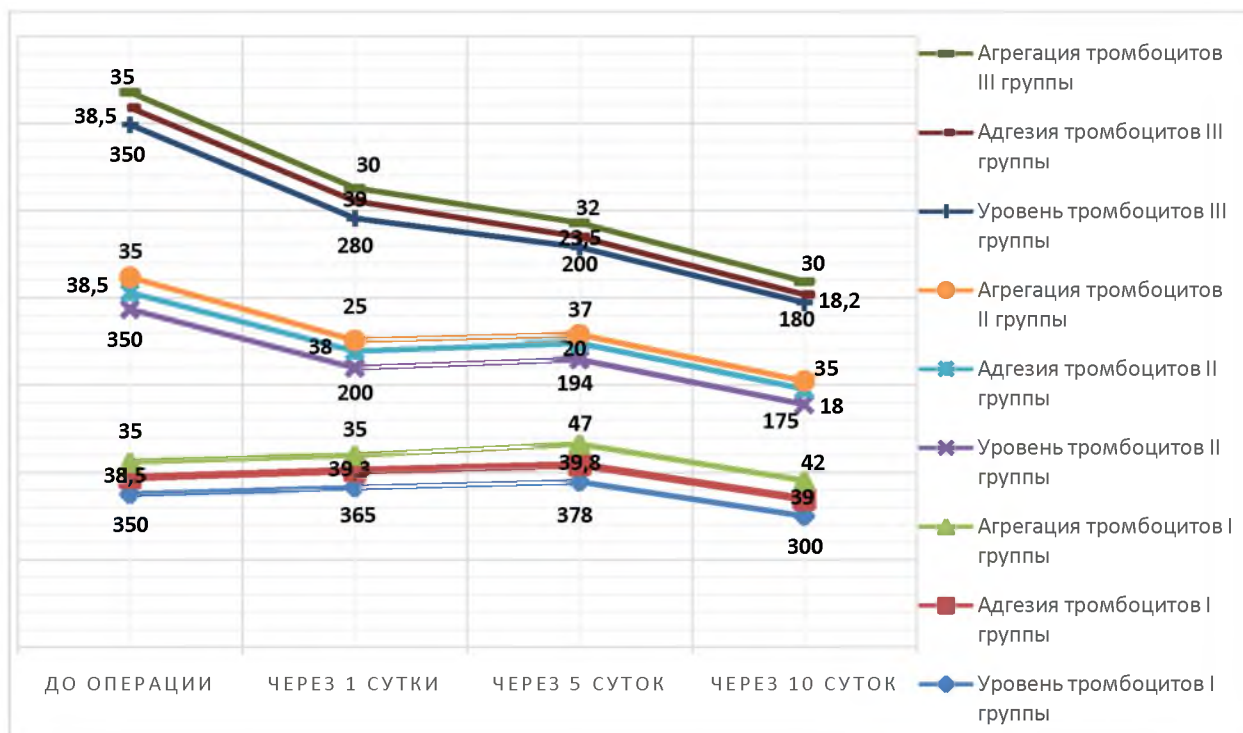


Рисунок 1. Сравнительный анализ уровня тромбоцитов и их адгезивно-агрегационных свойств в исследуемых группах.

Анализируя показатели гемостазиограммы выяснено, что в первой группе у пациентов, получавших тромбопрофилактику общестандартными методами лечения, через сутки после операции уровень тромбоцитов повысился, на 5-е сутки продолжалось повышение, а на 10 сутки количество тромбоцитов уменьшилось, но еще не достигло нормы. Анализ полученных результатов адгезии тромбоцитов показал, что у больных данной группы этот показатель через 1-5 суток несколько повысился, на 10 сутки оставался высоким и достоверно отличался от нормы. Уровень агрегации тромбоцитов до операции был идентичен показателям второй и третьей групп, но уже через сутки, на 5 сутки отмечено достоверное увеличение времени агрегации, но на 10 сутки показатели еще не достигали нормы. Таким образом, для пациентов данной клинической группы в до- и послеоперационном

периоде необходимо применение антикоагулянтов - НМГ по разработанной методике.

Во второй группе у пациентов, получавших антиагреганты (препараты салициловой кислоты) уже на 1-5 сутки отмечено достоверное снижение уровня тромбоцитов. На 10 сутки после операции количество тромбоцитов снижалось ниже нормальных показателей. Адгезивные свойства тромбоцитов имели тенденцию к уменьшению на 10 сутки послеоперационного периода. Агрегационный эффект выражен уже спустя сутки после операции и продолжает достоверно снижаться на 5-10 сутки. Следовательно, при подготовке к плановой операции при ДГПЖ прием аспирина необходимо прекратить за 4-5 дней до хирургического вмешательства, так как возникает риск послеоперационных кровотечений, что может потребовать проведение гемотрансфузий.

В третьей группе пациенты, получавшие тромбопрофилактику путем назначения фраксипарина в средней дозировке 30 мг (0,3 мл) 1 раз в сутки за 18-24 часов до операции. При низком риске тромбозомболических осложнений доза фраксипарина составляла 20 мг (0,2 мл) после операции 1 раз в сутки до полной активизации больного, при средней и высокой степени риска - доза фраксипарина увеличивалась до 30 мг (0,3 мл) после операции 1 раз в сутки не менее 7-10 дней до полной активизации больного.

Через сутки после хирургического лечения у данной группы больных отмечено снижение количества тромбоцитов и выраженный антикоагуляционный эффект, достигающий полной нормализации на 5-10 сутки. Рассматривая показатели агрегации тромбоцитов необходимо отметить, что через сутки после аденомэктомии и ТУРП показатели не изменялись, через 5 и 10 суток отмечена тенденция к некоторому их снижению. Через сутки после операции показатель адгезии тромбоцитов умеренно повысился, а на 5-е и 10-е сутки уже не отличался от нормы.

Оценивая наличие послеоперационных осложнений у исследуемых больных после хирургического лечения ДГПЖ отмечено, что в первой группе наблюдались осложнения в виде тампонады мочевого пузыря в 5,0% случаев, кровотечений на 7-8 сутки после операции - в 17,5%, летальный исход был отмечен в 2,5% наблюдений.

У пациентов второй группы, получавших препараты салициловой кислоты, тампонада мочевого пузыря в 2,4% случаев, кровотечения на 3-5 сутки после операции - в 22,5%, летальный исход - в 1,3% наблюдений.

У пациентов третьей группы, получавших НМГ - фраксипарин, в 1,3% отмечалась тампонада мочевого пузыря; кровотечения во время операции отмечены в 1,4% случаев, летальных исходов не было.

#### Выводы

Изменения показателей гемостаза у больных при хирургическом лечении ДГПЖ повышают риск развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде за счет склонности к гиперкоагуляции. Применение фраксипарина по разработанной методике способствует улучшению показателей коагулограммы, приводит к стабилизации уровня циркулирующих тромбо-

цитов, что в свою очередь способствует снижению риска тромбозомболических осложнений за счет улучшения микроциркуляции и уменьшения застойных явлений в предстательной железе. Фраксипарин обладает стойким антикоагулянтным действием, его антитромботическое действие селективно и более предсказуемо, следовательно, его назначение не требует проведения строго лабораторного мониторинга при назначении в терапевтических дозах, что объясняет его широкое применение для лечения и профилактики тромбозомболических осложнений.

#### Литература:

1. Атаманова Е.А. Профилактика тромбозомболических осложнений в послеоперационном периоде у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Е.А. Атаманова // Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 2015. - С.4-5.
2. Графов А. А. Профилактика тромботических и гнойных осложнений у хирургических больных / А. А. Графов // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Челябинск, 2011. - 28 с.
3. Елина Ю.А. Медико-социальная характеристика больных с заболеваниями предстательной железы и организационные основы профилактики / Ю.А. Елина // Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Н.Новг., 2012.- 24 с.
4. Ройтман Е.В. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений. Курс на индивидуализацию / Е.В. Ройтман // Вестник гематологии. - М., 2013. - Т. 9. - № 4. - С. 28-29.
5. Ткачук И.Н. Осложнения трансуретральной резекции простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и пути их профилактики / И.Н. Ткачук // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - СПб., 2011. - 17 с.
6. Litwin, M. S. Benign prostatic hyperplasia/lower urinary tract symptoms and bladder stones. / M. S. Litwin, C. S. Saigal // Urologic diseases in America. Washington, DC: Government Printing Office, 2012. - P. 46 - 72.
7. Patel, N.D. Epidemiology and etiology of benign prostatic hyperplasia and bladder outlet obstruction / N.D. Patel, J.K. Parsons // Indian J. Urol., 2014. - Vol. 30. - № 2. - P. 214-218.
8. Vignozzi, L. Benign prostatic hyperplasia: a new metabolic disease? / L. Vignozzi, G. Rastrelli, G. Corona, M. Gacci, G. Forti, M. Maggi // J. Endocrinol Invest, 2014. - Vol. 37, №4. - P. 313-322.

**ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МУЖЧИН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)**

**К.Р. Казымбеков, А.Ч. Усупбаев**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия  
им. И.К. Ахунбаева, кафедра урологии и андрологии им. М.Т. Тыналиева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** статья посвящена анализу литературных данных по изучению связи микроэлементозов и различных патологических состояний. В результате проведенного исследования было установлено, что является целесообразным изучение распространенности уроандрологической патологии среди населения различных регионов Кыргызской Республики в зависимости от особенностей среды обитания и эндогенного микроэлементного статуса организма, а также разработка новых подходов в плане их диагностики, профилактики и лечения.

**Ключевые слова:** микроэлементозы, биогеоэндемии, макронутриенты, микронутриенты, минерально-витаминные комплексы, рак простаты, мужское бесплодие, селен, цинк.

**МИКРОЭЛЕМЕНТОЗДОРДУН ЭРКЕК ЖЫНЫС ООРУЛАРЫНА ТААСИРИ ЖАНА АЛАР-  
ДЫН КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫН ОПТИМАЛДАШТЫ-  
РУУ ТУРАЛУУ ИЗИЛДӨӨ (адабият карап чыгуу)**

**К.Р. Казымбеков, А.Ч. Усупбаев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
М.Т. Тыналиев атындагы урология жана андрология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макала микроэлементоздор жана ар кандай патологиялык шарттарынын байланышы боюнча адабият маалыматтарды иликтөөгө арналган. Изилдөөнүн натыйжасында Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунда калктын тиешелүү уроандрологиялык оорунун таралышынын жашоо абалы жана организмдин ички микроэлементтик толуктамасы менен байланышы алкагында изилдөө, ошондой эле алардын алдын алуу жана дарылоо, жаңы ыкмаларды иштеп чыгуу өзгөчөлүктөрүн аныктоо, ылайык деп табылган.

**Негизги сөздөр:** микроэлементоздор, биогеоэндемиялар, макрозыктар, микрозыктар, минералдык жана витамин комплекстери, жыныстык бездердин рагы, эркектердин тукумсуздугу, селен жана цинк.

**THE STUDY OF THE MICROELEMENTOSES ROLE IN THE DEVELOPMENT  
OF MALE REPRODUCTIVE SYSTEM DISEASES AND THEIR TREATMENT OPTIMIZATION**

**K.R. Kazymbekov, A.Ch. Usupbaev**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of urology and andrology n.a. M.T. Tinaliev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract:** The article is devoted to the literature data analysis on the study of the relationship between microelementoses and various pathological conditions. As result of the study, it was found that it is expedient to study the prevalence of uroandrological pathology among the population of different regions of the Kyrgyz Republic, depending on the habitat characteristics and endogenous microelement status of the organism, and the development of new approaches in terms of their diagnosis, prevention and treatment.

**Key words:** microelementosis, biogeoenemia, macronutrients, micronutrients, mineral-vitamin complexes, prostate cancer, male infertility, selenium, zinc.

Биологическое значение отдельных макро- и микроэлементов в патогенезе ряда заболеваний, распространение которых было локализовано на уровне таксонов биосферы (регион, субрегион, биогеохимические провинции), было установле-

но в 30-40х годах прошлого столетия. Существенную роль сыграла концепция биогеохимических провинций, разработанная А.П. Виноградовым. Последние, по его определению, представляют собой «области на Земле, отличаю-

щиеся от соседних областей по уровню содержания в них химических элементов и вследствие этого вызывающие различную биологическую реакцию со стороны местной флоры и фауны» [1].

Наиболее рельефно связь между организмами и средой отражена в геохимической экологии, сформулированной В.В. Ковальским [2]. В данном случае геохимическая экология рассматривается как взаимодействие между организмами и средой через поток атомов химических элементов и их соединений (сочетаний). Последние, поступая в организм через биогеохимические пищевые цепи, выполняют различные функции в организме, частично трансформируются в процессе метаболизма, аккумулируются тканями или выводятся с экскрементами и выдыхаемым воздухом. При этом существенная роль принадлежит биологической роли макро- и микроэлементов.

Активное изучение биологической роли микроэлементов, их распространения в среде, продуктах питания, кормах, организме человека, животных и растений в 60-70-х гг. прошлого столетия сопровождалось накоплением огромного фактического материала, который требовал обобщения. Одной из таких попыток была систематизация, предложенная группой ученых из Института морфологии АМН. Так, в 1983 г академик А.П. Авцын писал: «С учетом достижений современной науки настало время предложить объединяющее название для всех патологических процессов, вызванных дефицитом, избытком и дисбалансом микроэлементов в организме. Таким названием, по нашему мнению, является термин «микроэлементозы»» [3, 4]. На основании обширных исследований в области геохимической экологии человека и животных стало возможным выделение микроэлементозов в особую группу заболеваний, связанных с природными эндогенными, природными экзогенными и техногенными факторами.

Таким образом, геологическая история эволюции и современного техногенного преобразования таксонов биосферы обуславливают гетерогенность химического состава среды обитания живых организмов, метаболизма макро- и микроэлементов и проявление биогеохимических эндемий.

В последние годы, во всем мире особое внимание отводится изучению природных биогеоэндемий. По определению А.П. Авцына, А.А. Жаворонкова (1991): «Под биогеохимическими провинциями принято понимать такие географические регионы, в которых все компоненты

среды обитания, в том числе флора и фауна, характеризуются определенным своеобразием химического элементного состава...эндемические заболевания биогеохимической природы – это болезни, постоянно существующие на ограниченной территории» [3]. Однако следует уточнить, что в настоящее время некоторые биогеоэндемии потеряли статус постоянно существующих вследствие государственных мер по обогащению пищевых продуктов витаминами, недостающими макро- и микроэлементами (например, йодирование поваренной соли, обогащение муки и т.д.) и широкого применения населением биологически активных добавок. В этой связи, к числу новых, быстро развивающихся наук следует отнести биоэлементологию.

К настоящему времени учеными различных специальностей накоплен большой фактический материал о содержании и роли биоэлементов для организма человека. Значительно расширилось познание роли, взаимосвязей и взаимодействия биоэлементов в организме человека, разрабатываются методы профилактики нарушений гомеостаза и способов его коррекции, интенсивно изучаются возможности преодоления различных расстройств, связанных с дефицитом или избытком тех или иных биоэлементов. Формируется новое научно-практическое направление, которое правильнее всего было бы называть биоэлементной медициной. Хотя до сих пор используются термины – микроэлементология, биотическая медицина, медицинская элементология.

На основе анализа данных по изучению связи биоэлементозов и психопатологических состояний, В.И Петухов (2007) отмечает, что нарушения когнитивной, ментальной и эмоциональной сферы ассоциируются с гипо- и гиперэлементозами [5]. Так, было установлено, что когнитивные и другие функции мозга были связаны с гипоелементозами Fe, Zn, I, Mg и гиперэлементозами Pb, Al. Известно, что дефицит Se сопровождался депрессивными состояниями, которые успешно излечивались селен-содержащими препаратами [6], а недостаток Zn в организме ассоциируется с алкогольной аддикцией, купирующейся после устранения дефицита цинка [7]. В то же время, хроническая свинцовая интоксикация, угрозой которой становится вполне реальной для современного городского жителя, приводит к повышенной агрессивности на бедном эмоциональном фоне («эмоциональная тупость»). Избыточное накопление Al в мозговой ткани, чему способствует длительное употребление

антацидов и пребывание на аппаратном гемодиализе («искусственная почка»), вызывает снижение интеллекта и ослабление памяти («алюминиевая деменция»), а также дисбаланс алюминия отмечается при болезни Альцгеймера [8].

Таким образом, резюмируя вышеизложенное можно заключить, что междисциплинарные исследования в рамках биоэлементологии и других клинических дисциплин могли быть стать основой для разработки оригинальных подходов к диагностике, профилактике и лечению ряда серьезных и социально-значимых заболеваний.

Среди всех микроэлементов, особое значение для нормального анатомо-функционального состояния органов мужской половой системы имеют цинк, который в большом количестве содержится в сперме и секрете простаты, и селен, являющийся обязательным компонентом антиоксидантной системы.

Есть сведения, что селен обладает высокоспецифичным противоопухолевым эффектом: селеновая недостаточность является фактором риска злокачественных новообразований желудка, кишечника, молочной железы, яичников, простаты и легких, а также повышенной смертности от них (А.П. Авцын, 1990). Установлена обратная корреляция между уровнем селена в окружающей среде, содержанием в почве водорастворимых биодоступных форм селена [9] и смертностью населения от рака [10-12].

В период с 1983 по 1991 г. на востоке США были обследованы 1312 больных с диагнозом плоскоклеточного рака и базалиомы кожи: 653 человек принимали селен-обогащенные дрожжи в дозе 200 мкг/сутки, 659 – плацебо [10-12]. Исследования показали, что в то время как биодобавки селена на рак кожи не влияли, заболеваемость и смертность от других видов рака оказались зависимыми от уровня обеспеченности селеном, причем, наибольший защитный эффект авторы наблюдали в отношении рака простаты, легких и желудка. Динамика заболеваемости раком простаты среди пациентов указывала, что наибольший защитный эффект селена наблюдается на 7-8-й годы. При этом лучшие результаты отмечены на начальных стадиях заболевания и у лиц с низким исходным селеновым статусом.

В последнее время были опубликованы результаты применения комплексных препаратов, имеющих в составе, в том числе, и цинк, с селеном. Так в исследовании SU.VI.MAX во Франции приняли участие более 12,5 тысяч человек. Ежедневный прием витаминно-минерального комплекса, состоящего из аскорбиновой кисло-

ты, бета-каротина, токоферола, 100 мкг селена и 20 мг цинка за 7,5 лет наблюдения позволил снизить риск возникновения онкологических заболеваний у мужчин в сравнении с группой плацебо. Этот эффект объясняется повышением антиоксидантного статуса в организме. Он был более выражен у тех пациентов, у кого исходные уровни указанных веществ и антиоксидантный статус были ниже [13].

Современный период в оценке селена как жизненно важного микроэлемента характеризуется глубокими знаниями биологических функций соединений селена. Селен оказался генетически востребованным, так как синтез селен-содержащих ферментов, регулируемый определенными генами, зависит от уровня содержания биологически приемлемых форм селена. Селен-содержащие белки и пептиды контролируют в организме человека и животных уровень перекисных соединений, синтез нуклеиновых кислот и протеинов, липидный обмен, процессы сперматогенеза, остроту зрения и внимания. Они предупреждают развитие эндемической хондродистрофии, простатита, панкреатита, обладают карциностатическим и радиопротекторными свойствами [14-18]. Кроме того, на основе результатов обширных фундаментальных и клинических исследований установлено, что дефицит селена в сочетании с дефицитом цинка и низким антиоксидантным статусом играет ключевую роль в этиопатогенезе и лечении идиопатического бесплодия у мужчин [19-31]. Наряду с этим, имеются литературные данные о взаимосвязи высокого уровня кадмия, свинца, молибдена и меди со сниженными качественными характеристиками и морфологическими изменениями спермы [32, 33]

По данным ВОЗ, профилактика микронутриентной (витаминной и микроэлементной) недостаточности позволяет предотвращать до 60% детских смертей и на треть снижать материнскую смертность, повышать на 40% работоспособность и на 10-15 пунктов - средний коэффициент интеллектуального развития (IQ) населения, при этом на 5% увеличить валовой продукт страны.

Научно-обоснованная коррекция микроэлементного питания при заболеваниях, связанных с нарушением метаболизма и поступления микроэлементов (обширная группа сердечно-сосудистых, опухолевых, костно-суставных и эндокринных патологий) является перспективным направлением. Во всех случаях необходима разработка и реализация специальных государственных и межгосударственных программ по

изучению региональных микроэлементозов, последствий их воздействия на структуру заболеваемости населения и поиска эффективных технологий их коррекции. Наряду с этим, широкое применение биологически активных добавок населением Кыргызской Республики вызывает крайнюю озабоченность в плане обоснованности их применения и требует индивидуализированного подхода с учетом региональных биогеохимических особенностей мест проживания. Это особенно актуально сейчас, когда рынок изобилует массой витаминно-микроэлементных препаратов, рекомендуемых различными фармацевтическими компаниями для коррекции микроэлементозов без достаточной доказательной базы.

Таким образом, учитывая то, что, во-первых, на территории Кыргызской Республики расположен ряд биогеоэндемических зон, хорошо известных широкой аудитории, во-вторых, установлена прямая корреляционная связь между микроэлементозами и различными патологическими состояниями, в третьих, научно обосновано назначение макро- и микронутриентов при урогенитальной патологии, является целесообразным изучение распространенности уроандрологической патологии среди населения этих регионов в зависимости от особенностей среды обитания и эндогенного микроэлементного статуса организма, а также разработка новых подходов в плане их диагностики, профилактики и лечения с учетом влияния микроэлементозов. Тем более, положительный опыт уже есть: в результате принятых правительством Финляндии мер по снижению селеновой недостаточности на государственном уровне был достигнут оптимальный селеновый статус с уменьшением патологий человека, связанных с дефицитом селена [34].

#### Литература:

1. Виноградов А.П. Биогеохимические провинции и эндемии // Докл. АН СССР, 1938. - Т.18. - № 4/5. - С.820.
2. Ковальский В.В. Проблемы биогеохимии микроэлементов и геохимической экологии. Избранные труды / отв. ред., авт. вступ. ст. Л.К. Эрнст; сост. Ю.В. Ковальский. - М.: Россельхозакадемия, 2009. - 357 с.
3. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. - М.: Медицина. 1991. - С.84. (всего 496 с.)
4. Жаворонков А.А., Михалева Д.М., Авцын А.П. Микроэлементозы - новый класс болезней человека, животных и растений // Проблемы Биогеохимии и геохимической экологии (Тр. Биогеохим. лаб.). - М.: Наука, 1999. - Т.23. - С.183-200.
5. Петухов В.И. Проблемная статья: Диагностика биоэлементозов: клинико-психологические аспекты. // Микроэлементы в медицине, 2007, 8(3):13-18.
6. Стрейн Дж. Последствия превышения рекомендуемой суточной дозы микронутриентов: фолиевой кислоты и селена. // Вопросы питания. 2000.
7. Скальный А.В. Цинк и здоровье человека. Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2003. 80 с.
8. Скальный А.В. Микроэлементы для вашего здоровья. М.: изд-во ОНИКС 21 век, 2003. 239 с.
9. Голубкина Н.А., Соколов Я.А. Роль селена в возникновении и развитии рака простаты. // Микроэлементы в медицине, 2001. - № 2 (4). - С. 17-22.
10. Clark L.C., Graham G.F., Turnbull B.W., Bray J., Hulka B., Shy C.M. Non-melanoma skin cancer and plasma selenium: a prospective cohort study // Combs G.F., Spallholz J.E., Eevander O.A., Oldfield J.E. eds. The 3d Int. Symp. On selenium in biology and medicine. - Westport, Conn: AVI Publishing Co., 1986. - P.1122-1135.
11. Clark L.C., Cantor K.P., Allaway W.H. Selenium in forage crops and cancer mortality in LIS counties // Arch. Environ. Health., 1991. - Vol. 46. - P. 37-42.
12. Clark L.C., Combs G.F., Turnbull B.W. The nutritional prevention of cancer with selenium 1983-1993: A randomized clinical trial // JAMA, 1996. - Vol. 276. - P. 1957-1963.
13. Galan P., Brancon S., Favier A. et al. Antioxidant status and risk of cancer in the SU.VI.MAX study: is the effect of supplementation depend on baseline levels? // Br. J. Nutr. - 2005. - Vol. 94 (1). - P. 125-132.
14. Jovanovic L. Some aspects of geochemistry and biogeochemistry of selenium in Serbia. The Problems of Biogeochemistry and Geochemical Ecology, 2008. - №2 - P.15- 19.
15. Дженбаев Б.М., Шамшиев А.Б., Ермаков В.В. Биогеохимическое районирование природно-техногенных территорий (Кыргызстан) // Современные проблемы геохимической экологии и сохранения биоразнообразия: материалы международной конференции, Бишкек, 9-10 октября 2003 г. - Бишкек, 2003. - С.68-71.
16. Ермаков В.В. Пути преодоления недостаточности селена // Селекор (диметилдипиразолселенид). Биологическое действие. - М.: MAGERIC, 2006. - С.198-203.
17. Ермаков В.В., Иованович Л.Н. Дефицит селена как отражение дезорганизации биосферных процессов и ее преодоление // Проблемы биогеохимии и геохимической экологии, 2009. - №1(9). - С.98-105.
18. Djujic I.S., Josanov-Starkov O.N., Milovac M., Janakovic V, Djermanovic V Benefits of wheat naturally enriched with selenium use // The Problems of Biogeochemistry and Geochemical Ecology. - 2006. - Vol.1. - №1. - P.11.



19. Merian E., Anke M., Ihnat M, Stoeppler M. *Elements and their Compounds in the Environment*. Wemheim: WILEYVCH Verlag GmbH and Co. KGaA, 2004. -Vol.1-3.
20. Cummins JM, Jequier AM, Kan R: *Molecular biology of human male infertility: links with aging, mitochondrial genetics, and oxidative stress?* *Mol Reprod Dev* 1994. 37:345- 362.
21. Yamaguchi S. Miuraa C, Kikuchi Ket al. *Zinc is an essential trace element for spermatogenesis*. *PNAS*, June 30, 2009, vol. 106, no. 26, 10859-10864.
22. Kehr S, Malinouski M, Finney L et al. *X-ray fluorescence microscopy reveals the role of selenium in spermatogenesis*. *J Mol Biol*. Jun 26, 2009; 389(5): 808-818.
23. Makker K. Agarwal A, Sharma R: *Oxidative stress & male infertility Indian*. // *J Med Res* 2009, 129: 357-367.
24. Saalu LC: *The incriminating role of reactive oxygen species in idiopathic male infertility: an evidence based evaluation*. *Pak J Biol Sci* 2010, 13:413-422.
25. Khan MS, Zaman S, Sajjad M et al. *Assessment of the level of trace element zinc in seminal plasma of males and evaluation of its role in male infertility*. *Int J Appl Basic Med Res*. 2011 Jul-Dec; 1(2) 93-96
26. Hwang K. Walters RC, Lipshultz LI. *Contemporary concepts in the evaluation and management of male infertility*. *Nat Rev Urol*. 2011 February; 8(2): 86-94.
27. Moslemi MK, Tavanbakhsh S. *Selenium-vitamin e supplementation in infertile men: effects on semen parameters and pregnancy rate*. *International Journal of General Medicine* 2011;4 99-104.
28. Flohe L *Selenium in mammalian spermiogenesis*. *Biol Chem*. 2007 Oct: 388(10):987-95.
29. Atig F, Raffa M, Habib B, Kerkeni A, Saad A, Ajina M *Impact of seminal trace element and glutathione levels on semen quality of Tunisian infertile men...* *BMC Urology*. 2012, 12:6.
30. <http://www.biomedcen.tral.eom/1471-2490/12/6>
31. Colagar AH, Marzony ET, Chaichi MJ. *Zinc levels in seminal plasma are associated with sperm quality in fertile and infertile men*, *Nutr Res*. 2009 Feb: 29(2):82-8.
32. Bernhoft A.R. *Cadmium toxicity and treatment (Review article)*. // *The Scientific World Journal*. Volume 2013. ArticleID 394652. 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/394652>.
33. Meeker J. D., Rossano M.G., Protas B. et al. *Cadmium, lead and other metals in relation to semen quality: human evidence for molybdenum as male reproductive toxicant*. // *Enviromental Health Perspectives*. Volume 116. Number 11. November 2008: 1473-1479.
34. Альфтан Г.В. *Селен в минеральных удобрениях. - история вопроса, мониторинг и возможное влияние на здоровье населения Финляндии // Питание и обмен веществ. Под ред. А.Г. Мойсеенка. Сб. научных статей, - Гродно, 2002. – С. 6-13.*

**ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

**Н.М. Кадырбеков**

АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Дзарбусынова»,  
г. Алматы, Республика Казахстан

**Резюме:** МСКТ с интракавернозным контрастированием в сравнении с традиционной фармакокавернозографией обладает большей диагностической ценностью и позволяют достоверно судить о состоянии венозной системы полового члена. Построение трехмерного изображения в различных режимах при выполнении МСКТ с интракавернозным контрастированием позволяет наглядно представить особенности венозного дренирования полового члена и выбрать оптимальный вариант лечения у каждого конкретного пациента. Эффективность диагностики веногенной эректильной дисфункции с определением типа патологического венозного дренирования увеличивается до 100% при использовании МСКТ, что сопровождается улучшением результатов лечения данного заболевания.

**Ключевые слова:** эректильная дисфункция, кавернозография, венозный дренаж.

**ПАТОЛОГИЯЛЫК ВЕНАЛЫК ДРЕНИРОВАНИЕСЫНДА ЭРКЕКТЕР ЖЫНЫСТЫК МҮЧӨСҮНҮН ВЕНОГЕНДИК ЭРЕКТИЛДИК ДИСФУНКЦИЯСЫ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ИЗИЛДӨӨ**

**Н.М. Кадырбеков**

АО «Академик Б.У. Дзарбусынов атындагы урология илимий борбору»,  
Алматы ш., Казахстан Республикасы

**Резюме:** Интракаверноздук контраст менен МСКТ кадимкидей фармакокавернозографиядан салыштырганда, көбүрөөк изилдөөчү сапаты менен ээ жана эркектер жыныстык мүчөсүнүн веналык системага так баа берүүгө мүмкүнчүлүк берет. Үч өлчөмдүү сүрөттү ар кандай режимде интракаверноздук контраст менен МСКТ кылганда өзгөчүлүк эркектер жыныстык мүчөсүнүн веналык дренированиясын көрүмдүү көрсөтөт жана ар айкын бейтаптарга оптималдуу дарылоо вариантты тандаганга мүмкүнчүлүк берет. МСКТ колдонуп патологиялык веналык эректилдүү дисфункция патологиялык веналык дренированиясын текшерүү менен диагностиканын натыйжасы 100% көтөрүп, ушул ооруну дарылаганга жакшы жардам берет.

**Негизги сөздөр:** эректилдик дисфункция, кавернозография, веноздук дренаж.

**DIAGNOSIS OF PATHOLOGICAL VENOUS DRAINAGE PENIS IN PATIENTS WITH VENOGEN ERECTILE DYSFUNCTION**

**N.M. Kadyrbekov**

Scientific Center of Urology named after Academician B.U. Dzharbusynov,  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Summary:** MSCT with intracavernous contrasting in comparison with traditional pharmacocavernosography has more diagnostic value and allows to judge authentically about the state of the venous system of the penis. The construction of a three-dimensional image in various modes when performing a MSCT with intracavernous contrasting allows to clearly visualize the features of venous drainage of the penis and choose the optimal treatment option for each individual patient. The effectiveness of diagnosis of venous erectile dysfunction with the definition of the type of pathological venous drainage increases to 100% when using MSCT, which is accompanied an improvement in the results of treatment of this disease.

**Key words:** erectile dysfunction, cavernosography, venous drainage

**Введение**

Распространенность эректильной дисфункции трудно определить точно. Еще в 1910 году S.Freid назвал сексуальные нарушения у мужчин как "самое распространенное поражение в жизни человека". По данным, полученным при изучении большого контингента мужчин, сообща-

лось, что утрата эрекции присутствовала у 17,2 человек на 10000 населения. Среди общего числа мужчин, эректильная дисфункция отмечается в 5% случаев [1]. В Швеции из 58 случайно выбранных женатых мужчин в возрасте от 25 до 55 лет 7% страдали нарушением эрекции, а среди 60-летних мужчин нарушение эрекции выявлено

у 18,6% человек. Напротив, G.Pfeffer сообщил только о 10% случаев эректильной дисфункции в этой возрастной группе.

Среди 1180 мужчин, посетивших амбулаторию по разному поводу (средний возраст 59,4 года), 34% имели проблемы с эрекцией [2]. В последнее время отмечается возрастание количества больных копулятивной дисфункцией. С увеличением возраста мужчин число таких пациентов увеличивается. Так в группе семидесятилетних мужчин их количество равно 27%, в группе 75-летних - 55%, а среди 80-летних - 75%. Среди мужчин возрастной группы до 40 лет эректильная дисфункция наблюдается у 5%, а после 60 лет - у 20%, причем в 50% случаев природа ее психогенная [3].

В настоящее время в медицине происходит переоценка роли целого ряда методов диагностики. Это связано с одной стороны, с бурным развитием медицинской техники, а с другой - с повышенным вниманием к эффективности и достоверности используемых методов диагностики. Поэтому требования, предъявляемые к современной урологической хирургии, делают

необходимым внедрение в клиническую практику новых малоинвазивных, объективных, высокоинформативных и безвредных визуализирующих методик [4]. В то же время для диагностики вено-окклюзивной ЭД практически не используются новейшие методы лучевого исследования - магнитно-резонансная томография и спиральная мультисрезовая компьютерная томография.

**Цель исследования** – улучшить диагностику веногенной эректильной дисфункции методом мультиспиральной компьютерной томографии.

#### **Материал и методы**

В основу работы положены результаты комплексного обследования и лечения 75 пациентов с вено-окклюзивной ЭД, проведенного за период 2010 - 2012 год в Научном Центре урологии им. Б.У. Джарбусынова. Контрольную группу составили 30 пациентов с эректильной дисфункцией, которым проводилась традиционная кавернозография. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту				Количество пациентов
Возраст				
Младше 30	31-40	41-50	51-60	
7	36	29	3	75

Возраст мужчины часто называют едва ли не самой главной причиной ЭД. Однако, как видно из таблицы, в наших исследованиях ЭД были подвержены лица наиболее молодого, трудоспособного и репродуктивного возраста. Кроме того, среди наших больных не было пациентов старше 60 лет, что подтверждает факт превалирования веногенной ЭД среди молодых пациентов.

Все пациенты были подвергнуты андрологическому обследованию, все гетеросексуалы, 75% были женаты и 25% имели постоянного сексуального партнера.

Для диагностики заболевания пациентов с эректильной дисфункцией мы использовали следующие методы обследования:

- лучевые методы исследования,
- специальные обязательные и дополнительные диагностические методы.

#### **Результаты исследования**

Компьютерную томографию мы применяли у 75 больных в комплексной дифференциальной диагностике у больных с подозрением на веногенную ЭД. Исследование проводилось на мультисрезовом спиральном компьютерном томо-

графе «Aquilion 16», фирмы Тошиба (Япония) всего было выполнено 75 исследований.

Использовали стандартную программу для исследования органов таза: время сканирования 4-5 секунд, толщина среза 0,8 мм.

Компьютерное томографическое исследование начиналось со стандартной укладки: пациент лежит на спине с заведенными за голову руками.

Компьютерная обработка получаемой информации дает широкие возможности работы - применяя так называемые "Функции манипулирования изображением".

Большое значение имела функция увеличения изображения с высокой разрешающей способностью, позволяющая увеличивать исследуемую область в 1,5-5 раз без потери качества. Наиболее оптимальные размеры увеличения при исследовании в 1,5-2,0 раза по сравнению с обычным изображением позволяли сохранить на компьютерно-томографическом изображении все анатомические взаимоотношения.

Особую роль играла спиральная мультисрезовая компьютерная томография, которая позволяла получать серию последовательных сканов, без разрывов изображений. Это давало возмож-

ность строить улучшенного качества мультипланарную и трехмерную реконструкции различных объектов.

Использовали методику введения контрастного вещества "от руки", которая имеет ряд преимуществ: 1) относительно проста; 2) состояние больного и орган, в который вводят контрастное вещество, находятся под контролем врача; 3) выполняется относительно быстро (от 3 до 15 минут); 4) не требует больших материальных затрат (исключая дорогостоящие контрастные вещества).

Суть методики заключается в том, что интракавернозно вводится шприцом 10 мл 60-76% раствора контрастного вещества (ультрависта, омнипака и т.п.). После чего медперсонал выходит из процедурного зала и начинается сканирование.

Для построения 3D-изображений были необходимы специальные компьютерные программы и соблюдение определенных методик при МСКТ исследовании. Для получения качественной 3D реконструкции интересующего объекта или органа важна хорошая его визуализация на аксиальных томограммах, что, прежде всего, зависит от градиента плотности между объектом или органом и окружающими тканями (фоном). Для построения объемного изображения использовали автоматический режим реконструкции. Эта математическая программа заложена в памяти основной консоли компьютерного томографа. Она основана на распознавании высокого градиента плотности. При этом ткани, имеющие равную плотность с которые используются для реконструкции, участвуют в построении 3D и являются на таком изображении неустранимыми шумами, резко затрудняющими визуальную оценку исследуемого объекта.

Кавернозные тела визуализируются, уже в первую минуту после введения контрастного вещества. В норме кавернозные тела должны быть равномерно заполнены контрастным веществом, без дефектов наполнения, патологических включений и отклонений, с ровными контурами и равномерными по плотности. Не должно визуализироваться патологических сосудов, отходящих от кавернозных тел. При наличии патологической утечки венозной крови из кавернозных тел и недостаточности клапанов, ускоренно разряжение контрастного вещества в пещеристой ткани и усилен венозный отток, что выявляется визуализацией дополнительных путей сброса венозной крови.

Кавернозография была проведена 12 пациентам с эректильной дисфункцией. У всех больных был выявлена венозная недостаточность полового члена, а именно патологический сброс по дорсальной вене.

Кавернозография служит:

- для выявления патологического венозного оттока при веногенной ЭД;
- для оценки структурных изменений пещеристых тел полового члена, наличие в них очагов склероза или атрофии, а также бляшек при болезни Пейрони;
- для определения пропорции ствола и ножек полового члена при решении вопроса о гофрировании ножек полового члена при ЭД смешанного генеза;
- при травмах полового члена для выявления места разрыва в кавернозном теле, затек контрастного вещества. На кавернозограммах видны контуры полового члена, его деформация (рис.).

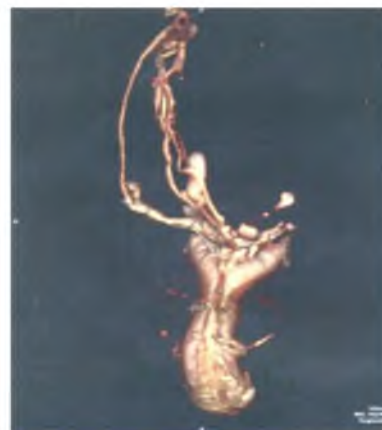




Рисунок. Кавернозография под контролем МСКТ.

За счет использования метода кавернозографии под контролем МСКТ есть возможность получить более точную патологическую картину кавернозных тел с возможностью 3D моделирования, что позволяет улучшить диагностику и лечение данной категории больных.

#### **Выводы:**

1. МСКТ с интракавернозным контрастированием в сравнении с традиционной фармакокавернозографией обладает большей диагностической ценностью и позволяют достоверно судить о состоянии венозной системы полового члена.

2. Построение трехмерного изображения в различных режимах при выполнении МСКТ с интракавернозным контрастированием позволяет наглядно представить особенности венозного дренирования полового члена и выбрать оптимальный вариант лечения у каждого конкретного пациента.

3. Эффективность диагностики веногенной эректильной дисфункции с определением типа патологического венозного дренирования уве-

личивается до 100% при использовании МСКТ, что сопровождается улучшением результатов лечения данного заболевания.

#### **Литература:**

1. Аляев Ю.Г., Терновой С.К., Григорян В.А. и др. Микционная спиральная томография уретры – новый метод визуализации мочеиспускательного канала. // *Андрол и генит хир.* 2001. - №3. - С.59-62.
2. Ковалев В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции. // *Автореф.дис. док. мед. наук.* -М., 2001. 37с.
3. Лоран О. Б., Аляев Ю. Г., Щеплев П. А. и др. Виагра (силденафила цитрат) в лечении больных с эректильной дисфункцией // *Урология*, 2000. № 1. - с. 30- 33
4. Мазо Е.Б., Зубарев А.Р., Жуков О.Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции. - М.: «Медицина», 2003.

**ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ  
В ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ  
В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Д.С. Мирзакулов<sup>1</sup>, А.А. Акынбеков<sup>2</sup>, Б.А. Матазов<sup>3</sup>, Ш.С. Мирзокулов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ошский Областной центр Репродукции человека

<sup>2</sup> Институт медицинских проблем Южного отделения  
Национальной академии наук Кыргызской Республики

<sup>3</sup> Ошский Государственный университет  
г. Ош, Кыргызская Республика

**Аннотация.** В статье представлены результаты комплексного исследования 828 мужчин, страдающих мужским бесплодием, проживающих в Ошской области. Изучено частота влияния урогенитальных инфекций на репродуктивную систему мужчин.

**Ключевые слова:** урогенитальные инфекции, мужское бесплодие, диагностика.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ОШ ОБЛУСУНУН ЭРКЕК ТУРГУНДАРЫНЫН  
УРОГЕНИТАЛДЫК АССОЦИЯЛАНГАН ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН ЗААРА ЖЫНЫСТЫК  
ОРГАНДАРДЫН ПАТОЛОГОИЯСЫНДА СЕБЕПТИК МААНИСИ**

Д.С. Мирзакулов<sup>1</sup>, А.А. Акынбеков<sup>2</sup>, Б.А. Матазов<sup>3</sup>, Ш.С. Мирзокулов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ош облусунун Адам репродукция борбору

<sup>2</sup> Кыргыз Республикасынын Улуттук илимий академиянын  
Түштүк бөлүмүнүн медициналык көйгөй институту

<sup>3</sup> Ош мамлекеттик университети  
Ош ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул илимий статьяда Ош облусунда жашаган тукумсуздук менен 828 эркектин комплекстүү изилдөөдөн кийинки натыйжалары берилген. Урогениталдык инфекциялардын репродуктивдик системасына таасир эткендиги аныкталган.

**Негизги сөздөр:** урогениталдык инфекциялар, эркек тукумсуздугу, дарт аныктоо.

**ETIOLOGIC VALUE OF THE ASSOCIATED INFECTIONS IN PATHOLOGY OF UROGENITAL  
ORGANS FOR MALE RESIDENT IN OSH AREA OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

D.S. Mirzakulov<sup>1</sup>, A.A. Akynbekov<sup>2</sup>, B.A. Matazov<sup>3</sup>, SH.S. Mirzokulov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Osh Regional Center for Human Reproduction

<sup>2</sup> Institute of Medical Problems of the Southern Branch  
of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic

<sup>3</sup> Osh State University  
Osh, the Kyrgyz Republic

**Summary.** The paper presents the results of a comprehensive survey of 828 men suffering from male infertility living in Jalalabad region. The incidence of urogenital infections influence the reproductive system of males.

**Key words:** Urogenital infections, male infertility, diagnosis.

**Актуальность.** В последние десятилетия в нашей республике отмечается резкое снижение фертильности и сексуальной активности у мужчин молодого и среднего возраста, что приводит к снижению их репродуктивных возможностей. Распространенность мужского бесплодия (МБ) за последние 7 лет в Кыргызстане выросла и имеет тенденцию к дальнейшему прогрессивному росту: в 2004 г. - 1110 человек (32,1 на 1000

тыс. населения), а в 2010 г. - 1775 человек (46,7 на 100 тыс. населения) [1].

По данным последних пяти лет уменьшилось число обследованных мужчин с нормозооспермией и увеличилось с олигозооспермией и не последнее место отводится ИППП и УГИ, токсическим химическим веществам, радиационному облучению и др. [2].

В последнее время резко возрос интерес к изучению роли УГИ в этиологии воспалительных заболеваний урогенитального тракта человека и мнения о роли их в развитии бесплодия неоднозначны. Некоторые ученые считают, что увеличение роли инфекций играет главенствующую роль [3,4]. УГИ у мужчин снижает качество жизни, трудоспособность, часто приобретает хроническое течение, сопровождается нарушениями репродуктивной функции, дает осложнения, вызывающие бесплодие [5].

Проблема осложняется тем, что нет совершенных методов диагностики и скрининга патологии органов репродукции с учетом их многофакторной, в том числе инфекционной этиологии [6], а бесплодие приобретает все более угрожающий характер [7].

Клинико-эпидемиологические исследования позволили констатировать, что частота встречаемости хламидийной инфекции и уреаплазмоза крайне высока. Так, *S. Trachomatis* была обнаружена у 51-57% пациентов с не гонорейными уретритами (НГУ) в США, 40-58% - в Англии, 56,3% - во Франции и 58,3% - в России. *U. urealyticum* как причина воспаления уретры не гонококковой природы в разных странах была выделена от 10 до 40% больных [8]. Более того, уже тогда было отмечено преобладание этих возбудителей в структуре ИППП. По разным оценкам, соотношение гонореи и НГУ в разных регионах составляло 1:2-1:3. Спектр осложнений вышеперечисленных инфекций достаточно широк. В результате поражения половых придатков хламидиями и уреаплазмами снижаются потен-

ция и либидо, что также негативно отражается на репродуктивной функции человека [9].

**Целью** нашего исследования явилось изучения частоты влияния урогенитальных инфекций на репродуктивную систему мужчин, проживающих в Ошской области КР.

#### Материал и методы исследования

Объектом наших исследований явились 828 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет, которые обратились по поводу мужского бесплодия более чем одного года супружеской жизни за последние 5 лет.

Среди обратившихся пациентов у 546 (66%) было диагностировано первичное бесплодие, у 282 (34%) вторичное бесплодие. Диагностический минимум включал в себя проведение стандартного клинического исследования по общепринятому алгоритму. Все пациенты прошли обследование: общий анализ крови и мочи; ИФА крови; посев мазка из уретры, ПЦР соскоба из уретры; бак посев мочи (двухстаканная проба), посев спермы на микрофлору, прямая микроскопия секрета простаты и определение симптома папоротника; спермограмма; ультразвукография почек, мочевого пузыря и простаты, органов мошонки.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены данные в разрезе возраста больных с МБ, где видно, что это лица трудоспособного и репродуктивного возраста (20-50 лет). На таком фоне больные старше 45 лет было мало - всего 5 пациентов (1,8%), а вот лица среднего возраста составили большую часть больных - 488 (1/2 больных).

Таблица 1

Распределение больных с МБ в разрезе возраста

Категория больных	Возраст (лет)						Всего	
	18-30		31-45		45-60			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Больные с МБ	510	61,6	313	37,8	5	1,8	828	100,0
Больные с первичным бесплодием	405	74,18	140	25,6	1	0,2	546	65,9
Больные с вторичным бесплодием	105	30,9	173	61,4	4	1,4	282	34,06

В результате проведения бактериологического посева мазка из уретры большое количество лейкоцитов обнаружено у 264 (32%) пациентов, грамм положительные кокки - у всех (100%), дрожжевые грибки - у 166 (20%), гарднереллы - у 206 (25%). Смешанная микробная флора выявлена у 320 (39%) обследованных лиц.

Исследование бактериологического посева мочи у всех пациентов выявило наличие стафилококков, грамм отрицательных кокков - у 462 (56%), дрожжевых грибков - у 166 (20%), обнаружены гемолитические палочки у 66 (8%).

Проведение бактериологического посева сока простаты у всех исследуемых лиц обнаружило наличие стафилококков, грамотрицательных палочек у 464 (56%), гарднереллы у 182 (22%), дрожжевых грибков также у 198 (24%). Следует также отметить, что полученные результаты бактериологического посева спермы оказались схожими с данными посева секрета простаты. Различия результатов этих 2 методов исследования устанавливались по росту микрофлоры в питательной среде (рис. 1).



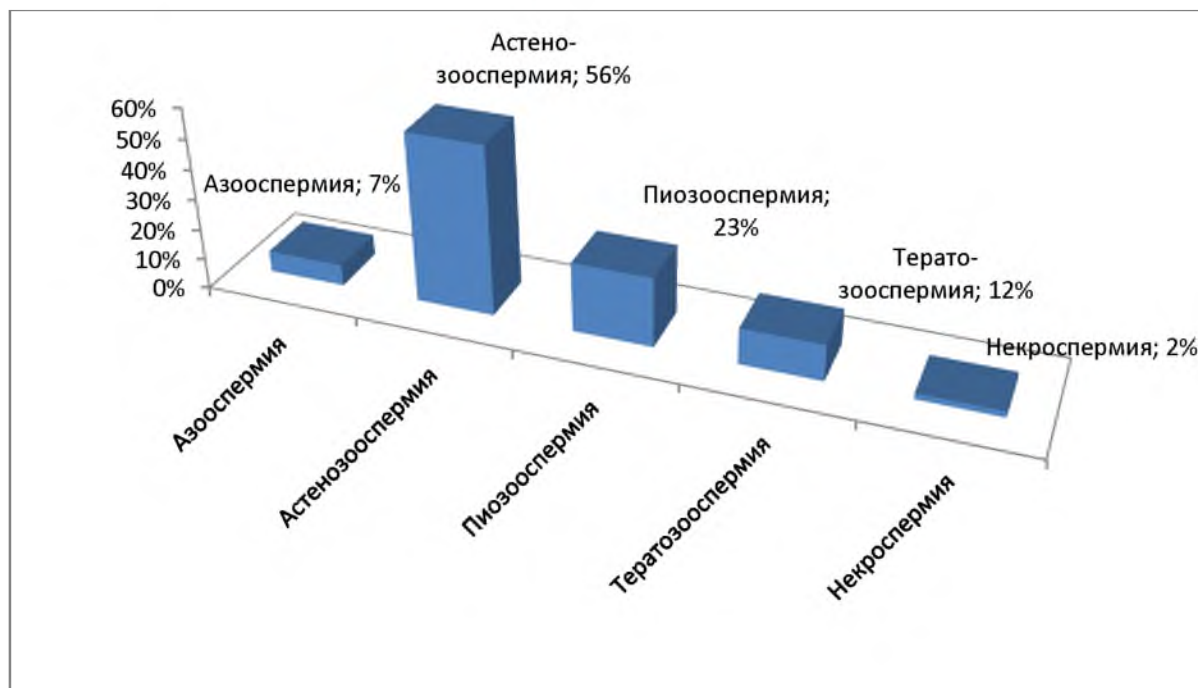


Рис. 1. Качество спермограмм обследованных мужчин (%).

При анализе спермограмм азооспермия обнаружена у 58 (7%) мужчин, астенозооспермия с агглютинацией - у 464 (56%), тератозооспермия

у 190 (23%), пиозооспермия - у 94 (12%), некроспермия - у 16 (2%) мужчин.

Таблица 2

Выявленные УГИ методом ИФА и ПЦР

Выявленные УГИ	Количество пациентов (n=828)			
	ИФА	%	ПЦР	%
Уретрит	300	36,23	646	78
<i>G. vaginalis</i>	-	-	206	25
Трихомониаз	-	-	56	6,8
Хламидийная инфекция	56	6,8	24	2,9
<i>U. spp.</i>	160	19,3	126	15,2
<i>M. genitalium</i>	82	10,1	68	8,2
Кандидоз	-	-	166	20

Как видно из таблицы 2, при обследовании методом ИФА из 828 пациентов у 300 обнаружены положительные результаты хронических специфических инфекций, что составляет 36,2%. Из них хламидийная инфекция в 56 случаях (6,8%), уреоплазмоз - у 160 (19,3%), микоплазмоз - у 82 (10,1%). При обследовании тех же пациентов методом ПЦР, положительные результаты получены у 646 (78%), из них гарднереллез у 206 (25%), дрожжевые грибки у 166 (20%), трихомонады у 56 (6,8%), хламидийная инфекция у 24 (2,9%), уреоплазмы у 126 (15,2%), микоплазмы у 68 пациентов, которое составило 8,2%.

Таким образом, хроническое воспаление, индуцированное инфекционными агентами, доказаны клинико-лабораторными анализами, в 78% случаев являются причиной бесплодия, причем оно вызвано патогенными микроорганизмами

(*Ch. trachomatis* - 2,9% случаев, *M. Hominis* - 8,2%, *U. urealyticum* - 15,2% случаев, *G. Vaginalis* - 25%, *Candida albicans* - 20% случаев).

#### Заключение

Результаты проведенного анализа, показали, бесплодие, обусловленное УГИ, в 78% случаев, установлены современными методами диагностики УГИ (ИФА и ПЦР) у мужчин, проживающих в Ошской области, которые смогут установить истинную статистику распространения инфекций.

Установленная связь УГИ и выявленных патоспермий должна обострить внимание практикующих врачей, что при планировании беременности необходима прегравидарная подготовка супружеских пар и проведения контроля анализов спермограмм и после лечения, результаты, которых мы отразим в следующих перио-

дических изданиях, а также дальнейшего мониторинга УГИ в Южных регионах республики.

#### Литература:

1. Усупбаев А.Ч. Концептуальное развитие урологической и андрологической службы в Кыргызской Республике: учебное пособие для организаторов здравоохранения / А.Ч. Усупбаев. - Б.: Софа Мед., 2011. - 40 с.
2. Козлова В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: руководства для врачей / В.И. Козлов, А.Ф. Пухнер. - М.: Академия, 2003. - 442 с.
3. Кисина, В.И. Хламидийная урогенитальная инфекция: современные подходы к диагностике и лечению / В.И. Кисина // Гинекология. - 2007. - Т.9. - № 2. - С. 44-47.
4. Молочков, В.А. Урогенитальный трихомониаз и ассоциированные уретрогенные инфекции (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Молочков // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - №1. - С. 48-56.
5. Арал, С.О. Заболевания, передаваемые половым путем: значение, определяющие факторы и последствия / С.О. Арал // ИППП. - 2001. - № 4. - С. 4-8.
6. Атюшев, Г.П. Лейкоцитарная и эпителиально-десквамативная реакция у больных урогенитальными инфекциями группы ИППП разной этиологии, страдающих бесплодием / Г.П. Атюшев, Н.С. Мотавкина // Проблемы репродукции. - 2006. - № 6. - С. 44-46.
7. Ахапкина, И.Г. Современный взгляд на бактериальные инфекции, обусловленные хламидиями и микоплазмами / И.Г. Ахапкина // Клиническая лабораторная диагностика. - 2008. - № 11. - С. 45-46.
8. A toll-like receptor that prevents infection by uropathogenic bacteria / D. Zhang et al. // Science. - 2004. - Vol. 1. - 303 (5663). - P. 1522-1526.
9. Радзинский, В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец // Гинекология. - 2006. - Т. 8, №2. - С. 16-18.
10. Дюдун, А.Д. Урогенитальный хламидиоз / А.Д. Дюдун // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. - 2001. - №2-3(4). - С. 104-113.

**ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ  
С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ  
ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

**Н.Б. Табынбаев, Г.М. Куттымуратов, С.А. Абдугафаров,  
Ж.Д. Жумагазин, Е.К. Сарсебеков, Ж.А. Абишева**  
АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,  
г. Астана, Казахстан

**Аннотация.** В статье описываются результаты анализа, проведенного среди 31 пациента разного возраста с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. Целью исследования является выявление сексуальных нарушений в виде либидо и эректильной дисфункции до и после трансплантации почки.

**Результат.** После трансплантации почки у пациентов с эректильной дисфункцией наступает улучшение в более 70% случаев, чаще в возрасте 20-40 лет и реже в возрасте 40-50, 50-60 и старше 60 лет.

**Ключевые слова:** хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия, либидо, эректильная дисфункция, трансплантация почки.

**ASSESSMENT OF SEXUAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE  
AT THE TERMINAL STAGE BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION**

**N.B. Tabynbaev, G.M. Kuttymuratov, S.A. Abdugafarov, Zh.D. Zhumagazin,  
E.K. Sarsebekov, Zh.A. Abisheva**  
JSC "National Scientific Center of Oncology and Transplantology",  
Astana, Kazakhstan

**Annotation.** The article describes the results of the analysis conducted among 31 patients of different ages with chronic renal failure at the terminal stage. The aim of the study is to identify sexual disorders in the form of libido and erectile dysfunction before and after kidney transplantation.

**Result.** After kidney transplantation in patients with erectile dysfunction, there is an improvement in more than 70% of cases, more often at the age of 20-40 years and less often at the age of 40-50, 50-60 and more than 60 years.

**Keywords:** Chronic renal failure, terminal stage, libido, erectile dysfunction, kidney transplantation.

**Актуальность.** Частота больных с хронической почечной недостаточностью в различных странах колеблется от 100 до 600 случаев на 1 млн взрослого населения с ежегодным увеличением на 10 – 15% [1]. За последние годы XXI века в области лечения пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии (ХПНТС) произошли позитивные изменения. Непрерывная модернизация технологий заместительной терапии, активная трансплантация почек, послеоперационная иммуносупрессия позволили увеличить продолжительность жизни и улучшить качества жизни у таких пациентов. Вопросы этиологии и патогенеза сексуальных нарушений, их профилактика и лечение у больных с ХПНТС в периоде программного диализа, до и после трансплантации почки, на фоне искусственно вызываемой иммуносупрессии продолжают обсуждаться во многих странах, что указывает на актуальность проблемы. При ХПНТС в период получения программного гемодиализа от 20% до 95% мужчин имеют нарушения сексуальной функции, тогда как после

трансплантации почки у пациентов от 50% до 72% случаев остаются нарушения детородных функций [2,3,4,5], хотя в большинстве это люди, как сексуально активного, так и фертильного возраста. Авторы исследования отметили, что у тех лиц, находящихся на гемодиализе более 10 лет, либидо убывает до полного отсутствия. Ряд авторов [3,4,5] отмечают, если была проведена трансплантация почки, то у пациентов, принимавших программный и перитонеальный диализ, либидо восстанавливается вместе с эректильной функцией у 30-60%.

При сравнительном анализе эректильная дисфункция (ЭД) была отмечена у пациентов, получавших программный гемодиализ 90,1% и у 92%, получавших перитонеальный диализ, тогда как значительно меньше после пересадки почки – 61,5% [3]. При этом отмечено, что эректильная функция была сохранена в группе лиц 20-30 лет после трансплантации почки и ухудшилась в группе лиц, получающих программный гемодиализ или перитонеальный диализ в возрасте старше 45 лет [4].

Выявлено влияние анемии, характерной для пациентов с ХПНТС, на эректильную функцию. При гемоглобине ниже 90 г/л, у лиц, получающих программный гемодиализ, 91% пациентов отмечали ЭД, тогда как у получающих перитонеальный гемодиализ она отмечалась в 79,1% [4].

В проведенном исследовании вышеуказанными авторами отмечено влияние уровня креатинина на ЭД у людей, получающих программный и перитонеальный диализы, она страдала в 71,4% и 59% случаев соответственно, если показатель креатинина выше 800 ммоль/л.

Анализ литературы показал противоречивые показатели ЭД у данной группы пациентов.

Таким образом, распространенность ЭД у больных до и после трансплантации почки является одной из актуальных проблем трансплантологии и урологии. Изучение ЭД у пациентов с ХПНТС в Казахстане не проводилось, следовательно, на качество сексуальной жизни этих пациентов не обращалось достаточного внимания.

**Цель.** Оценить распространенность состояние эректильной функции у пациентов разного возраста с ХПНТС до и после трансплантации почки.

#### Материал и методы

В АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» в 2010-2016 гг. было выполнено 225 трансплантаций почек. В настоящем исследовании проведен нерандомизированный, «слепой» анализ среди 31 пациента с ХПНТС на предмет их сексуальной активности с акцентом на изучение эректильной функции

согласно Международному индексу эректильной функции (МИЭФ). Средний возраст составил 34 года. Разброс в возрасте был от 20 до 63 лет. Программный гемодиализ из 31 больного с ХПНТС проводился 27. Длительность по времени программного гемодиализа до трансплантации почки составило от 0 до 9 лет. Среднее время длительности программного гемодиализа до трансплантации почки – 4 года. Нарушение сексуальной активности до операции в виде отсутствия либидо из 31 наблюдаемых лиц было отмечено одним из них 51 года. После трансплантации почки отсутствовало либидо у 3 больных (9,9%): в возрасте 63 года, 51 год и 20 лет. До трансплантации почки бездетных из 31 больного с ХПНТС было 9 (29,0%), тогда как у 22 (71,0%) было от 1 до 4 детей. У одного из них, пациента 43 лет, 1 ребенок из 5 был зачат и родился после трансплантации почки.

#### Результаты

Сексуальная активность в виде нарушений эректильной дисфункции среди пациентов с ХПНТС разного возраста до и после трансплантации почки была неодинаковой. Оценка сексуального здоровья мужчин по МИЭФ показала, что набравших 22-25 баллов – группа лиц, которая относится к норме, таких выявлено не было. 17-21 баллов набрали 6 (19,5%) мужчин – I группа, которая относится к нарушениям легкой степени. 12-16 баллов набрали 17 (54,8%) человек, это II группа с умеренно-легкой степенью нарушений, тогда как 8-11 баллов оказалось у 6 (19,5%), это было в наблюдаемой III группе, у 2 (6,5%) было 5-7 баллов – IV группа (Таблица 1).

Таблица 1

Степени эректильной дисфункции согласно Международному индексу в различных возрастных группах до проведения трансплантации почки

Кол-во пациентов	Возраст в годах	0 Норма (22-25)	I степень (17-21)	II степень (12-16)	III степень (8-11)	IV степень (5-7)
8	20 - 30	0	3	4	1	0
11	30-40	0	3	6	2	0
6	40-50	0	0	4	2	0
5	50-60	0	0	3	1	1
1	>60	0	0	0	0	1

Как видно из таблицы 1, ЭД в возрасте от 20 до 40 с I и II степенью по Международному индексу до трансплантации почки встречалась чаще, в отличие от лиц старше 40 лет, 16 и 7 человек соответственно. Тогда как такая патология в более запущенной III и IV степени чаще возникала у лиц старше 40 лет, 5 и 3 случая со-

ответственно. Следует отметить, что пациенты по разным причинам не принимали лекарства, влияющих на их сексуальную жизнь.

В таблице 2 приведены данные у исследуемых группах пациентов после трансплантации почки.

Таблица 2

Степени эректильной дисфункции согласно Международного индекса после проведения трансплантации почки в различных возрастных группах

Кол-во пациентов	Возраст в годах	0 Норма (22-25)	I степень (17-21)	II степень (12-16)	III степень (8-11)	IV степень (5-7)
8	20 - 30	1	5	1	0	1
11	30-40	1	5	3	2	0
6	40-50	0	4	2	0	0
5	50-60	0	0	3	0	2
1	>60	0	0	0	0	1

Сравнительная оценка по таблице 2 показывает, что после проведения трансплантации почки наступает улучшение эректильной функции не во всех возрастных группах одинаково и зависит от глубины нарушений дисфункций. Так, в группе лиц до 40 лет I степень нарушений было у 6 человек, после трансплантации почки у 2 из них эректильная функция нормализовалась, и они стали относиться к 0 группе. 8 лиц со II степенью патологии перешли в группу I, из них 6 до 40 лет и 2 из группы 40–50 годов. В возрастной группе до 40 лет у пациентов с III и IV степени нарушений улучшение было у 1 из 3. В

группе лиц старше 40 лет с эректильной дисфункцией III степени после пересадки почки из 5 человек улучшение отмечено у 3. У 1 пациента до 40 и 1 старше 50 отмечено ухудшение до IV степени. Надо отметить, что более молодому человеку программный гемодиализ проводился более 10 лет.

Среднее значение баллов выраженности эректильной дисфункции до и после трансплантации в различных возрастных группах показано на рисунке 1.

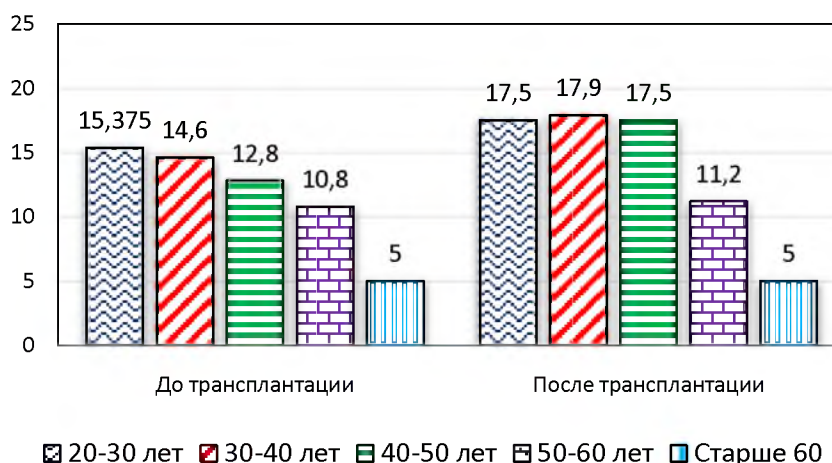


Рисунок 1. Степень эректильной дисфункции до и после трансплантации почки в различных возрастных группах.

### Результаты

Проведенное «слепое» нерандомизированное исследование среди лиц мужского пола с ХПНТС на предмет сексуальной активности в виде либидо и эректильной функции согласно Международному индексу показало, что у пациентов от 20 до 60 лет либидо было сохранено все время, как до трансплантации почки, так и после нее у 30 (96,8%) из 31 лиц. ЭД в разной степени сохранялось до пересадки почки у 100% опрошенных лиц. При этом ЭД легкой I-II степени была у пациентов до 40 лет, а нарушение III-IV степени чаще встречалось у мужчин старше 40

лет. Пересадка почки улучшает эректильную функцию мужчин с ХПНТС в более 70% случаев, чаще это отмечается у лиц моложе 40 лет и реже у лиц старше 50.

Таким образом, трансплантация почки повышает социальную адаптацию лицам с ХПНТС, увеличивает продолжительность и качество их жизни в том числе за счет улучшения сексуальной активности.

### **Литература:**

1. Abram H. S., Hester L. R., Sheridan W. F., Epstein G.M., *Sexual function of patients with chronic renal failure* // *J.Nerv. Ment. Dis.* 1975; 1 60 (3): 220-226.
2. Kaufman J.M., Hatrchristou D.G., Mulhall J.P., Fitch W.P., Goldstein I. *Impotence and chronic renal failure: A study of the hemodenamic pathophysiology* // *J.Urology.* 1994; 151: 612.
3. Tjrk S., Guney I., Altintepe L., tonbul Z., Yildiz A., Yeksan M, *Quality of life in male hemodialysis patients. Role of erectile dysfunction* // *Nephron Clin-Pract.* 2004; 96 (1): p21-7.
4. Камалов А.А., Перлин Д.В., Ефремов Е.А., Дударева А.А., *Особенности диагностики и лечения эректильной дисфункции у пациентов с хронической недостаточностью после трансплантации почки* // *Трудный пациент.* - 2007. - №1, том 5.
5. Цыбденов А.Г., *Особенности эректильной дисфункции у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности* // *Вестник Бурятского Государственного Университета.* - 2009. - №12.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ  
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ УРОЛОГИИ  
ПРИ НАЦИОНАЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**А.Ч. Усупбаев, Ж.Т. Джапаров, М.Б. Кылычбеков, Н.К. Курманбеков,  
Н.С. Эстебесов, С.С. Шакиров**  
Республиканский научный Центр урологии при Национальном госпитале МЗКР  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье сделан ретроспективный анализ историй болезней 815 пациентов с диагнозом доброкачественная гиперплазия предстательной железы с 2012-2016 года.

Пациенты были разделены по регионам, на 3 возрастные категории, оперативным вмешательствам. После проведенных операций пациенты разделены по осложнениям.

**Ключевые слова:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, открытая аденомэктомия, пациент, осложнения.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИНЕ  
КАРАШТУУ УЛУТТУК ГОСПИТАЛДЫН УРОЛОГИЯ ИЛИМИЙ БОРБОРУНДА  
ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ШИШИГИ МЕНЕН СТАЦИОНАРЛЫК ДАРЫЛОО  
АЛГАН БЕЙТАП БАЯНДАРЫНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ ТАЛДООЛОРУ**

**А.Ч. Усупбаев, Ж.Т. Джапаров, М.Б. Кылычбеков, Н.К. Курманбеков,  
Н.С. Эстебесов, С.С. Шакиров**  
Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпитал алдындагы  
Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** 2012-2016-жылга чейин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен жабыркаган 815 оорулуунун бейтап баяндарынын ретроспективдүү талдоосу чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** Простата безинин залалсыз гиперплазиясы, трансуретралдык резекциясы, ачык аденоманы алып салуу, бейтап, кабылдануусу.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA  
HOSPITALIZED IN THE REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER OF UROLOGY  
AT THE NATIONAL HOSPITAL OF MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

**A.C. Usupbaev, Z.T. Dzhaparov, M.B. Kylychbekov, N.K. Kurmanbekov,  
N.S. Estebesov, S.S. Shakirov**  
Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital MH KR  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** This article is made, a retrospective analysis of 815 medical records of patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia with the 2012-2016 year, where patients were divided by region, age, complications, hospital stay days after surgery and treatment options.

Patients were stratified by region, for 3 age categories, surgery. Following the surgery, patients are divided into complications.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia, transurethral resection, open prostatectomy, the patient, complications.

Самым часто встречаемым заболеванием мочеполовой системы у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), или аденома простаты. Этиология заболевания до конца не ясна [8]. Существует несколько теорий возникновения ДГПЖ, в большинстве из них главное значение отводится

возрастному нарушению гормонального обмена [2,8]. Наиболее часто заболевание диагностируют у мужчин пожилого возраста, но, все же, довольно часто ДГПЖ проявляется и у мужчин молодого возраста. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у мужчин в возрасте 40–49 лет частота возникновения

ДГПЖ составляет 11,3%, а в возрасте 80 лет достигает 81,4% [3,6]. Отмечают, что с каждым годом жизни пожилого мужчины, его простата увеличивается в среднем примерно на 1 см<sup>3</sup>, а скорость мочеиспускания снижается на 0,2 мл в секунду. Обзор научной литературы показал, что хирургическое удаление предстательной железы в возрасте 40–49 лет составляет около 13%, в возрасте 50–59 лет – около 24%, а у мужчин в возрасте старше 60 лет примерно в 39% случаев требуется хирургическое лечение. Таким образом, почти 40% мужчин оперируются в работоспособном возрасте, а около трети мужчин в возрасте 80 лет уже оперированы по поводу гиперплазии предстательной железы [1,6].

**Цель работы:** Провести сравнительный анализ историй болезней в РНЦУ при НГМЗКР отделения андрологии с 2012 по 2016 г.

**Материалы и методы исследования**

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 815 пациентов с ДГПЖ, которым с 2012- 2016 гг. в отделение республиканского научного центра. Возраст больных от 50 до 89 при этом средний возраст составил 67,4 лет. Всем пациентам были проведены стандартные общие клинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, коагулограмма), а также инструментальные методы обследования (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, урография). После сдачи анализов на онкомаркер ПСА, проводилось пальцевое ректальное исследование и трансректальное ультразвуковое исследование. При подозрении на рак простаты направляли на проведение трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы.

**Результаты**

Таблица 1

Распределение пациентов с ДГПЖ по регионам

Регионы	Абсолютное число (%)
Бишкек	197 (24,2%)
Чуй	167(20,5%)
Нарын	104(12,7%)
Иссык-Куль	134 (16,5%)
Талас	52 (6,4%)
Ош	35 (4,4%)
Джалал-Абад	89 (10,9%)
Баткен	22 (2,6%)
Иностранные	15 (1,8%)

Больные были разделены по регионам: г. Бишкек - 197, Чуйский -167, Нарынский - 104, Иссык-Кульский - 134, Таласский - 52, Ошский -

35, Джалал-Абадский - 89, Баткенский - 22, иностранные граждане - 15 чел. (табл.1)

Таблица 2

Распределение пациентов с ДГПЖ по возрасту

Возраст	Абсолютное число (%)
50-60	148(18,1%)
61-70	287 (35,2%)
70 лет и старше	380 (46,6%)

В таблице 2 представлено распределение пациентов по возрасту. Так, в возрасте 50-60 лет зарегистрировано 148, 61-70 лет – 287, 70 лет и старше – 380 пациентов.

Таблица 3

Проведенные виды лечения

Виды лечения	Абсолютное число (%)
ТУР	79 (9,7%)
Открытая аденомэктомия	318 (39%)
Другие операции	160 (19,7%)
консервативное	258 (31,6%)

По показаниям всем пациентам были проведены следующие виды операции: Трансуретральная резекция (ТУР) - 79 пациентам, откры-

тая аденомэктомия – 318, другие операции (эпистомия, троакарнаяцистостомия) – 160. Консервативное лечение получили 258 больных.



Из них было произведено биопсий простаты – 276 (табл. 3).

Таблица 4

Распределение пациентов с ДГПЖ по осложнениям	
Осложнения	Абсолютное число (%)
Кровотечение	102 (12,5%)
Недержание мочи	119 (14,6%)
Орхоэпидидимит	120 (14,7%)
ТУР-синдром	9 (1,1%)

После проведенных оперативных вмешательств по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы зарегистрированы следующие осложнения: послеоперационные кровотечения ранние и поздние у 102 (12,5%), недержание мочи – 119 (14,6%), орхоэпидидимит – 120 (14,7%), ТУР синдром – 9 (1,1%).

#### Выводы

В настоящее время основным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является оперативный, а трансуретральная резекция предстательной железы не уступает по эффективности открытой операции и в последнее время становится наиболее распространенным методом лечения ДГПЖ, который считается «золотым стандартом» оперативного лечения анализируемой патологии. Обращаемость в г. Бишкек (24,2%) и Чуйской области (20,5%) превалирует над остальными регионами. Больше пациентов госпитализируется в возрасте 70 лет и старше (46,6%). Среди пациентов с оперативной тактикой лечения превалирует открытая аденомэктомия в возрасте 61-70 лет (17%).

Из осложнений большинство пациентов с кровотечением в возрасте 50-60 лет (10%), ТУР-синдромом 61-70 лет (4,3%), недержанием мочи - 61-70 лет (13,7%), орхоэпидидимитом - 70 лет и старше (14,8%).

Трансуретральная резекция ДГПЖ значительно расширила показания к выполнению оперативного лечения и становится стандартной операцией не только при обычных, но и при больших размерах ДГПЖ. Данный метод оперативного лечения имеет меньше осложнений и сокращает сроки пребывания больных на стационарном лечении.

Пациентам более молодого возраста чаще производится трансуретральная резекция аденомы простаты, для сохранения фертильности и

сексуальной активности. Пациентам более пожилого возраста производится открытая аденомэктомия, которая также связано с большим объемом аденомы предстательной железы. Осложнения чаще бывают в весенне-летний период, учитывая жаркие климатические условия, и это чаще тромбоэмболия легочной артерии.

#### Литература:

1. Возианов О.Ф. *Достижения в проблеме урологической помощи населению Украины* / Возианов О.Ф., Пасечников С.П., Павлова Л.П. // *Урология*. – 2001. – №4. – С. 3–6.
2. Кудрявцев Ю.В. *Морфологические изменения в ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии* / Кудрявцев Ю.В., Сивков А.В. // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2010. – №1. – С. 18–22.
3. Лопаткин Н.А. *Доброкачественная гиперплазия предстательной железы* / Лопаткин Н.А., Сивков А.В. – М., 1999. – С.99–102.
4. Лопаткин Н.А. *Урология* / Лопаткин Н.А. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 520 с.
5. Сергиенко Н.Ф. *К вопросу о выборе способа операции при аденоме предстательной железы* / Сергиенко Н.Ф., Бегаев А.И., Щечкохихин А.В., Васильченко М.И. // *Воен. мед. журнал*. – 2006. – №7. – С. 38–42.
6. Сивков А.В. *Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы* / Сивков А.В. // *Урология. Consilium Medicum*. – 2002. – Приложение. – С. 9–18.
7. Mebust W. *Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. Cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients* / Mebust W., Holtgrewe H., Cockett A, Peters P. // *J Urol*. – 2002. – V. 167 (1). – P. 5–9.
8. Roehrborn C.G. *Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia. Chapter 38* / Roehrborn C.G., McConnel J.D. // *Campbell's Urology – 8<sup>th</sup> edition*. – WB Saunders, 2002.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО И ПРИОБРЕТЕННОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПО МЕТОДУ KIEL-KNOTS**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, А.А. Ботобаев<sup>1</sup>, А.А. Айдарбеков<sup>1</sup>, Д.К. Осмонов<sup>1</sup>, К.П. Юнеман<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный Госпиталь Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский Научный Центр Урологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

<sup>2</sup>Университетская клиника отделение урологии, г. Киль, Германия

**Резюме:** В данной статье предлагается хирургическая коррекция искривления полового члена (ИПЧ), применяемый метод, основан на 16-точковой пликацией, модифицированный погружением узлов в неглубокие насечки белочной оболочки. Данную методику озаглавили как модификацию метода-Kiel-Knots. Были прооперированы 35 пациентов с ИПЧ, средний возраст 36,8 лет (24-52). Период наблюдения составил 26 месяцев. У 12 пациентов ИПЧ было врожденным, у остальных 23- приобретенным. Угол искривления более 30 градусов. Было произведено циркулярное иссечение и скальпирование кожи полового члена, вскрыта фасция Бука и выделена белочная оболочка противоположно искривлению. Билатерально намечены 8 точек на белочной оболочке, далее сделаны 5 мм насечки не повреждая кавернозные тела. Вместо пликаций одним швом на 4 точки, в нашей модификации мы использовали пликаций одним швом на 2 точки с погружающими узлами. Средняя продолжительность операции составила 64 минуты. Наблюдалось укорочение полового члена (УПЧ) на 0,5-1 см у 30% пациентов. Проблем с эректильной функцией не отмечалось. В 2х летних отдаленных результатах у 90% больных рецидивов не наблюдалось, швы не беспокоили.

**Ключевые слова:** Искривление полового члена, Болезнь Пейрони, укорочение полового члена.

**ТУБАСА ЖАНА ТУБАСА ЭМЕС ЖЫНЫСТЫК МҮЧӨСҮНҮН ОЮЧАНЫН ИЙРИЛИГИН КИЛЬ-ТУЮН ЫКМАСЫ МЕНЕН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, А.А. Ботобаев<sup>1</sup>, А.А. Айдарбеков<sup>1</sup>, Д.К. Осмонов<sup>1</sup>, К.П. Юнеман<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын урологиялык илимий борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

<sup>2</sup>Университеттин урологиялык ооруканасы Киль ш., Германия

**Коротнду:** Бул иште жыныс мүчөсүнүн ийрилишин хирургиялык жолу менен түздөө үчүн, 16 чекиттүү ыктаманы биз Киль-Туюн ыкмасын деп модификацияладык. 35 оорулу операция болгон, орто жашы 36,8 (24-52). Каралган убагы 26 ай болду. Анын ичинде 12 оорулу тубаса, 26 тубаса эмес. Жыныс мүчөсүнүн 30 градустан жогору болгон. Биздин хирургиялык сунуштун негизги мааниси 16(.) ыкмасында альбугена кабакчасына жыныс мүчөсүнүн эки жагына 8 тильме жасалган, андан соң биздин ыкмабызда ар бир тарапка 4 түймө жасалат, ал эми 16 (.) ыкмасында ар бир тарабына 2 гана түймө салынат. Жыйынтыганда биз сунуш кылган ыкмада жыныс мүчөсүнүн кыскалышы төмөндөдү, 0,5-1,0 см.

**Негизги сөздөр:** Жыныс мүчөсүнүн ийрилиши, Пейрони оорусу, жыныс мүчөсүнүн кыскарышы.

**THE KIEL KNOTS TECHNIQUE FOR TREATMENT OF CONGENITAL AND ACQUIRED PENILE DEVIATION**

**A.C. Uupbaev<sup>1</sup>, A.A. Botobaev<sup>1</sup>, A.A. Aidarbekov<sup>1</sup>, D.K. Osmonov<sup>1</sup>, K.P. Juneman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>National Hospital, Department of Urology, Bishkek, the Kyrgyz Republic

<sup>2</sup>Department of Urology and Pediatric Urology, University Hospital Schleswig Holstein, Kiel, Germany

**Abstract:** We propose a surgical correction of the penile curvature applying a technique based on the 16-dot placcation technique modified by burying the knots in a shallow trough of incised tunica. We entitle this modification the "Kiel Knots". Material and methods: 35 patients with a penile deviation, average age 36.8 years (24 - 52) were operated. Follow-up time was 26 months. In 12 patients the deviation was congenital, in 23

patients it was an acquired deviation. The deviation was  $>30^\circ$  in all patients. Surgical technique: Buck's fascia was incised exposing the tunica albuginea opposite the curvature. 8 dots were marked bilaterally on the tunica albuginea and a 5 mm incision along the marks was made without cutting into the Corpus cavernosum. Instead of plicating with one suture for 4 dots, our modification uses one suture for two dots with the knot buried in a shallow trough created by a scalpel. Results: The average operation time was 64 minutes. We observed a loss of penile length in 30% of the patients (0.5 - 1 cm). There were no problems with erectile function. In a follow-up of 2 years, 90% of the patients remained without recurrence of deviation. None of patients reported problems with the suture knots.

Conclusion: Our technique achieves penile straightening with minimal loss of length and no erectile dysfunction.

**Keywords:** Congenital Penile Deviation; Acquired Penile Deviation; Peyronie's Disease; Penile Shortening

### Введение

Искривление полового члена (ИПЧ) - является не только косметической, но также может вызвать серьезные психологические проблемы у данных пациентов. ИПЧ негативно влияет на качество сексуальной жизни пациентов, вплоть до разрушения партнерских отношений [1,2]. Безусловно, эта патология имеет медицинские и социальные последствия. Различают: врожденной и приобретенное ИПЧ. Врожденные ИПЧ (ВИПЧ)- является аномалией, как правило, неизвестной этиологии. Эти пациенты обычно молодого возраста, имеющие среднюю длину полового члена, воспринимающие ВИПЧ как психологически пагубное состояние. ВИПЧ может быть достаточно серьезной причиной для исключения половой жизни, тем самым нарушить нормальное сексуальное развитие молодого человека [2, 3].

Приобретенное ИПЧ (ПИПЧ) проявляется в более позднем возрасте и, как правило, является следствием болезни Пейрони (БП). Данная патология была впервые описана Francois Gigot de la Peyronie в 1743 [4]. БП характеризуется формированием фиброзных бляшек, что приводит к ИПЧ.

При ВИПЧ консервативное лечение неэффективно. ПИПЧ так же неэффективно, несмотря на наличие большого количества медикаментов [5-8]. Большинство авторов считают, что ПИПЧ должно быть подвержено хирургической коррекции только в случаях серьезного искривления. Различают множество техник и методов хирургической коррекции ИПЧ [8-15]. Самая ранняя описанная техника коррекции Nesbit, которая применялась при ВИПЧ. При данной патологии производится эллипсоидная резекция белочной оболочки противоположно искривлению и ушивание дефекта, для компенсации укорочения полового члена [17]. Следующая техника пликаций искривления по Schroeder-Essed, производится за счет создания неглубоких насечек без иссечения белочной

оболочки. В нашей практике методики пликации используются для всех врожденных и большинства приобретенных ИПЧ. Однако процедура пликации может включать в себя некоторые известные технические проблемы: образования выпячивания, за счет наложение швов, укорочение полового члена. Именно поэтому мы предлагаем разработанную нами методику "Kiel-Knots", основанную на 16-точечной пликации по T. Lue и Schroeder-Essed [19,20].

### Материалы и методы

Тридцать пять пациентов с ИПЧ, были прооперированы, используя методику пликации Kiel-Knots. Средний возраст пациентов составил 36,8 года (диапазон 24 - 52) и период наблюдения составил 26 месяцев. У 12 из 35 пациентов ИПЧ было врожденным, у 23- приобретенным. Пациенты с БП были в состоянии болезни в течении последних 6 месяцев. Градус искривления колебался в пределах  $30-100^\circ$ , в среднем составил  $72^\circ$ .

Пациенты с ВИПЧ не подвергались консервативному лечению. Большинство пациентов с ПИПЧ подверглись консервативному лечению, принимая витамины E, B, в комбинации с пентоксифиллином 400 мг 3 раза в день последние 6 месяцев [21]. Всем пациентам было произведено УЗИ полового члена для определения расположения и примерного размера бляшки. Алпростадил использовался для создания эрекции, чтобы измерить длину пениса и сделать фотографии. Доплеровское исследование было проведено с целью исключения эректильной дисфункции (ЭД).

### Хирургическая техника

#### Вентральное искривление:

Производится продольное рассечение фасции Бука от коронарной борозды до основания полового члена до белочной оболочки, после сосудисто-нервный пучок визуализируется. Затем создается билатеральное, интраваскулярное пространство между дорзальной веной и артерией по Lue [20,22]. Латеральное сосудисто-

нервного пучка хирургическим маркером отмечено 8 точек с каждой стороны, начиная с коронарной борозды до основания полового члена. Дистанция между точками примерно 5 мм (Рисунок 1) и 2-4 дополнительные точки в случае длинного полового члена.

Сделаны поверхностные 5 мм насечки, не повреждая кавернозные тела (Рисунок 2). Это делается, чтобы подготовить площадку для наложения инвертированных узлов. Затем накладываются швы через наружные кромки двух смежных разрезов, используя шовный материал 000 Goretex двухигольчатый. Дистанция между узлами и губчатым телом 3 мм. В итоге было наложено 8 узлов (Рисунок 6). Коррекция искривления оценивается вышеописанным методом. Очень важно полное закрытие фасции Бука.

#### Дорсальное искривление:

Фасция Бука вскрывается билатерально, параллельно уретре, рассекая белочную оболочку. Производятся поверхностные 5 мм насечки, не повреждая кавернозные тела. Дистанция между точками составляет примерно 5 мм. Затем накладываются инвертированные, пликационные швы, используя материал 000 Goretex двухигольчатый. Дистанция между узлами и губчатым телом 3 мм. В итоге было наложено 8 узлов (Рисунок 6). Коррекция искривления оценивается вышеописанным методом. Очень важно полное закрытие фасции Бука.

#### Результаты

Средняя продолжительность операции составила 64 минуты. Все пациенты прошли последующие проверки с 6-ти месячными интервалами. Минимальный период наблюдения составил 26 месяцев. В первые 8 месяцев ни у одного из пациентов не наблюдалось рецидивов. У троих пациентов (8,6%) отмечался легкий рецидив после 24 месяцев. Три пациента (8,6%) показали умеренную ЭД спустя один год послеоперационного периода. Остальные 29 больных (82,9%) были удовлетворены результатами. УПЧ было одно из самых частых осложнений, наблюдаемых у 7 больных (20%).



Рисунок 1. 8 билатеральных точек (16 в общем).



Рисунок 2. Поперечные насечки

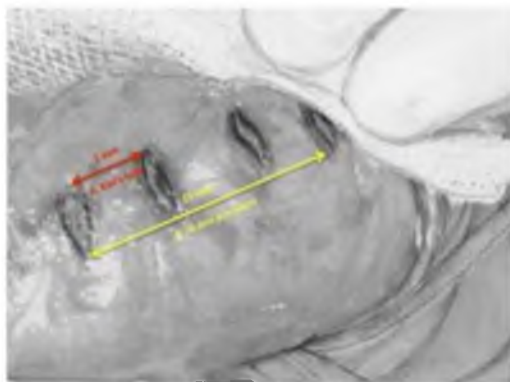


Рисунок 3. Дистанция между точками.

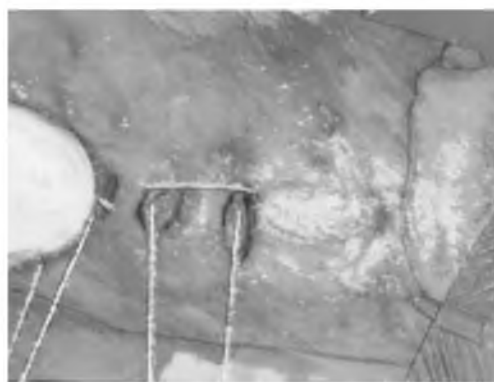


Рисунок 4. Вкол снаружи внутрь.

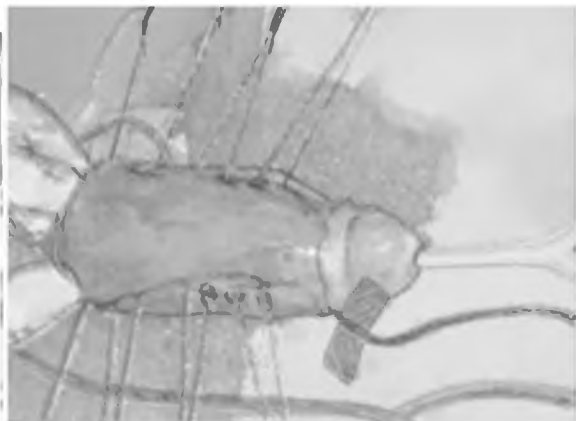


Рисунок 5. Вентральное искривление.

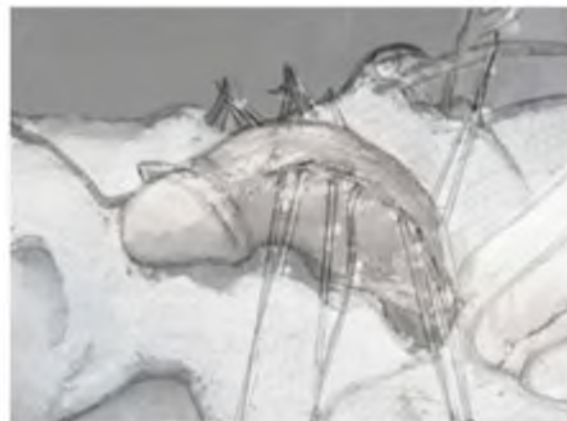


Рисунок 6. Дорсальное искривление.

Все из вышеуказанных пациентов имели умеренное ИПЧ менее 60° [23]. Один из этих 7 пациентов отмечал ухудшение сексуальной жизни из-за УПЧ. Тем не менее, после 6 месяцев УПЧ больше не наблюдалось ни у одного из пациентов.

После 26 месяцев УПЧ наблюдалось у 6 пациентов (17,2%). УПЧ колебалось от 0,5 до 1 см.

Ни у одного из пациентов не наблюдалось выпячиваний и швы не пальпировались.

#### Обсуждение

Хирургическая коррекция ИПЧ до сих пор является открытым вопросом, не смотря на множество различных существующих методик. В долгосрочных наблюдениях, предыдущий метод по Schroeder-Essed имел достаточно высокий уровень удовлетворенности пациентов (993%) [20]. Тем не менее, мы сталкивались с проблемами у пациентов с крайним ИПЧ, в особенности у пациентов с ПИПЧ. Данная методика пликации часто являлась причиной выпячиваний, деформаций, а так же УПЧ. Нами выявлено, что проблема заключается в следующем: чем больше расстояние, которое подвергнется пликации, тем выше риск деформации. Данная проблема может быть решена использованием предложенного нами метода пликации Kiel Knots.

#### Заключение

Исходя из вышесказанного, мы пришли к выводу, что предложенный нами метод коррекции ИПЧ по Kiel Knots, является оптимальным как для пациентов с ВИПЧ, так и для больных с ПИПЧ. Более того, мы советуем данный метод для пациентов с БП. Еще одно преимущество этого метода то, что он прост в исполнении и имеет минимальные осложнения. Мы так же искренне верим, что в дальнейшем расширим область применения данного метода.

#### Литература:

1. R. Tal, O. Nabulsi, C. J. Nelson and J. P. Mulhall, "The Psychosocial Impact of Penile Reconstructive Surgery for Congenital Penile Deviation," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 7, No. 1, 2010, pp. 121-128. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01574.x
2. J. F. Smith, T. J. Walsh, S. L. Conti, P. Turek and T. Lue, "Risk Factors for Emotional and Relationship Problems in Peyronie's Disease," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 5, No. 9, 2008, pp. 2179-2184. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00949.x
3. O. Shaeer and K. Shaeer, "The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Erectile Dysfunction among Arabic Speaking Internet Users in the Middle East," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, No. 8, 2011, pp. 2152-2160. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02297.x
4. François Gigot de la Peyronie, "Sur Quelques Obstacles, qui S'Opposent à L'Ejaculation Naturelle de la Semence," *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, Paris, 1743, pp. 425-434.
5. R.E. Fricke and J.H. Varney, "Peyronie's Disease and Its Treatment with Radium," *Journal of Urology*, Vol. 59, No. 4, 1948, pp. 627-630.
6. V Meineke, C. Uebler, F. M. Köhn, et al., "Radiotherapy in Benign Diseases: Morbus Peyronie," *Strahlentherapie und Onkologie*, Vol. 179, No. 3, 2003, pp. 181-186.
7. R. Dickstein, J. Uberoi and R. Munarriz, "Severe, Disabling, and/or Chronic Penile Pain Associated with Peyronie Disease: Management with Subcutaneous Steroid Injection," *Journal of Andrology*, Vol. 31, No. 5, 2010, pp. 445-449. doi:10.2164/jandrol.109.008029
8. R. T. Strelbel, S. Suter, T. Sautter and D. Hauri, "ExtraCorporeal Shock Wave Therapy for Peyronie's Disease Does Not Correct Penile Deformity," *International Journal of Impotence Research*, Vol. 16, No. 5, 2004, p. 4.
9. A. Müller and J. P. Mulhall, "Peyronie's Disease Intervention Trials: Methodological Challenges and Issues," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 6, No. 3, 2009, pp. 848-861. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01081.x

10. L. A. Levine, "Partial Plaque Excision and Grafting (PEG) for Peyronie's Disease," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, No. 7, 2011, pp. 1842-1845. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02370.x
11. S. V. Perovic and R. P. Djinojic, "Current Surgical Management of Severe Peyronie's Disease," *Archivos Españoles de Urología*, Vol. 63, No. 9, 2010, pp. 755-770.
12. E. Chung, E. Clendinning, L. Lessard and G. Brock, "Five-Year Follow-Up of Peyronie's Graft Surgery: Outcomes and Patient Satisfaction," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, No. 2, 2011, pp. 594-600. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02102.x
13. O. Shaeer, "Trans-Corporal Incision of Peyronie's Plaques," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, No. 2, 2011, pp. 589-593. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02078.x
14. M. L. Eisenberg, J. F. Smith, A. W. Shindel and T. F. Lue, "Tunica-Sparing Ossified Peyronie's Plaque Excision," *BJU International*, Vol. 107, No. 4, 2011, pp. 622-625. doi:10.1111/j.1464-410X.2010.09546.x
15. G. Colpi, G. Piediferro, F. Castiglioni, G. Contalbi and L. Carmignani, "Penile Septoplasty for Congenital Ventral Penile Curvature: Results in 51 Patients," *Journal of Urology*, Vol. 182, No. 4, 2009, pp. 1489-1494. doi:10.1016/j.juro.2009.06.059
16. R. H. Nesbit, "Congenital Curvature of the Phallus: Report of Three Cases with Description of Corrective Operation," *Journal of Urology*, Vol. 93, 1965, pp. 230-232.
17. R. J. Lemberger, M. C. Bishop and C. P. Bates, "Nesbit's Operation for Peyronie's Disease," *British Journal of Urology*, Vol. 56, 1984, pp. 721-723. doi:10.1111/j.1464-410X.1984.tb06156.x
18. E. Essed and F. H. Schröder, "New Surgical Treatment for Peyronie's Disease," *Urology*, Vol. 25, No. 6, 1985, pp. 582-587. doi:10.1016/0090-4295(85)90285-7
19. C. van der Horst, F. J. Martinez Portillo, C. Seif, et al., "Tunica Plication with Horizontal Incisions of the Tunica Albuginea in the Treatment of Congenital Penile Deviations," *Aktuelle Urologie*, Vol. 34, No. 7, 2003, pp. 478-480.
20. L. S. Baskin and T. F. Lue, "The Correction of Congenital Penile Curvature in Young Men," *British Journal of Urology*, Vol. 81, No. 6, 1998, pp. 895-899. doi:10.1046/j.1464-410x.1998.00645.x
21. J. F. Smith, A. W. Shindel, Y. C. Huang, et al., "Pentoxifylline Treatment and Penile Calcifications in Men with Peyronie's Disease," *Asian Journal of Andrology*, Vol. 13, No. 2, 2011, pp. 322-325. doi:10.1038/aja.2010.117
22. S. S. Gholami and T. F. Lue, "Correction of Penile Curvature Using the 16-Dot Plication Technique: A Review of 132 Patients," *Journal of Urology*, Vol. 167, No. 5, 2002, pp. 2066-2069. doi:10.1016/S0022-5347(05)65085-9



ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.Ш. Хакимходжаев

Кафедра урологии и андрологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская республика

**Резюме:** Около половины пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) имеют симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Тем не менее, антихолинергические препараты не находят широкого применения при медикаментозном лечении ДГПЖ в связи с риском развития такого нежелательного осложнения, как острая задержка мочеиспускания. Комбинированное применение альфа-блокаторов и антихолинергических препаратов является многообещающим и приводит к значительному улучшению качества жизни больных с ДГПЖ с симптомами ГМП.

**Ключевые слова:** ДГПЖ, антихолинергические препараты, альфа-адреноблокаторы, качество жизни, IPSS.

ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН  
ТАБАРСЫКТЫН ГИПЕРАКТИВДҮҮСҮН ДАРЫЛОО

З.Ш. Хакимходжаев

И.К. Ахунбаев атындагы КММА урология жана андрология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Простата безинин заласыз гиперплазия (ПБЗГ) менен ооруган бейтаптардын жарымы табарсыктын гиперактивдүүсүнүн (ТГА) белгилери байкалат. Бирок, мындай каалабаган кабылдоо – заа-ранын чукул токтошу, пайда болгондуктан, антихолинэргик дарыларды сейрек колдонулат. Альфа-блокаторго кошуп антихолинэргик дарыларды колдонсо жакынында келечектүү жана бейтаптардын жашоо сапатын ПБЗГ менен кабылдалган ТГА жогорулайт.

**Негизги сөздөр:** Простата безинин заласыз гиперплазия (ПБЗГ), антихолинэргик дарылар, альфа-адреноблокаторлор, жашоо сапаты, IPSS.

OVERACTIVE BLADDER SYNDROME TREATMENT IN PATIENTS  
WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Z.Sh. Khakimkhodjaev

Department of Urology and Andrology KSMA names after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** About half of patients with BPH have OAB symptoms. Nevertheless, anticholinergics do not find wide application for medication treatment of BPH, due to the risk of development of such an undesirable complication, as an acute urinary retention. The combination treatment with alpha-blockers and anticholinergics is promising and leads to significant improvement of quality of life of BPH patients with OAB symptoms.

**Key words:** BPH, anticholinergics, alfa-adrenoblockers, quality of life, IPSS.

**Введение**

Синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) является одной из наиболее частых патологий встречающихся в урологической практике. По данным наиболее репрезентативных исследований, около 17% общего населения страдают этим недугом [1]. В США ГМП входит в десятку самых распространенных диагнозов, опережая такие частые заболевания, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [1]. Интересно, что общая частота ГМП за все возрастные промежутки

одинакова среди мужчин и женщин, при этом женщины явно лидируют в молодом возрасте и начинают отставать после 55-60 лет. Связана такая динамика, скорее всего, с резким возрастанием к этому возрасту у мужчин заболеваемости ДГПЖ [1,2].

Симптомы, наблюдающиеся у больных ДГПЖ, иначе называют симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП), которые можно разделить на несколько групп: обструктивные симптомы (вялая струя, расщепление струи, перемежающееся мочеиспускание, напряжение,

ожидание); симптомы раздражения мочевого пузыря (МП) (учащенное мочеиспускание, ургентные позывы и недержание, никтурия); постмикционные симптомы (чувство неполного опорожнения МП, выделение мочи после мочеиспускания).

Часто наблюдающиеся при ДГПЖ симптомы, такие как ургентность (иногда сочетающаяся с ургентным недержанием мочи), учащенное мочеиспускание и никтурия, по определению Международного общества по проблеме недержания мочи (ICS), представляют собой синдром ГМП.

Не смотря на то, что более распространенными симптомами при ДГПЖ являются обструктивные симптомы (ослабленная струя, напряжение при мочеиспускании), симптомы раздражения МП, такие как учащенное мочеиспускание, ургентные позывы и никтурия являются основной причиной вызывающей беспокойство больных, и приводящих к значительному снижению качества жизни [2]. Не секрет, что у 40% пациентов с ДГПЖ, даже после оперативного лечения, симптомы ГМП продолжают сохраняться. На сегодняшний день, основным медикаментозным методом лечения ГМП при ДГПЖ является назначение альфа-1-адреноблокаторов, но, к сожалению не все пациенты отмечают улучшение своего состояния при данном лечении [3].

Препаратами первого ряда при лечении ГМП являются м-холиноблокаторы уроселективного действия такие как толтерадин, оксибутинин, тропиум, солифенацин и др. Однако антихолинергические препараты не находят широкого применения при медикаментозном лечении ДГПЖ в связи с риском развития такого нежела-

тельного осложнения, как острая задержка мочеиспускания.

Таким образом, целью данной работы является изучение эффективности комбинированного применения  $\alpha$ -адреноблокаторов (тамсулозин) и холиноблокаторов (солифенацин) при ДГПЖ до и после оперативного лечения.

#### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 75 пациентов с ДГПЖ в возрасте от 53 до 65 лет (средний возраст 58,5 лет). У всех больных отмечалось наличие, как обструктивных симптомов, так и симптомов ГМП. Средний объем остаточной мочи по данным УЗИ в обеих группах был  $31,2 \pm 10,6$  мл. 50 пациентов получали тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки перед сном, в виде монотерапии. 25 пациентов получали лечение по схеме: тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки перед сном в комбинации с солифенацином 5 мг 2 раза в день утром и вечером. Критерий эффективности лечения оценивался по результатам шкалы IPSS у пациентов обеих групп до и через 4 недели после лечения.

#### Результаты

В группе пациентов получавших тамсулозин, 20 (40%) пациентов отметили симптоматическое улучшение. Средний объем остаточной мочи в группе снизился до  $23,2 \pm 7,6$  мл. Средний балл по шкале IPSS снизился с  $22,3 \pm 2,3$  до  $18,1 \pm 2,0$ .

В группе пациентов получавших комбинированное лечение тамсулозин плюс солифенацин, клиническое улучшение было отмечено у 15 (60%) больных, при этом средний балл по шкале IPSS снизился с  $22,7 \pm 2,6$  до  $8,4 \pm 1,7$  (Рис.1). В то же время, наблюдалось увеличение среднего объема остаточной мочи до  $40,3 \pm 6,5$  мл.

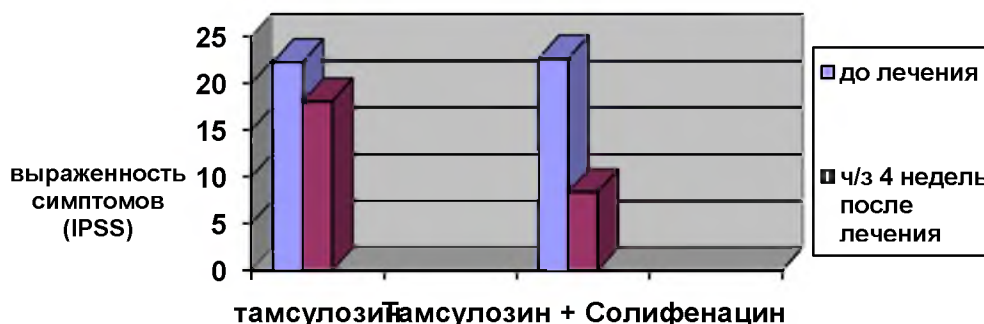


Рис. 1. Динамика выраженности симптомов в зависимости от лечения.

#### Обсуждение

Влияние возраста может быть связано с увеличением содержания коллагена в стенке мочевого пузыря [4]. У пожилых людей содержание

коллагена в стенке детрузора на 20-30% выше, чем у молодых и среднего возраста людей.

Детрузорная гиперактивность имеет место примерно у 60% мужчин с инфравезикальной



обструкцией вследствие ДГПЖ. После оперативного лечения ДГПЖ детрузорная гиперактивность исчезает у 2/3 больных. Эти клинические наблюдения послужили основанием для экспериментальных исследований, которые показали, что детрузорная гиперактивность при инфравезикальной обструкции является следствием цепи последовательных изменений, происходящих в детрузоре [5].

Инфравезикальная обструкция вызывает гипертрофию и инфильтрацию соединительной тканью детрузора, что приводит к снижению скорости кровотока и уровня кислорода в микроциркуляторном русле детрузора. Эти изменения вызывают ишемические повреждения в интрамуральных ганглиях, что, в конечном счете, приводит к постсинаптической денервации детрузора. Иными словами, оставшиеся нервные клетки демонстрируют повышенную чувствительность к ацетилхолину, вызывая непроизвольные сокращения детрузора.

Следует отметить, что причиной постсинаптической денервации детрузора могут являться ишемические нарушения в детрузоре вследствие возрастных изменений, являясь общим проявлением артериолосклероза.

Ультраструктурные изменения, впервые описанные у пожилых людей с ГМП, легли в основу так называемой миогенной теории развития детрузорной нестабильности. У этих больных при электронной микроскопии выявлены нехарактерные для нормального детрузора межклеточные соединения в виде протрузии клеточных мембран. Тесный межклеточный контакт в зоне указанных соединений способствует быстрому распространению спонтанной или вызванной активности отдельных миоцитов на соседние, что сопровождается непроизвольными сокращениями всего детрузора.

Классическим мнением на применение холиноблокаторов при лечении ГМП является то, что эффект происходит за счет блокады холинорецепторов гладкой мускулатуры детрузора в фазу опорожнения.

Однако существует новый взгляд на данную проблему, это то, что произвольное мочеиспускание в основном не нарушается при применении терапевтических доз; основной эффект холиноблокаторов наступает в фазу наполнения:

благодаря увеличению объема МП и снижению urgencyности, блокада холинорецепторов детрузора и уротелия может предотвратить симптомы ГМП без подавления сократимости детрузора в фазу опорожнения, холиноблокаторы действуют в фазу наполнения, когда нет активности парасимпатических нервных волокон.

**Выводы:** Около половины пациентов с ДГПЖ имеют симптомы ГМП. Тем не менее, антихолинергические препараты не находят широкого применения при медикаментозном лечении ДГПЖ в связи с риском развития такого нежелательного осложнения, как острая задержка мочеиспускания. Комбинированное применение альфа-блокаторов и антихолинергических препаратов является многообещающим и приводит к значительному улучшению качества жизни больных с ДГПЖ с симптомами ГМП и требует дальнейших исследований.

#### **Литература:**

1. Thomas, A.W., Lower urinary tract symptoms, benign prostatic obstruction, and overactive bladder / A.W. Thomas, P. Abrams // *BJU Int.* – 2000. – 85(suppl). – p. 57-68.
2. Knuston, T. BOO with coexisting overactive bladder dysfunction – an everyday urological dilemma / T. Knuston, C. Edlund, C. Dahlstrand // *Neurourol Urodynam.* – 2010. – V. 20. – p. 237- 247.
3. Lee, K.S. Combination treatment with propiverine hydrochloride plus doxazosin controlled release gastrointestinal therapeutic system formulation for overactive bladder and coexisting benign prostatic obstruction: a prospective, randomized, controlled multicenter study / K.S. Lee, M.S. Choo, D.Y. Kim et al. // *J. Urol.* – 2009. – Pt 1. – p.1334-8.
4. Athanasopoulos, A., K. K, Fisfis J, Perimenis P, Barbaliadis G. Combination treatment with an alpha-blocker plus an anticholinergic for bladder outlet obstruction: a prospective, randomized, controlled study / A. Athanasopoulos, K. Gyiopoulos, K. Giannitsas et al. // *J. Urol.* – 2003. – V. 169(6). – p. 2253-6.
5. Lee, J.Y. Comparison of doxazosin with or without tolterodine in men with symptomatic bladder outlet obstruction and an overactive bladder / J.Y. Lee, H.W. Kim, S.J. Lee et al. // *BJU International.* – 2011. – V. 94 (6). – p. 817-820.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ М–ХОЛИНОЛИТИКОВ ПОСЛЕ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**С.С. Шакиров, Н.Ж. Садырбеков, М.Б. Абдыкалыков, Осмон уулу А., Ж.Т. Джапаров**

Республиканский Научный центр урологии

при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

г. Бишкек, Кыргызская республика

**Резюме.** Произведена сравнительная оценка состояния пациентов после чрезпузырной аденомэктомии в послеоперационном периоде в обычном ведении и с применением м–холинолитиков.

**Ключевые слова:** Предстательная железа, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, чрезпузырная аденомэктомия, м–холинолитики.

**ТАБАРСЫК АРКАЛУУ АДЕНОМЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ УБАКТА М–ХОЛИНОЛИТИКТЕРДИН КОЛДОНУУДАГЫ ПАЙДАЛУУЛУГУ**

**С.С. Шакиров, Н.Ж. Садырбеков, М.Б. Абдыкалыков, Осмон уулу А., Ж.Т. Джапаров**

Улуттук госпиталда урологиялык Республикалык илимий борбору,

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Табарсык аркалуу аденомэктомия операциясынан кийинки убактагы жөнөкөй жана м–холинолитиктерди колдонуу менен алып баруудагы бейтаптардын акыбалын салыштыруу жүргүзүлдү.

**Негизги сөздөр.** Простата беши, залалсыз простата беши, табарсык аркалуу аденомэктомия, м–холинолитиктер.

**EFFICIENCY OF M–CHOLINOLYTICS AFTER PERCUTANEOUS ADENOMECTOMY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

**S.S. Shakirov, N.J. Sadyrbekov, M.B. Abdykalykov, Osmon uulu A., J.T. Djaparov**

Republican Scientific Center of Urology

at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** A comparative assessment of the patients' state after transvesical adenomectomy in the postoperative period in the usual management and with the use of m–cholinolytics was performed.

**Key words:** Prostate gland, benign prostatic hyperplasia, transvesicaladenomectomy, m–cholinolytics.

**Введение**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее широко распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин старшего возраста.

К 55-60 годам, по данным разных авторов, от 13 до 50% мужчин страдают этим заболеванием, а к 80-90-летнему возрасту примерно у 90% мужчин имеются морфологические изменения, свойственные для ДГПЖ. В среднем у половины таких пациентов происходит макроскопическое увеличение железы, а у 35% больных развиваются клинические симптомы, требующие лечение. По данным Н.А. Лопаткина [1], отмечается нарастание случаев доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте до 50 лет, она составляет 11,3%, 50-59 лет – 45%, 60-69 лет – 75%, 70-79 лет – 81,4%. Есть мнение, что все мужчины старше 80 лет болеют

чаще, но некоторые не доживают до этого возраста, когда развиваются клинические симптомы, требующие лечение.

Существует много видов оперативного лечения, такие как чрезпузырная аденомэктомия, позадилоная аденомэктомия, промежностная аденомэктомия, ТУР аденомы простаты, эмболизация сосудов простаты, лазерная вапоризация аденомы простаты.

“Золотым стандартом” лечения ДГПЖ во всем мире является трансуретральная резекция предстательной железы.

В нашей Республике, по сравнению с ТУР, превалирует открытая аденомэктомия, это обстоятельство связано во-первых, с поздним обращением мужчин пожилого возраста за медицинской помощью, из-за плохой информированности о данной патологии и бесконтрольным приемом различных препаратов, рекламируемых

лекарственными фирмами по линии средств массовых информаций, боязнь дальнейшего целенаправленного обследования и лечения пациентов.

Во-вторых, недостаточность оснащения оборудованием для ТУР по республике. При открытой чрезпузырной аденомэктомии имеет место рассечение передней стенки и шейки мочевого пузыря, где имеется обильная иннервация нервных сплетений, таких как адренорецепторы, м-холинорецепторы.

**Целью нашей работы** явилась оценка ведения больных после чрезпузырной аденомэктомии с применением м-холинолитиков сопровождающиеся спастическими болями в послеоперационном периоде.

#### **Материал и методы исследования**

Проведено лечение 75 больных, из них 35 (47%), больных которым проводилась оценка эффективности терапии м-холинолитиками. Нами был выбран препарат солифенацин (Везикар, Astellas) в дозе 5 мг 2 раза в день.

Средний возраст больных 65-70 лет.

Больные разделены на две группы:

I группа (контрольная) – со стандартным обезболиванием во время спастической боли в послеоперационном периоде;

II группа (основная) – стандартное обезболивание в сочетании с Везикаром – 35 пациентов (47%).

Лабораторные показатели в обеих группах в пределах. Красная кровь: Нб 120-150 г/л, эритроциты –  $3,5-5,0 \times 10^{12}/л$ . Коагулограмма: ПТИ 90-100, фибриноген «А» 2222, 0-4444,0, тромбоциты 5-6.

В анамнезе у больных обеих групп не выявлены признаки гиперактивного мочевого пузыря.

#### **Результаты и обсуждение**

При ведении пациентов после чрезпузырной аденомэктомии, пациенты отмечали спастические боли в мочевом пузыре через 3-4 часа после операции и с последующими повторными болезненными позывами к мочеиспусканию, интервалом от 40 мин до 1,5-2 часа. Учитывая болевой синдром больным I группы с целью обезбоживания назначался Промедол 2% 1,0 п/к каждые 4-6 часов в первые сутки и каждые 12 часов в последующие сутки, а также между наркотическими анестетиками назначались нестероидные противовоспалительные средства. Обезболивание промедолом проводилась в течение 3х суток, с нестероидными противовоспалительными средствами до 7-8 суток. Несмотря на адекватное обезболивание, больные отмечали

периодические спастические боли, после которого из дренажных трубок отмечалось усиление выделения мочи с кровью из ложе простаты. В 6 случаях из 40 кровотечение из ложа простаты осложнилось тампонадой мочевого пузыря. Учитывая продолжающиеся кровотечения, больным проводилась гемостатическая и инфузионная терапия в течение 3-4х дней. Система орошения удалялась на 3-4е сутки, уретральный катетер на 5-6е сутки. Затем после восстановления мочеиспускания эпицистостомическая трубка удалялась на 8-10е сутки после операции. При контрольном анализе на 4-5е сутки после операции показатели красной крови снижались, Нб на 40-60 ед, эритроциты на 2ед. В 3х случаях из-за критического снижения красной крови Нб до 60-70 ед, эритроциты до 2,2-2,8 ед. проводилась гемотрансфузия Эр. масса 500,0 в/в кап. мед. После удаления дренажных трубок, больные отмечали учащенное, болезненное мочеиспускание с неудержанием мочи. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции у больных контрольной группы составил 10-12дней.

Больным II группы в начале спастических болей после промедола 2% 1,0 п/к назначался М-холинолитик (Везикар 5мг) по 1 таблетке 2 раза в день *per os* 10 дней. В 40-50% случаях больные отмечали снижение интенсивности спастических болей и болезненных позывов к мочеиспусканию, а у 50-60%, полное исчезновение спастической боли. Известно пять подтипов таких рецепторов (M1-M5), из которых M2 и M3 обнаружены в мочевом пузыре. Подтип m3 холинорецепторы являются наиболее важным в опосредовании сокращения детрузора. В связи с повреждением стенок детрузора и наложением кисетных швов во время операции имеется механическое раздражение m3 холинорецепторов что приводит к болезненным сокращениям мочевого пузыря. Везикар-конкурентный антагонист M3-холинорецепторов, максимальная концентрация в плазме крови достигает через 3-8 часов после приема. В последующем, больные жаловались на периодические боли в послеоперационной ране, которая купировалась назначением нестероидные противовоспалительные средства. Пациентам обезболивающая терапия продолжалась в течение 3-4х дней. Гемостатическая и инфузионная терапия проводилась в течение 1-2 дня. Система орошения мочевого пузыря удалялась на 2-3е сутки, уретральный катетер на 4-5е сутки. После восстановления мочеиспускания эпицистостомическая трубка удалялась на 6-8е сутки после операции. При

контрольном анализе на 4-5е сутки после операции показатели красной крови снижались Нв на 10-20 ед, эритроциты на 0,5-1ед. которые допустимы в послеоперационном периоде в связи с чем не было необходимости проводить гемотрансфузию. После удаления дренажных трубок, у больных не отмечалось учащенность, болез-

ненность мочеиспускания, частично сохранялось недержание мочи. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции больных основной группы составил 8-10 дней.

Проведено сравнительная оценка 2х групп в виде таблицы.

Таблица 1

Сравнительные данные осложнений и применение лекарственных средств в основной и контрольной группе

№ группы	Койко дней после операции	Обезболивание промедолом	Обезболивание НПВС	Гемостатическая терапия	Инфузионная терапия	Гемотрансфузия, % случаях	Тампонада мочевого пузыря, % случаях
I группа	10-12	6-7	8-10	3-4 дн	3-4 дн	7,5%	15%
II группа	8-10	1-2	5-6	1-2 дн	1-2 дн	0%	0%

**Выводы:** В после операционном периоде у пациентов перенесших чрезпузырную аденомэктомию одним из главных задач явилось обеспечить, максимальное расслабление мочевого пузыря с целью профилактики кровотечения из ложа простаты.

#### Литература:

1. Горюловский, Л.М., Влияние простатита в аденоме предстательной железы на течение послеоперационного процесса / Л.М. Горюловский, М.И. Модорский // Пленум Всеросс. общества урологов: Тез. докл. – Пермь, 1994. – С.44–46.
2. Горленко, В.Н. Сравнительный анализ оперативных методов лечения аденомы предстательной железы / В.Н. Горленко, Г.М. Притыкин, С.Н. Абражеев // Пленум Всеросс. общества урологов: Тез. докл. – Курск, 1993. – С.44.

3. Лопаткина, Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – 1999.
4. Сивков А.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.В. Сивков // Урология. – Consilium Medicum. – 2002. – Приложение. – С. 9–18.
5. Першин, С.В., Прогнозирование ранних послеоперационных осложнений у больных аденомой предстательной железы / С.В. Першин, В.П. Авдошин // Пленум Всероссийского общества урологов: – Тез. докл. – Курск, 1993 – С. 152–154.
6. Тиктинский, О.Л. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы и послеоперационных осложнений / О.Л. Тиктинский, // 8-й Всероссийский съезд урологов: тез. докл. – Свердловск, –1988. – С. 223–236.

## МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ

С.С. Шакиров, Ж.С. Мамбетов, З.Ш. Хакимходжаев

Республиканский Научный центр урологии

при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики,  
г. Бишкек, Кыргызская республика

**Резюме:** современная ситуация по проблеме мужского здоровья в Кыргызстане остается актуальной ввиду увеличения андрологических заболеваний, связанных с ежегодным приростом населения республики, неблагоприятной экологической обстановкой и социально-экономическими проблемами пациентов. В статье приведен анализ результатов акции «Неделя Урологии и Мужского здоровья», проводимой ежегодно в республике Кыргызстан за последние 10 лет.

**Ключевые слова:** Кыргызстан, мужское здоровье, андрологические заболевания.

## КЫРГЫЗСТАНДАГЫ МЫРЗАЛАРДЫН ДЕН СОЛУГУ

С.С. Шакиров, Ж.С. Мамбетов, З.Ш. Хакимходжаев

Улуттук госпиталда урологиялык Республикалык илимий борбору,  
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги.

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Кыскача маалымат:** Кыргызстанда эркектердин ден соолугун маселе боюнча учурдагы кырдаал бейтаптардын республиканын экологиялык жагымсыз шарттары жана коомдук-экономикалык маселелер боюнча калктын ар жылдык өсүш темпи менен байланышкан андролог оорулардын жогорулатуу актуалдуу бойдон калууда. Макала «урологиялык жана эркектер Саламаттык жуманын» иш-аракеттердин натыйжаларын, Кыргыз Республикасында жыл сайын өткөрүлөт, акыркы 10 жылдын ичинде жалпылайт.

**Ачык сөздөр:** Кыргызстан, эркектердин ден соолугу, Андрологиялык оорулары.

## MALE HEALTH IN KYRGYZSTAN

S.S. Shakirov, J.S. Mambetov, Z.Sh. Khakimkhodzhaev

Republican Scientific Center of Urology

at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The current situation regarding the problem of male health in Kyrgyzstan remains relevant due to the increase of andrological diseases associated with the annual growth of the population of the republic, the unfavorable environmental situation and the socioeconomic problems of patients. The article analyzes the results of the action "Week of Urology and Male Health", held annually in the Kyrgyz Republic for the last 10 years.

**Key words:** Kyrgyzstan, male health, andrological diseases.

### Введение

Росту андрологических заболеваний в республике Кыргызстан способствуют следующие факторы:

- ежегодное увеличение количества пациентов, страдающих рецидивными формами инфекционно-воспалительных заболеваний в органах малого таза с развитием эректильной и репродуктивной дисфункции;
- несвоевременность и неэффективность проводимого лечения, бесконтрольное и необоснованное применение антибактериальных препаратов без учета чувствительности препаратов;
- отсутствие единого приемлемого клинического стандарта обследования и лечения пациентов с

андрологическими заболеваниями в зависимости от клинической классификации и от полученной картины визуализации мочеполовых органов.

Ввиду вышеуказанных фактов, с 2004 года Ассоциация Урологов Кыргызстана ежегодно проводит Международная Неделя Мужского Здоровья.

С 2011 года акция стала проводиться под эгидой Европейской Ассоциации Урологов, как «Неделя Урологии и Мужского здоровья».

Во время акции ведущие урологи республики проводят бесплатные консультации, лабораторно-инструментальные и лучевые методы обследования мужского населения республики.

Также проводятся пресс-конференции, освещающие актуальные вопросы улучшения здоровья и повышения качества жизни мужского населения республики.

Ассоциация Урологов Кыргызстана регулярно организует марафонский забег по центральной площади столицы республики с участием врачей различных специальностей при поддержке мэрии города Бишкек.

#### Материал и методы

За период с 2004 по 2013 годы в ходе проведения акции «Неделя Урологии и Мужского здоровья», на базе Республиканского Научного центра урологии и других лечебных учреждениях республики Кыргызстан, обследовано около 16 000 мужчин всех возрастов.

Структуру общей характеристики больных составили лица мужского пола с различными проблемами репродуктивного и копулятивного здоровья.

При этом детально анализированы причинно-следственные факторы возникновения, течения и осложнений андрологических заболеваний, а также акцентировано внимание на эффектив-

ность ведения пациентов в условиях центра семейной медицины с указанием недостатков и путей рационального решения вопросов об улучшении результативности диагностики и лечения.

Всем обратившимся пациентам проведены лабораторно-инструментальные обследования (общеклинические анализы, мазок из уретры, ректальное исследование простаты, анализ секрета простаты, ультразвуковое исследование мочеполовых органов, по показаниям - анализы на урогенитальные инфекции, ПСА, спермограмма и гормональные тесты).

Средний возраст обследованных мужчин составил  $34,7 \pm 3,1$ .

Подавляющее большинство обратившихся пациентов (76%) являлись лицами трудоспособного, репродуктивного и социально-активного возраста.

#### Результаты и обсуждение

Результаты акции «Неделя Урологии и Мужского здоровья» оценены в различных регионах Кыргызстана (таблица 1).

Таблица 1

Обращаемость мужчин в ЛПУ Кыргызской Республики в рамках «Неделя Урологии и Мужского здоровья»

Регионы Кыргызстана	Абс. число	% от общего количества
РНЦУ	5811	36,3
ЦСМ г. Бишкек	4227	26,4
Областная больница г.Ош	2400	15,0
Областная больница г.Дж-Абад	1437	9,0
Областная больница г.Нарын	1108	6,9
Областная больница г.Талас	1017	6,4
Итого	16000	100,0

Анализируя возрастные и социальные категории андрологических патологий, выявлена высокая распространенность урологических заболеваний среди мужчин трудоспособного и репродуктивного возраста, что в свою очередь говорит о неудовлетворительных перспективах развития генофонда населения, снижении рождаемости и браков. При анализе обследованных

пациентов по социальным категориям оказалось, что высокий удельный вес обратившихся лиц составили работающие (37,5%), временно безработные (27,1%), и пенсионеры (21,4%). Из числа обследованных лиц студенты составили 7,1%, дети – 1,0%, военнослужащие – 0,2%, лица, получающие пособие – 1,5% и гриф прочих лиц из других стран – 4,3% (рисунок 1).

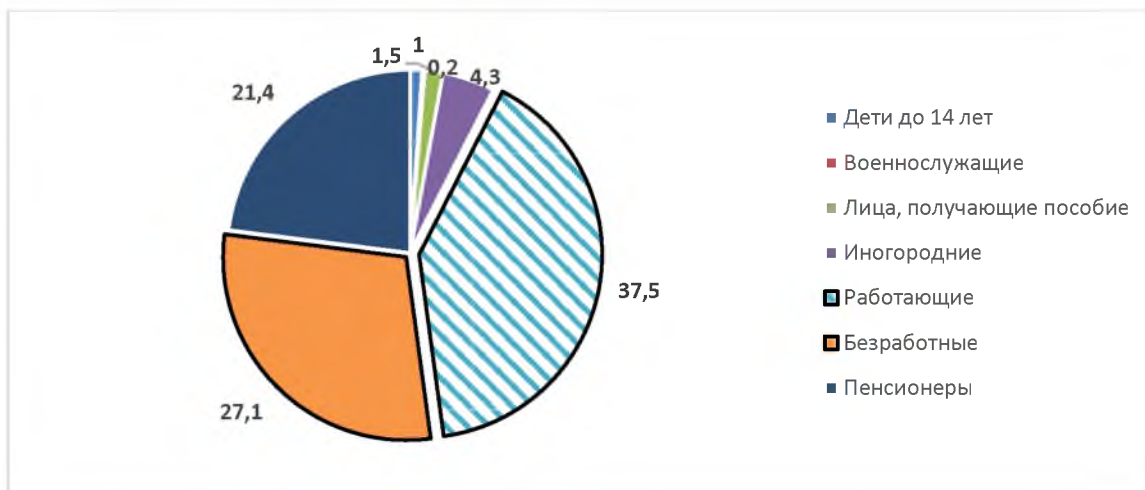


Рисунок 1. Социальная характеристика пациентов.

При распределении больных по нозологиям, большинство обратившихся составляли лица с андрологической патологией, из них с заболеваниями предстательной железы 61,7%. Если детально анализировать нозологическую структу-

ру, патологии андрологического профиля оказались следующими: хронические простатиты – 47,7%, гиперплазия предстательной железы – 17,4%, варикоцеле – 1,6%, прочие урологические патологии – 33,3% (рисунок 2).

**СТРУКТУРА ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

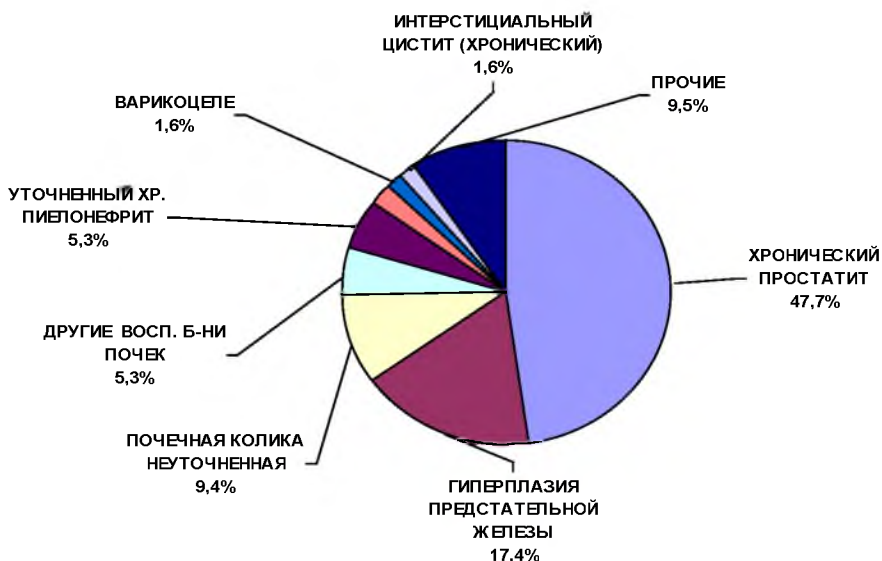


Рисунок 2. Структурная характеристика андрологических патологий.

Метаболический синдром был выявлен в 54% обследованных. При этом эректильные дисфункции имели место в 40% случаев, абдоминальное ожирение – в 23%, артериальная гипертензия – в 18%, сахарный диабет – в 11%, дислипидемия – в 8% наблюдений.

Как известно, сексуальные дисфункции оказывают неблагоприятное действие на качество жизни мужчин.

Среди обратившихся мужчин проводился социальный опрос, выявляющий качества сексуальной сферы. Отмечено, что в 42% случаев,

пациенты отмечали ту или иную степень неудовлетворенности своей половой жизнью и проблемы в семье. Снижение либидо выявлено в 51% случаев, эректильные дисфункции различного генеза – в 40%, преждевременные эякуляции – в 9%.

Наибольший процент эректильной дисфункции (40%) у пациентов выявлен в 45-65 лет, из них легкая степень – в 66% наблюдений, умеренная – 21%, тяжелая – 13%. При этом психогенная дисфункция была отмечена в 46% случа-

ев, васкулогенная – в 22%, на фоне гипогонадизма – в 21%, идеопатическая – в 31%.

Из всей структуры заболеваемости в 19 % случаев была выявлена слабая информированность населения и низкая выявляемость урологических патологий в условиях центров семейной медицины (ЦСМ).

Проведенная акция показала широкую распространенность уро-андрологических заболеваний среди мужского населения республики.

В ходе акции были проведены социальные опросы, которые показали, что андрологические заболевания ведут к значительному снижению качества жизни 67% больных, что в свою очередь сказывается на трудоспособности и психоэмоциональном статусе данной категории пациентов.

Таким образом, проведенная широкомасштабная акция на региональном уровне республики показала широкую распространенность андрологических заболеваний среди мужского населения. Основная масса мужчин страдает заболеваниями предстательной железы различных классификационных категорий и патологиями репродуктивной системы, которым основные диагностические и лечебные мероприятия проводятся в условиях ЦСМ. На данном

этапе остается много нерешенных организационно-методологических вопросов, что становится важным аргументом для проведения целенаправленного научного труда.

Безусловно, учитывая культуральный и социологический фактор среднеазиатского региона, где основная нагрузка по содержанию семьи лежит на плечах мужчины, снижение трудоспособности, ведущее к материальным издержкам в семье, усугубляет половые и аффективные расстройства. Все это ведет не только к нарушению взаимоотношений с окружающими, близкими, но и, в той или иной степени, является причиной увеличения числа разводов, снижения рождаемости, и в конечном итоге приводит к стрессовым ситуациям различной степени выраженности.

Следовательно, вышеуказанные отрицательные фоновые факторы приобретают не только медицинское, но и социальное значение, влияющее на дальнейший статус репродуктивного здоровья мужского населения.

Здоровье мужского населения республики Кыргызстан требует большего внимания не только со стороны службы здравоохранения, но и со стороны социальных и других организаций.



**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЗАДИЛОННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Б.Б. Эсекеев, Б.С. Эсекеев, С.Ч. Абдуллаев, Б.А. Матазов, М.М. Тойтуков**

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,  
г. Ош, Кыргызская Республика

В работе приведен анализ результатов оперативного лечения у 178 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) методами позадилонной (ПА) и чреспузырной аденомэктомии (ЧПА). При этом сроки ирригации и дренирования мочевого пузыря, сроки койко-дней после ЧПА оказались худшими по сравнению с ПА.

**Ключевые слова:** Доброкачественная гиперплазия простаты, позадилонная аденомэктомия, чреспузырная аденомэктомия, койко-день, сроки дренирования мочевого пузыря.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ОШ ОБЛУСУНДА ПРОСТАТА БЕЗИНИН ГИПЕРПЛАЗИЯСЫН ДАРЫЛООДОГУ ЧАТТАГЫ СООГУНУН АРТЫНАН ПРОСТАТА БЕЗИН АЛЫП САЛУУ ЫКМАСЫН КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ**

**Б.Б. Эсекеев, Б.С. Эсекеев, С.Ч. Абдуллаев, Б.А. Матазов, М.М. Тойтуков**

Ош облусттар аралык бириккен клиникалык ооруканасы,  
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Изилдөө ишинде чаттагы сөөгүнүн артынан жана табарсык аркылуу простата безин алып салуу ыкмасын 178 оорулууда колдонуунун жыйынтыгы берилген. Натыйжада табарсыкты жууп туруу, дренаждоо жана жаткан убакыттары табарсык аркылуу алып салуу ыкмасынан кийин начар экендиги аныкталган.

**Негизги сөздөр:** Простата безинин гиперплазиясы, чаттагы сөөгүнүн артынан жана табарсык аркылуу простата безин алып салуу ыкмалары, жаткан күнү, табарсыкты дренаждоо убакыттары.

**EXPERIENCE OF USING RETROPUBLICADENOMECTOMY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN OSH REGION OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

**B.B. Esekeev, B.S. Esekeev, S.Ch. Abdullaev, B.A. Matazov, M.M. Toytukov**

Osh interregional united clinical hospital,  
Osh, the Kyrgyz Republic

The work is about the analysis of the results of surgical treatment in 178 patients with benign prostatic hyperplasia with method of retropubic and transvesicaladenomectomy. The period of time of irrigation and drainage of the bladder, bed days after transvesicaladenomectomy were worse compared to retropubicadenomectomy.

**Key words:** Benign prostatic hyperplasia, retropubicadenomectomy, transvesicaladenomectomy, bed days, time of drainage of the bladder.

**Введение**

Одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин, которая очень часто становится причиной возникновения проблем с мочеиспусканием в пожилом возрасте, является доброкачественная гиперплазия предстательной железы [1,2]. По результатам аутопсий частота гистологически доказанных случаев заболевания у мужчин в возрасте 51-60 лет составляет около 50%, в возрасте 80 лет более 80% [3]. Заболевание с годами прогрессирует, о чем свидетельствуют материалы многих исследований [4]. Активное применение консервативных методов лечения больных с ДГПЖ, в том числе α-

адреноблокаторов, приводит к постепенному увеличению доли больных с большими размерами предстательной железы [5]. Радикальным методом лечения ДГПЖ, несмотря на возможности консервативной терапии, по-прежнему остается только оперативный метод [6], как наиболее эффективный и рациональный. В Российских урологических клиниках у 65-70% пациентов лечение ДГПЖ проводится хирургическим методом, при этом открытая аденомэктомия составляет 27,2% операций и трансуретральная резекция простаты (ТУР) – 27,8%. Многие клиники из-за отсутствия оборудования не имеют возможности выполнить трансуретральную аде-

номэктомии, как «золотой стандарт» и, поэтому открытая позадилонная (ПА) и чреспузырная аденомэктомии (ЧПА) остаются основными методами лечения больных с ДГПЖ [7].

**Целью** нашей работы является анализ применения открытых методов аденомэктомии при лечении ДГПЖ.

#### Материалы и методы

Основу данного исследования составили клинично-лабораторное исследование и оперативное лечение, проведенное у 178 больных с 2010 по 2016 гг. в Ошской области. Возраст больных варьировал от 52 до 86 лет.

Все пациенты были прооперированы по поводу ДГПЖ и распределены на две группы в зависимости от метода оперативного лечения: I группу составили 101 (56,7%) пациентов за 2010 год, перенесшие чреспузырную аденомэктомию, в эту же группу включены 11 (6,2%) пациентов,

которым проведена аденомэктомия II этапом, после эпицистостомии. II группу составили 77 (43,3%) больных, которым была выполнена позадилонная аденомэктомия, за 2010-16 гг., поскольку количество пациентов, оперированных методом позадилонной аденомэктомии составляет не более 20 пациентов в год.

Сопутствующие заболевания со стороны органов мочевыделительной системы представлены в таблице 1. Аномалии развития выявлены у 2 больных, хронический пиелонефрит - у 41 больных, киста почек - у 13 пациентов, камни почек и мочеточников - у 4 больных. Пахово-мошоночная грыжа была у 1 пациента. Хронический цистит диагностирован у 84 больных, камни мочевого пузыря - у 16 больных, дивертикул мочевого пузыря - у 1 больного, надлобковый свищ у 11 больных. У 2 больных выявлен сопутствующий острый эпидидимоорхит.

Таблица 1

Характер сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Число	
	Абс.	%
Аномалии развития	2	1,1
Хронический пиелонефрит	41	23
Кисты почек	13	7,3
Камни почек и мочеточников	4	2,2
Пахово-мошоночная грыжа	1	0,5
Хронический цистит	84	47,2
Дивертикул мочевого пузыря	1	0,5
Камни мочевого пузыря	16	8,9
Надлобковый свищ	11	6,2
Острый эпидидимоорхит	2	1,1
Всего	175	

Показанием для выполнения аденомэктомии считали наличие дизурических явлений и отсутствие эффекта или малоэффективность консервативного лечения, а также уровень простатоспецифического антигена не выше 4 нг/мл.

Чреспузырная аденомэктомия представляет собой технику аденомэктомии по Евсюкову В.Н. с наложением гемостатического съемного шва на ложе простаты. Техника внепузырной позадилонной аденомэктомии применялась по Миллину (Millin). Оба вида операции проводились под спинномозговой анестезией или под общим эндотрахеальным наркозом.

#### Результаты и их обсуждение

В настоящей работе мы проанализировали параметры ближайшего и раннего послеоперационного периодов; продолжительность оперативного вмешательства, длительность иррига-

ции, сроки дренирования мочевого пузыря, койко-день, а также ближайшие осложнения.

Средняя продолжительность операции при чреспузырной аденомэктомии составила 135,3 (50-150) мин, при позадилонной аденомэктомии – 144,5 (60-140) мин. При выполнении операции чреспузырной аденомэктомии, в отличие от позадилонной, кроме уретрального катетера применялся также цистостомический дренаж. В связи с этим они рассматриваются как один изучаемый параметр. Сравнительно большая продолжительность оперативного вмешательства при позадилонной аденомэктомии объясняется тем, что это был ранний опыт применения такого вида операции.

Ирригация мочевого пузыря антисептическим раствором в течение суток проводилась всем больным как после чреспузырной, так и после позадилонной аденомэктомии (Рис. 1).

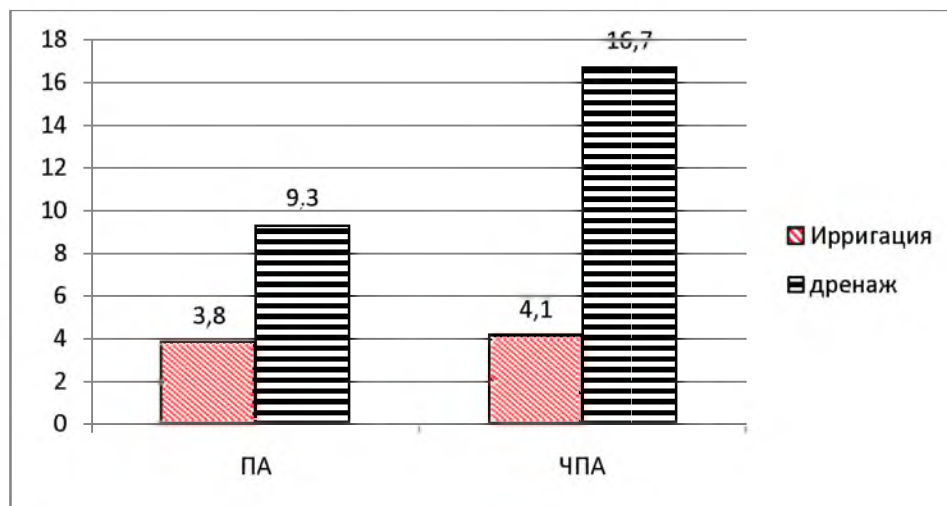


Рис. 1. Сроки ирригации мочевого пузыря и продолжительность дренирования.

Так, ирригация мочевого пузыря при позадилоной аденомэктомии прекращалась на 3,8 (2-9) сутки после операции. При этом дренаж удалялся на 9,3 (4-22) сутки. При чреспузырной аденомэктомии ирригация мочевого пузыря прекращалась на 4,1 (3-18) сутки послеоперационного периода. При этом дренаж удалялся на 16,7 (7-25) сутки. Таким образом, минимальные сроки нахождения дренажа зафиксированы после позадилоной аденомэктомии по сравнению с чреспузырной. Длительность ирригации мочевого пузыря у больных после чреспузырной аденомэктомии обусловлена большей площадью поверхности ран в ложе удаленной железы. При

позадилоной аденомэктомии ложе удаленной железы коагулируется, ушивается капсула простаты и сосуды, что значительно уменьшает кровотечение.

Таким образом, ирригация мочевого пузыря антисептическим раствором имеет прямое соотношение, как с активизацией больных, так и с послеоперационным кровотечением из ложа удаленной железы.

Сроки пребывания больных в стационаре после чреспузырной аденомэктомии составили 24,9 (18-37) суток, после позадилоной аденомэктомии 17,8 (9-30) суток (Рис 2).

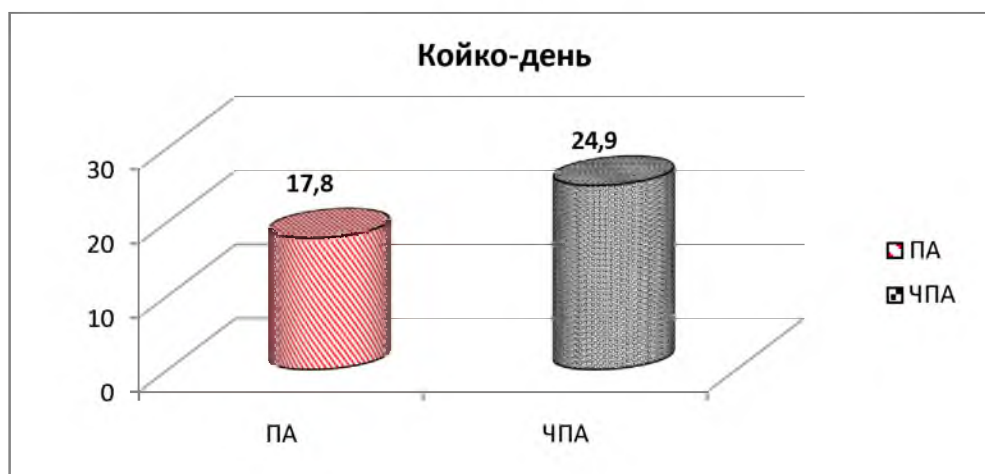


Рис 2. Длительность пребывания больных в стационаре.

Осложнение в виде тампонады мочевого пузыря развилось у одного больного после чреспузырной аденомэктомии в тот же день, что потребовало экстренной повторной операции – реэпицистостомия с ушиванием ложа простаты. Инфекционно-воспалительные осложнения в виде острого эпидидимоорхита развились у 5

больных после чреспузырной аденомэктомии. У 3 больных после позадилоной аденомэктомии на 10-12 сутки после операции развился острый эпидидимоорхит, которым проведены дренирующие операции. После чреспузырной аденомэктомии 2 больных выписаны с эпицистосто-

мическим дренажем, 1 больной с уретральным катетером.

### Заключение

Таким образом, можно заключить, что по некоторым показателям методы оперативного лечения имели достоверное различие. Сроки ирригации и дренирования мочевого пузыря, активизации и сроки пребывания больных в стационаре после позадилоной аденомэктомии оказались намного лучше, чем при использовании чреспузырной аденомэктомии, что делает этот метод более привлекательным. Исходя из этого, можно заключить, что позадилоная аденомэктомия должна широко применяться при оперативном лечении больных с аденомой предстательной железы.

### Литература:

1. Tammela T. Benign prostatic hyperplasia. Practical treatment guidelines: *Drugs-Aging* 1997; 10(5): 349-366.
2. McConnell J.D., Barry M.J., Bruskewitz R.C. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Agency for Health Care Policy and Research: *Clin. Prac. Guidel. Quick. Ref GuideClin.* 1994; (8): 1-17.
3. Liu G.F. et al. In: Chatelain (ed). BPH International Consultation. Health Publication Ltd, 2001: 19-57.
4. Novara G., Galfano A., Gardi M. et al. Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy. *Eur. Urol. Suppl.* 2006; 5:418-419.
5. Тарасов Н.И., Измайлов Р.И. Возможности комбинированной терапии доксазолином и финастеридом в лечении больных с аденомой простаты больших размеров. *Урология.* 2009; 5:40-45.
6. Лопаткин Н.А. (ред.). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1999.
7. *Урология: Национальное руководство.* Под ред. Н.А. Лопаткина. М., 2009.



**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ**

**А.Т. Байгазаков, Усон уулу Б.**  
Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** представлены результаты лапароскопического лечения 35 больных с варикоцеле. Анализ результатов лечения показал высокую эффективность лапароскопических технологий, которые обладают такими преимуществами, как малотравматичность, отличный косметический эффект, быстрое восстановление пациента, низкая частота рецидива.

**Ключевые слова:** лапароскопия, варикоцеле, рецидив.

**ВАРИКОЦЕЛЕНИ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО**

**А.Т. Байгазаков, Усон уулу Б.**  
Эндовидеохирургиялык борбор ЮРФА-Clinic,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** варикоцеле менен 35 бейтаптардын лапароскопиялык ыкма менен дарылоонун натыйжалары. Лапароскопиялык ыкма менен дарылоонун жыйынтыктары жогорку деңгээлде натыйжалуулугун көрсөттү, бул ыкма бир канча артыкчылыктарга ээ, мисалы мыкты косметикалык таасири, бейтаптын тез арада калыбына келүүсү жана ошондой эле кайталануусунун азайышы.

**Негизги сөздөр:** лапароскопия, варикоцеле, кайталануусу.

**LAPAROSCOPIC TREATMENT OF VARICOCELE**

**A.T. Baigazakov, Uson uulu B.**  
Endovideosurgical center YURFA-Clinic,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** the results of laparoscopic treatment of 35 patients with varicocele are presented. The analysis of the results of the treatment showed the high efficiency of laparoscopic technologies, which have such advantages as low traumatism, excellent cosmetic effect, rapid patient recovery, low recurrence rate.

**Key words:** laparoscopy, varicocele, relapse.

**Введение**

Варикоцеле – варикозное расширение вен семенного канатика – одно из распространенных урологических заболеваний, которое встречается в среднем в 10-25% случаев [1, 2]. Актуальность проблемы варикоцеле обусловлена не только медицинской, но и социальной значимостью, так как у 30% больных развиваются тяжелые нарушения сперматогенеза и у 40% - является причиной бездетного брака [2, 3].

Общеизвестно, что лечение варикоцеле оперативное и существуют более 80 способов лечения. Такое многообразие способов лечения одной патологии связано с отсутствием единого взгляда на этиопатогенетические механизмы заболевания и развитием рецидива после операции [1, 3,

4]. Среди современных методов лечения варикоцеле особое место занимают лапароскопические технологии, которые позволяют в режиме многократного оптического цифрового увеличения прецизионно выделить и окклюзировать яичковую вену и ее абберантные ветви, что очень важно в профилактике рецидива заболевания.

**Цель исследования:** оценить эффективность лапароскопической окклюзии яичковых вен у больных с варикоцеле.

**Материал и методы**

За период 2013-2017 годы в эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic лапароскопическим методом пролечено 35 больных с варикоцеле. Характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных с варикоцеле

Показатели	Количество больных	
	абс.	%
Возраст:		
>20	13	37,15
21-30	17	48,58
31-40	3	8,58
>40	2	5,72
Степень:		
I	6	17,15
II	26	74,29
III	3	8,58
Локализация поражения:		
Левостороннее	33	94,29
Правостороннее	-	-
Двустороннее	2	5,72
Сочетанные хирургические заболевания		
Всего:	4	11,43
Паховая грыжа	1	2,86
Хронический геморрой 3 стадии	1	2,86
Киста придатка яичка справа	1	2,86
Кисты придаток обеих яичек + липома	1	2,86

Ведущей жалобой практически у всех пациентов были тупые, тянущие боли в левой половине мошонки, усиливающиеся при физической нагрузке или ходьбе. Больные были обследованы путем анализа жалоб, сбора анамнеза, объективного и локального осмотра, проведения лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, печеночные и почечные тесты, коагулограмма, спермограммы, ИФА на выявление ВИЧ и сифилиса, маркеры вирусных гепатитов В и С, ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций), а также ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки. Ведущим методом диагностики являлось УЗИ с доплерографией органов мошонки.

При выполнении лапароскопической окклюзии яичковых вен использовали эндовидеохирургический комплекс производства фирмы «ЭФА-медика» (Санкт-Петербург, Россия) с необходимым инструментальным набором. Все операции записывались на видеоносители и сохранялись в видеоархиве. Метод анестезии – общее обезболивание с использованием эндотрахеальной интубации и ИВЛ. Операция выполнялась бригадой в составе трех человек (оператор, ассистент и операционная сестра) в положении больного в позиции Тренделенбурга с наклоном операционного стола в правую сторону. Точки установки лапаропортов представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Расположение троакаров



**Техника операции:** после обработки операционного поля через кожный разрез 1,0 см в области пупочного кольца в брюшную полость проводим 10-мм троакар, и создается пневмоперитонеум в режиме 12 ммрт.ст. Под визуальным контролем устанавливаются два рабочих 5-мм троакаров. Проводится ревизия и оценка состояния трубчатых структур в зоне внутреннего пахового кольца, над которой рассекается париетальная брюшина до 1 см. Выделяется яичковая вена, которая освобождается от сосудистого пучка на протяжении. Для верификации яичковой вены проводим пробу: вена зажимается диссектором и

при надавливании на мошонку наблюдается расширение яичковой вены. В проксимальной части вена коагулируется с помощью биполярного диссектора. После этого вена рассекается, эвакуируется застойная кровь из варикозно расширенных вен гроздьевидного сплетения левого яичка. В завершении вена обрабатывается биполярным диссектором и иссекается в области коагуляции. Контроль гемостаза. Десуффляция и ушивание троакарных ран. Рану брюшины не зашиваем. Основные этапы лапароскопической окклюзии представлены на рисунке 2.

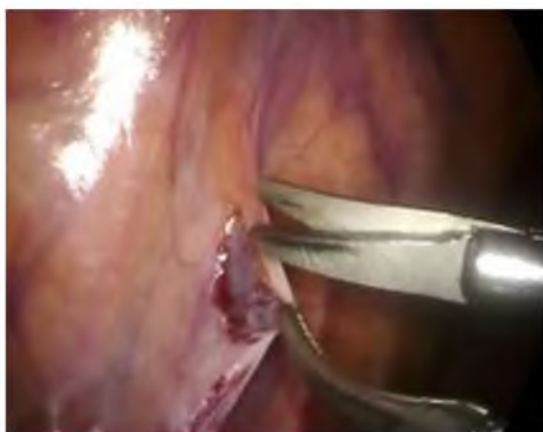


Рис. 2. Основные этапы лапароскопической окклюзии яичковой вены (собственные наблюдения).

### Результаты и обсуждение

Длительность лапароскопической окклюзии яичковой вены составила 20-35 мин. Пациентам с сочетанными патологиями были выполнены следующие симультанные операции: дезартеризация геморроидальных узлов с лифтинговой мукоексией (1 больной), биопсия из обоих яичек (1 больной), лапароскопическая герниопластика (ТАРР) справа (1 больной), кистэктомия из придатков обоих яичек (1 больной), удаление кисты придатка яичка справа + удаление липомы правого плеча (1 больной).

Всем больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику препаратами широкого спектра действия. Болевой синдром по визуально-аналоговой шкале не превышал  $3,5 \pm 0,5$  мм, что практически исключало необходимость в анальгезии. Все больные активизировались через 4-5 часов после операции и переходили на полное энтеральное питание. Необходимости в инфузионной терапии не было. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Из всех 35 больных 33 (94,3%) были выписаны на следующий день после операции. Двое больных (после лапароскопической герниопластики и дезартеризации геморроидальных узлов) находились в стационаре 3-5 суток.

Следует отметить, что во время операции стволовой тип яичковой вены был установлен у 29 (82,86%) больных, рассыпной тип – у 6 (17,15%) больных. Все больные были повторно обследованы через 1 и 3 месяца после операции. Признаков рецидива варикоцеле не обнаружено.

### Заключение

Таким образом, лапароскопические технологии в лечении варикоцеле являются высокоэффективным методом лечения и обладают такими преимуществами, как малоинвазивность, ранняя послеоперационная реабилитация, радикальность и косметичность. Необходимо дальнейшее внедрение и изучение данного метода в сравнительном аспекте с другими методами лечения.

### Литература:

1. Алферов К.В. Варикоцеле: методические рекомендации по диагностике и лечению. Воронеж. 2005: 25.
2. Ким В.В., Казимиров В.Г. Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле. Москва: Медпрактика-М 2008: 74.
3. Урология: под редакцией С.П. Пасечникова. Винница: Нова Книга. 2015: 456.
4. Мадькин Ю.Ю., Золотухин О.В. Варикоцеле и нарушения фертильности. Вестник новых медицинских технологий 2013; 20 (2): 269-270.



**РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ СОНОГРАФИИ  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПОЧЕК И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ**

**А.Т. Жунусов, Б.З. Осумбеков**

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,  
г. Ош, Кыргызская Республика

**Резюме:** в статье представлены роль и эффективность малоинвазивного хирургического лечения под контролем ультразвукографии 281 больных с абсцессами почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства.

**Ключевые слова:** интервенционная сонография, абсцессы почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства.

**ИНТЕРВЕНЦИОННА СОНОГРАФИЯНЫН БӨЙРӨК ЖАНА АНЫН ТЕГЕРЕГИНИН  
КЛЕТЧАТКАСЫНЫН СЕЗГЕНУУ ООРУЛАРЫНЫН  
ДАРЫЛОО РОЛУ ЖАНА НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ**

**А.Т. Жунусов, Б.З. Осумбеков**

Ош облустук бирикме клиникалык оорукана.  
г. Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макалада бөйрөк ириң, бөйрөк тегерегинин жана сырткы ичтеги мейкиндик менен 281 бейтап интервенциялык сонография көзөмөлү астында аз инвазивдүү хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугу келтирилген.

**Негизги сөздөр:** интервенциялык сонография, бөйрөк ириңи, бөйрөк тегерегинин клетчаткасы жана сырткы ичтеги мейкиндик.

**THE ROLE AND EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONAL SONOGRAPHY  
IN THE TREATMENT OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF THE KIDNEY  
AND PERIRENAL TISSUE**

**A.T. Zhunusov, B.Z. Osumbekov**

Osh interregional clinical hospital  
Osh, the Kyrgyz Republic

**Resume:** this article presents the role and the effectiveness of interventional sonographia in the treatment of 281 patients with abscess of the kidney, perinephric tissue and retroperitoneal space.

**Key words:** interventional sonographia, abscesses of the kidneys, perirenal and retroperitoneal tissue space.

**Введение**

В последнее время при лечении гнойно-воспалительных заболеваний почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства основная роль принадлежит малоинвазивным хирургическим вмешательствам, и они являются альтернативой открытым хирургическим вмешательствам [1,3].

Анализ материалов показывает, что далеко не всегда представляется возможным не только точно дифференцировать гнойно-очаговые образования почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства, но и излечить на базе малоинвазивного вмешательства тяжелого больного с такими заболеваниями. В указанном аспекте разработка и совершенствования суще-

ствующих малоинвазивных и безопасных методов лечения больных с указанной патологией остается актуальной задачей [2,3,4,5,6].

**Целью нашей работы** является оценка роли и эффективности интервенционной сонографии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства.

**Материал и методы**

За последние десятилетия в отделении урологии Ошской межобластной объединенной клинической больницы нами применены чрескожные лечебные малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультразвукографии 281 больным. Их условно разделили на три клинические группы: **1 - я группа:** абсцессы почек – 134 больных; **2 – группа:** больные с абсцессами

паранефральной клетчатки - 69; **3 - группа:** больные с абсцессами забрюшинного пространства – 78 больных.

Возраст больных колебался от 14 до 76 лет, мужчин – 155, женщин – 126 (55% и 45% соответственно). В наших наблюдениях преобладали преимущественно лица молодого и трудоспособного возраста, т.е., 20-50 лет (164 больных), что составляет 58,3%.

Для диагностики и пункционного лечения нами были использованы ультразвуковые сканеры фирмы «Чисон» и «Миндрей». Все чрескожные малоинвазивные хирургические вмешательства (ЧМХВ) производились с использованием ультразвуковых сканеров работающих в режиме реального времени с применением датчиков с частотой излучения 3,5-5 МГц. Пункции и дренирование выполнялись методом «свободной руки».

После детального уточнения диагноза у больных использована технология чрескожной пункции и дренирования гнойно-деструктивных полостных и внеполостных образований по мето-

дике Сельдингера под контролем ультразвукографии. Манипуляция проводилась под местной анестезией с соблюдением правил асептики и антисептики. В последующем ежедневно в течении нескольких дней неоднократно дренажные трубки промывались теплым антисептическим раствором, а также введением антибиотиков.

**Результаты и их обсуждение**

Наши наблюдения касаются малоинвазивного пункционного лечения гнойно-воспалительных заболеваний почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства. Всем поступившим больным наряду с общеклиническими методами исследования проведены УЗИ в первые дни после поступления. При этом особое внимание было уделено комплексному ультразвуковому обследованию органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) сделана по показаниям.

Ниже в таблице приведены перечень выполненных чрескожных малоинвазивных вмешательств в наших условиях за последние десятилетия.

Таблица 1

**Чрескожные малоинвазивные вмешательства, выполненные в ОМОКБ**

<b>№</b>	<b>Название чрескожных лечебных малоинвазивных хирургических вмешательств (ЧЛМХВ)</b>	<b>Количество</b>
1	Чрескожное дренирование абсцессов почек.	134
2	Чрескожное дренирование гнойных паранефритов.	69
3	Чрескожное дренирование забрюшинных абсцессов.	78
	<b>Всего:</b>	<b>281</b>

Как видно из таблицы, большое количество (134 случая, 47,7%) чрескожных малоинвазивных вмешательств, произведено при гнойно-воспалительных заболеваниях почек. Второе место (78, 27,8%) занимают гнойно-воспалительные заболевания околопочечной клетчатки, и последнее место занимают по выполнению малоинвазивных хирургических вмешательств забрюшинные абсцессы (24,5%).

В первой клинической группе размеры абсцессов почек варьировали от 20мм до 40мм в диаметре. Во второй клинической группе размеры полостных образований были от 50 до 90 мм. В третьей клинической группе размеры абсцессов так же находились в широких пределах - от 40 до 100 мм в диаметре. Здесь необходимо отметить, что в 13 (4,6%) случаях из общего количество больных были выявлены сочетанные абсцессы.

Клиническая картина у 82,4% больных сопровождалась общей гнойной интоксикацией организма, а также соответствующими изменениями

со стороны общего анализа крови, мочи и биохимических анализов печени и почек. При поступлении в анализы крови у 198 (70,4%) больных выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево и повышенное СОЭ, у 83 (29,6%) больных отмечалось повышенное СОЭ без лейкоцитоза, из них у 34 (12%) лейкопения, что свидетельствует об ареактивности организма (в основном у больных с сахарным диабетом).

После окончательного установления диагноза всем больным были произведены чрескожные лечебные малоинвазивные хирургические вмешательства (ЧЛМХВ), под контролем ультразвукографии, которые все больные перенесли хорошо. У больных с сочетанными абсцессами одновременно устанавливали по два дренажные трубки. Абсолютных противопоказаний к проведению ЧЛМХВ не было.

После полного коллапса полостных образований при контрольном ультразвуковом исследовании и прекращения отделяемого из дренажной трубки их удаляли. В последующем проводили

контрольные ультразвуковые исследования в динамике, как правило, через 7-10 суток, 1-3 месяца после удаления дренажной трубки.

Следует подчеркнуть, что во всех клинических группах осложнений и летальных исходов, связанных непосредственно с проведением малоинвазивных вмешательств не было. К сожалению, в третьей клинической группе в одном случае наблюдали летальный исход, что составило 1,2%. Здесь необходимо отметить, летальность не была связана с проведенным малоинвазивным хирургическим вмешательством, а наступила от сепсиса и септических осложнений.

**Вывод.** Чрескожные малоинвазивные хирургические вмешательства являются высокоэффективным методом лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями почек, околопочечной клетчатки и забрюшинного пространства с минимальными осложнениями и летальностью и являются альтернативой открытым оперативным вмешательствам.

### *Литература:*

1. Абишева А.Б., Сарсенова Р. Т., Мамалинов Г.К. и др. Пункционно-дренирующий метод лечения абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства // В кн.: Малоинвазивная хирургия (эндоскопическая, эндоваскулярная, пункционная) /Тр.2 Конгресса хирургов Казахстана. - Алматы, 2003. – С. 36 - 38.
2. Сияикова Л.А. Гнойный пиелонефрит: современная диагностика и лечения //Автореф. Дисс. ... докт. мед. наук. – Москва. 2002. - 34с.
3. Осумбеков Б.З. Стратегия малоинвазивной видеоконтрольной хирургии полостных и внеполостных гнойно-очаговых образований //Автореф. Дисс. ... докт. мед. наук. – Бишкек. 2010. – 49с.
4. Чернецова Г.С., Альбаева А.С. Особенности современной диагностики и тактики оперативного лечения больных с острым гнойным пиелонефритом. Центрально-Азиатский Медицинский журнал. -2006. –XII. С.74-76.
5. Brook I. Urinary tract and genito-urinary suppurative infections due to anaerobic bacteria //Int J Urol.- 2004.- Vol.11, №3.- P. 133-141.
6. Capitan M.C., Tejido S.A., Piedra L. J.D., Martinez S.V., Cruceyra B. G., Rosino S.A., Garsia P.C., Leiva G.O. Retroperitoneal abscesses-analysis of a series of 66 cases. ScandJ. //Urol Nephrol. - 2003.- Vol. 37, №2. - P. 139-144.

**КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
НА ОСНОВЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА**

**А.Ч. Усупбаев, Р.Н. Кенеев, А.А. Жумагалиев**

Кафедра урологии и андрологии до и последипломного обучения  
Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью данной статьи является ретроспективный сравнительный анализ историй болезней больных, прооперированных по поводу ДГПЖ различными методами хирургического лечения. Изучены истории болезни (с заключением гистологического исследования биоптатов удаленных узлов аденомы) 187 больных с ДГПЖ в возрасте 50 и более лет. Проведена связь уровня ПСА (общего) до операции в зависимости от возраста и выявленных патологических изменений простаты у больных, которым был выставлен и обоснован диагноз ДГПЖ и указаны показания к операции.

В 55,6% случаев установлен диагноз ДГПЖ без его расхождения после гистологического исследования, в 42,2% в сочетании с простатитом и в 2,1% имеется расхождение с РПЖ.

**Ключевые слова:** ДГПЖ, хирургическое лечение, аденомэктомия, ТУР простаты, ПСА крови, биопсия.

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ  
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИНКИ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН РЕТРОСПЕКТИВДИК  
АНАЛИЗДИН НЕГИЗИНДЕ ӨТКӨРҮЛГӨН КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЯЛЫК  
САЛЫШТЫРМАЛУУ ИЗИЛДӨӨСҮ**

**А.Ч. Усупбаев, Р.Н. Кенеев, А.А. Жумагалиев**

И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүү  
урология жана андрология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иштин максаты простата безинин заласыз гиперплазиясы менен жабыркаган бейтаптардын хирургиялык жол менен дарылоодон кийинки, оору баяндын негиздеринде, ретероспективдик салыштырмалуу анализи коюлган. 50 жаштан ашкан жаштагы 187 эркек бейтаптын оору баяны (алынган биоптаттардын гистологиялык корутундулары) изилденген. Кандын операцияга чейинки жашына карата ПСАсынын (жалпы) жана патологиялык өзгөрүүлөрүсүнүн байланышы, ПБЗГ дарты аныкталып жана операцияга көрсөтмөсү аныкталган.

55,6% гистологиялык корутунду боюнча дарт так аныкталган, простатит менен айкалышып 42,2% табылган жана 2,1% простата безинин рагы менен туура келбеген.

**Негизги сөздөр:** простата безинин заласыз гиперплазиясы, хирургиялык дарылоо, аденомэктомия, кандагы простатанын спецификалык антигены, простатанын ТУРсы, биопсия.

**CLINICAL AND HISTOLOGICAL COMPARISON OF THE RESULTS OF POSTSURGICAL  
TREATMENT IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA  
ON THE BASIS OF RETROSPECTIVE ANALYSIS**

**A.Ch. Usupbaev, R.N. Kenееv, A.A. Jumagaliev**

Department of urology and andrology before and postgraduate training of  
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The aim of this article is a retrospective comparative analysis of case histories of the patients operated on an occasion of BPH by the different methods of surgical treatment. Case histories of 187 patients with BPH at the age of 50 and more years (with the conclusion of histological elamination of remote sites of adenoma) were studied. Connection of level of PSA (general) is conducted to the operation depending on age and pathological changes prostate in patients with proposed and reasonable diagnosis of BPH and indications for operation are made.

In 55,6% cases the diagnosis of BPH is set without his divergence after histological research, in 42,2% in combination with prostatitis and in 2,1% there is divergence with prostate cancer.

**Keywords:** BPH, surgical treatment, adenomectomy, TURP of prostate, PSA in blood, biopsy.

**Введение**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), занимает по частоте ведущее место среди различных заболеваний мочеполовой сферы у мужчин во всем мире, и относится к числу, наиболее значимых в медико-социальном и экономическом аспектах в системе здравоохранения [1,2].

Несмотря на качественные прорывы в диагностике, лечении и профилактике этого заболевания проблема остается актуальной и по прогнозам социологов к 2020 году количество людей старше 60 лет возрастет в 3 раза и вместе с ними возрастет число больных с ДГПЖ [3,4].

В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику более совершенных методов диагностики сталавозможной не только ранняя диагностика, но и в определенной мере - консервативное лечение заболевания. Несмотря на это, большинство этих больных нуждаются в хирургическом лечении в различные сроки после начала консервативной терапии, в связи с чем возникают технические трудности во время операции, так как соединительно-тканые разрастания в простате зачастую приводят к таким осложнениям как кровотечение из ложа аденомы, иногда и более продолжительные по времени. Таким образом, актуальным и до конца не ясным остается вопрос о тактике выбора раннего хирургического лечения и скрининга заболевания.

**Целью** наших исследований является ретроспективный сравнительный анализ историй болезней больных, прооперированных по поводу ДГПЖ различными методами хирургического лечения на основе изучения гистологического исследования удаленных биоптатов и уровня ПСА крови до операции.

**Материалы и методы**

Материалом явились истории болезни (с заключением гистологического исследования биоптатов удаленных узлов аденомы) 187 больных с ДГПЖ в возрасте 50 лет и старше (средний возраст 65,7±2,1 года), прооперированных в отделениях Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР, который является клинической базой кафедры в период с 2015-2016 гг.

Нами проведена связь уровня ПСА (общего) до операции в зависимости от возраста и выявленных патологических изменений простаты у больных, которым был выставлен и обоснован диагноз ДГПЖ и указаны показания к операции.

**Результаты и обсуждение**

В анамнезе длительность заболевания составила 6,2±2,3 года, а период консервативного лечения – 3,7±0,8 лет. При этом в стационар с острой задержкой мочи поступили 71 (37,9%) человек, а остальные 116 (62,01%) - в плановом порядке.

В анамнезе выявлено - 45% больных принимали α<sub>1</sub>-адреноблокаторы (тамсулозин, кардура), 15% - синтетический селективный блокатор 5α-редуктазы (финастерид), а 40% - комплексную терапию, включающую и другие препараты (Афала®, простамол®, витапрост® и др.).

По данным УЗИ до операции объем простаты в среднем составил 62,3±1,5см<sup>3</sup>.

Ректальное исследование предстательной железы проводилось после анализа ПСА крови, где выявлены следующие изменения: у 101 (54%) больных простата равномерно увеличена в размере, имеет шарообразную форму, консистенция тугоэластическая с отсутствием срединной борозды. У 54 (28,9%) больных простата имела сглаженную срединную борозду, с преимущественным увеличением одной из долек, а у 32 (17,1%) больных простата была с плоской поверхностью, плотной и эластической консистенцией, без спаянности с окружающими тканями.

Таблица 1

Распределение больных в разрезе возраста (n=187)

Возраст	45-49	50-59	60-69	70-79	80 и более	Всего
Количество больных	11 (5,9%)	48 (25,6%)	68 (36,4%)	44 (23,5%)	16 (8,6%)	187 (100%)

Распределение по возрасту представлено в табл.1, где видно, что больше больных было в возрасте 50-59 лет (25,6%) и 60-69 лет (36,4%),

что всего составило 62%, далее в разрезе возраста до 79 лет (23,5%), этот возраст считается критическим и в молодом возрасте реже – у 5,9%.

Больным проведены следующие виды операции: трансуретральная резекция (ТУР) простаты – у 103 (55,1%), одномоментная открытая чреспузырная аденомэктомия – у 79 (42,2%), второй этап аденомэктомии – 5 (2,7%) больным. При анализе больных обеих групп: послеоперационные результаты лечения показали преимущества ТУР простаты перед открытыми методами, в частности при ТУР кровотечений меньше, значительно меньше наблюдаются инфекционно – воспалительные осложнения, сокращается продолжительность и сроки пребывания больных в стационаре.

Из 187 больных уровень ПСА до 4 нг/мл отмечен у 23,5% больных, у большинства (52,4%) находился в пределах 4-9 нг/мл и далее количество больных убывает в зависимости увеличения уровня ПСА (табл.2). В разрезе уровня до 4 нг/мл у 65,9% больных диагноз ДГПЖ подтвержден гистологически, а в остальных случаях отмечается, в сочетании с простатитом и расхождения в диагнозах нет.

Таблица 2

Уровень ПСА крови у больных до операции и диагноз после операции (n=187)

Уровень ПСА (общего) нг/мл	Количество больных	%	ДГПЖ	Простатит + ДГПЖ	РПЖ
До 4	44	23,5	29 (65,9%)	15 (34,1%)	-
4-9	98	52,4	45 (46%)	51 (52%)	2 (2%)
10-20	29	15,5	17 (58,6%)	11 (38%)	1 (3,4%)
20-30	16	8,6	13 (81%)	2 (12,5%)	1 (6,5%)
Всего	187	100,0	104(55,6%)	79 (42,2%)	4 (2,1%)

В группе с уровнем до 10 нг/мл в 46% случаев ДГПЖ подтверждается, а в 52% встречается в сочетании с простатитом и 2% больных были направлены к онкологу по поводу выявления РПЖ в гистологическом заключении. Такая же картина наблюдается и в двух группах, где выявлены по одному гистологическому заключению с РПЖ. Таким образом, среди 187 больных ДГПЖ подтвержден гистологически в 55,6%, в 42,2% в сочетании с простатитом и в 2,1% случаев имеется расхождение, хотя все больные до операции прошли тщательную подготовку с верификацией диагноза ДГПЖ.

В заключениях гистологического исследования биоптатов большинство препаратов описаны следующим образом: сдавленная к периферии

предстательная железа состоит главным образом из фибро-мышечной стромы. В строме разбросаны преимущественно атрофичные, местами разрушенные, полигональные, вытянутые в виде щелей, железистые пузырьки с небольшим содержанием слущенного эпителия, мелкозернистой массы и незначительным количеством амилоидных телец. По размеру они в некоторых местах превышают атрофированные. Таким образом, амилоидные тельца частично находятся в строме. Здесь же отмечается очаговая и диффузная мелкоклеточная инфильтрация и содержатся очаги отека ткани (рис.).

А также различают несколько форм: железистую (аденома), фиброзную (фиброаденома), миоматозную (аденомиома) и смешанную.

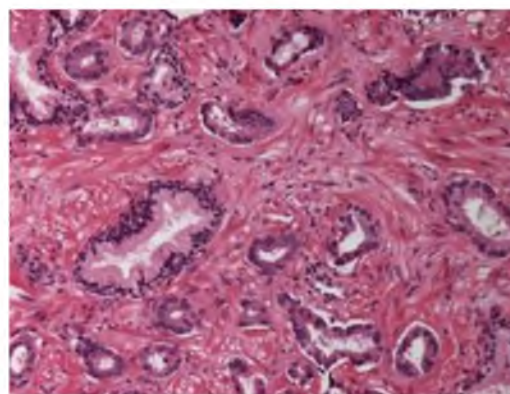
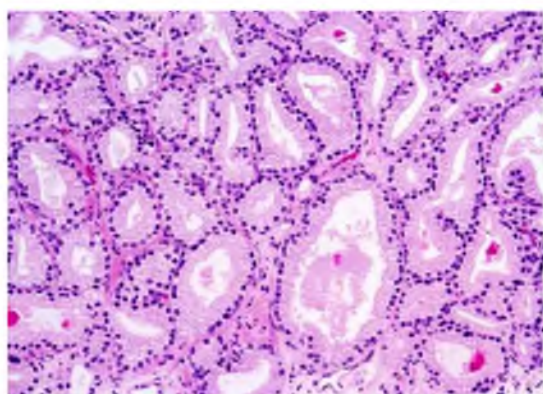


Рис. Микропрепарат здоровой простаты и удаленного биоптата открытым методом (увел. 80). Окраска гематоксилин-эозином.

Таким образом, результаты гистологических исследований (47%), показывают, что консервативная терапия продолжительностью более 3 лет из-за чрезмерного разрастания соединительнотканых волокон во время операции вызывали технические трудности на различных этапах выделения, вылушивания или резецирования аденоматозных узлов, о чем свидетельствуют операционные протоколы в историях болезни. И не исключается, что именно они могли завуалировать картину РПЖ при постановке диагноза и выборе метода лечения.

### Выводы

Полученные данные, как и данные многих исследователей [5,6], констатируют факт низкого выявления рака, и возможно не исключается диагностическая значимость онкомаркеров из-за ложноположительных результатов как самостоятельного метода диагностики. Однако следует помнить, что при повышении ПСА при тщательном обследовании, рак не выявляется и наоборот. Кроме того, ПСА может повышаться и при других патологиях. Так, по результатам 187 больных в 55,6% установлен диагноз ДГПЖ без расхождения после гистологического исследования, 42,2% в сочетании с простатитом и в 2,1% имеется расхождения с РПЖ. Таким образом, тактика ранней хирургической активности в лечении ДГПЖ, остается актуальной и требует дальнейших уточнений, как в показаниях, так и в сроках лечения.

### Литература:

1. Oelke M., Bachmann A., Descazeaud A. et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction / M.Oelke, A.Bachmann, A.Descazeaud et al. // *Eur. Urol.* - 2013. - Vol. 64. - № 1. - P. 118–140.
2. Сергиенко Н.Ф. К вопросу о выборе способа операции при аденоме предстательной железы / Н.Ф. Сергиенко, А.И. Бегаев, А.В.Цецкочихин и др. // *Военно-медицинский журнал.* - 2006. - №7. - С.38-42.
3. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.А.Камалов и др. // *Урология.* - 2004. - №1. - С.30-34.
4. Comparison of dutasteride and finasteride for treating benign prostatic hyperplasia: the Enlarged Prostate International Comparator Study (EPICS) / J.C. Nickel, P. Gilling, T.L. Tammela et al. // *BJU Int.* - 2011. - Vol. 108. - № 3. - P. 388–394.
5. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures / Yap, T.L., Brow C., Cromwell, D.A. et al. // *BJU Int.* - 2009. - Vol. 104. - № 8. - P. 1104–1108.
6. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT Study / C.G. Roehrborn, P. Siami, J. Barkin et al. // *Eur. Urol.* - 2010. - Vol. 57. - №1. - P. 123–131.

**ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ  
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ УРОЛОГИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**А.Ч. Усупбаев, Н.К. Монолов, А.Т. Адиев**

Кафедра урологии и андрологии им. М.Т.Тыналиева  
Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Целью нашего исследования стало изучения эффективности лапароскопических методов операционного лечения в Республиканском Научном Центре урологии.

Преимущества лапароскопических операций очевидны – меньшая травматичность, значительное сокращение послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных, при необходимости возможность проведения симультанных операции на органах мочеполовой системы.

**Ключевые слова:** киста, лапароскопический метод лечения, уrolитиаз.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УРОЛОГИЯ ИЛИМИЙ БОРБОРУНУН  
ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН ТАЖРЫЙБАСЫ**

**А.Ч. Усупбаев, Н.К. Монолов, А.Т. Адиев**

М.Т. Тыналиеватындагы урология жана андрология кафедрасы  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул изилдөөнүн максаты Республикалык урология илимий борборундагы оорулууларды ыкчам дарылоонун лапароскопиялык ыкмаларынын натыйжалуулугун көрүү болуп саналат.

Лапароскопиялык операциянын артыкчылыктары - андамертинүү аз болот, бейтаптардын операциядан кийинки калыбына келүү мөөнөтү бир кыйла кыскарат, ички органдарын бир эле убакта операция жасоо мүмкүндүгү жогорулайт.

**Негизгисөздөр:** ыйлакча, лапароскопиялыкдарылоо методу, уrolитиаз.

**EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC OPERATION  
OF THE REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTRE OF UROLOGY OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

**A.Ch. Usupbaev, N.K. Monolov, A.T. Adiev**

Department of Urology and Andrology named after M.T. Tinaliev  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The purpose of our research was studying efficiency of laparoscopic methods of a belly cavity surgery.

Advantages of laparoscopic operations are obvious - less traumatism, a significant reduction in postoperative complications and the terms of rehabilitation of patients, if necessary, the possibility of simultaneous surgery on the urinary tract.

**Key words:** kidneycyst, laparoscopic methods of treatment, urolitiasis.

**Введение.**

В урологической практике с внедрением новых методов лечения в последнее время стало возможным выполнение практически полного объема операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства [1-5,10-12]. При этом наиболее перспективным направлением минимально инвазивной хирургии в настоящее время считаются лапароскопические вмешательства, которые легче переносятся больными, со-

провожаются минимально выраженным послеоперационным болевым синдромом и небольшим числом клинически значимых осложнений [1,5,6-9]. Эти преимущества дополняются ранней активизацией пациентов, высоким косметическим и социально-экономическим эффектом [13-15].

В связи с чем целью нашего исследования явилось изучение эффективности лапароскопических методов лечения заболеваний органов



брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Материалы и методы**

Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лапароскопических вмешательств за период с 2008 по 2016 гг. у 163 больных. Из них иссечение кист почек у 30 (18,4%) больных, уретеролитотомия – 45 (27,6%), нефрэктомия у 5 (3,1%) пациентов, лапароскопическое иссечение кист яичников – у 16 (9,8%) больных, у 59 (36,2%) – лапароскопическая холецистэктомия и у 8 (4,9%) пациенток - восстановление проходимости маточных труб. В 15 случаях проводились симультанные операции в сочетании с иссечением кисты почки и лапароскопической холецистэктомии. Возраст пациентов варьировал от 24 до 80 лет (средний возраст составил 48,4±6,8 года). Из них мужчин было 66 (40,5%), женщин – 97 (59,5%).

На дооперационном этапе у 20 (66,7%) пациентов диагностировали одиночные простые кисты, у 8 (26,7%) – множественные, и у 2 больных (6,6%) были выявлены многокамерные кисты.

Локализация камней при уретеролитотомии: в верхней - 9 чел., средней - 3 чел. и нижней - 18чел. - трети мочеточника.

Показаниями к нефрэктомии явились терминальная стадия гидронефроза с потерей функции - у 2 больных, гипоплазия почки с артериальной гипертензией - 2 пациента, опухоль почки - 1 пациент.

Лапароскопическую холецистэктомию провели у 59 больных с диагнозом желчнокаменная болезнь, из них 15 (25,4%) больным - сочетанную операцию холецистэктомии и иссечения кист почек.

Кистэктомия яичников проведена у 16 (9,8%) больных, показаниями явились -эндометриоидные кисты - в 5 случаях, и у 11 больных большие размеры кист с риском их разрыва.

Причинами непроходимости маточных труб у 8 (4,9%) больных были воспалительные процессы и наличие спаечных изменений в органах малого таза (табл. 1).

Таблица 1

Виды лапароскопических вмешательств

Операция	Заболевание	Кол-во	Всего
Лапароскопическое иссечение кист почек	– простые кисты	20	30
	– множественные	8	
	– многокамерные	2	
Лапароскопическая уретеролитотомия	– Мочекаменная болезнь:		45
	– в верхней	14	
	– в средней	8	
	– в нижней трети мочеточника	23	
Лапароскопическая нефрэктомия	– Терминальная стадия гидронефроза с потерей функции	2	5
	– Гипоплазия почки с артериальной гипертензией	2	
	– Опухоль почки	1	
Лапароскопическая холецистэктомия	– Желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит	44	59
	– Симультанные (кисты почек+ЖКБ)	15	
Лапароскопическая кистэктомия яичников	– Эндометриоидные кисты	5	16
	– Большие размеры кисты с риском их разрыва	11	
Лапароскопическое восстановление проходимости маточных труб	– Непроходимость маточных труб вследствие воспалительных и спаечных процессов	8	8
<b>Всего</b>		163 больных	

Эндовидеохирургическое вмешательство из трансперитонеального доступа было выполнено 143 больным (87,8%), из ретроперитонеального – 20 (12,2%). В предоперационном периоде, кроме стандартных лабораторных исследований, паци-

ентам проводились ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография, гистеросальпингография, при необходимости КТ, а также консультация специалистов (гинеколог, терапевт, кардиолог). Тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной

систем явились противопоказанием к анестезиологическому пособию.

**Результаты**

Иссечение кисты почек произведено 30 (18,4%) пациентам. Показаниями к операции были постоянные боли в стороне поражения, рецидивирующий пиелонефрит, гематурия. Лапароскопическая операция осуществлялась трансабдоминальным и ретроперитонеальным доступами. Наибольшие технические сложности возникали при локализации кист в верхнем полюсе и относительно небольших их размерах у больных с выраженным слоем паранефральной клетчатки. После выделения кисты из окружающих тканей выполнялась ее пункция, иссекались ее стенки, отступая от края ткани почки примерно 0,5-0,7 см, затем зона операции дренировалась трубкой. Продолжительность операции составляла от 45 мин до 1 ч 50 мин. Средняя продолжительность операции составила 75±5,2 мин. Интраоперационных осложнений, конверсии и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность дренирования после операции 1-2 суток. Среднее время пребывания в стационаре после операции - 3 суток. Осложнений в данной группе не отмечалось.

При обструкции мочеточника конкрементом была выполнена уретеролитотомия у 45 пациентов. После мобилизации восходящей или нисходящей ободочной кишки из паранефральной клетчатки выделяли мочеточник вместе с конкрементом. Выше последнего для предупреждения миграции накладывали резиновый фиксатор. Мочеточник вскрывали косопоперечно и извлекали камень. Проподимость мочеточника проверяли тонким катетером.

Дефект мочеточника ушивали интракорпоральными узловыми швами, дренаж установили в забрюшинное пространство, брюшину восстановили эндокорпоральным швом. В 4 (8,9%) случаях операцию завершили стентированием мочеточника. Средняя продолжительность операции составила 73,6±4,3 мин. Срок госпитализации 5 суток. За время наблюдения у пациентов стриктура мочеточника не отмечена.

Лапароскопическую нефрэктомия выполнили 5 пациентам. Операцию осуществляли с использованием 4 троакаров - два 10 мм и два 5 мм. Длительность операции составила в среднем 163,4±5,6 мин. Препарат извлекли из брюшной полости через разрез до 5 см после его измельчения в контейнере. После операции осложнений не было. Больные выписаны на 7-8-е сутки из стационара.

У 15 пациентов резекция кисты правой почки произведена симультанно с лапароскопической холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита. Лапароскопические операции осуществлялись трансперитонеальным доступом. После вскрытия брюшины производили мобилизацию кисты, пункцию и эвакуацию ее содержимого, затем стенки кисты иссекались. Ложе кисты коагулировалось, затем дренировалось. Дренаж выводился через поясничную область, при симультантных операциях после закрытия дефекта брюшины эндоскопическим швом, приступали к холецистэктомии одним этапом по известной методике. Средняя продолжительность операции составила 95,0±5,0 мин. Сроки пребывания пациентов в стационаре от 3 до 5 суток (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лапароскопических вмешательств

Операции	Длительность операции	Осложнения (интра- послеоперационные)	Длительность пребывания в стационаре
Лапароскопическое иссечение кист почек	75±5,2 мин	-	3 суток
Лапароскопическая уретеролитотомия	73,6±4,3 мин.	-	5 суток
Лапароскопическая нефрэктомия	163,4±5,6 мин	-	7-8 суток
Лапароскопическая холецистэктомия	70,3±4,3	В 3 случаях проведена открытая холецистэктомия, так как при эндоскопической ревизии были обнаружены выраженные спаечные процессы	4 суток

Лапароскопическое иссечение кист почек в сочетании с лапароскопической холецистэктомией	95±5,0 мин.	-	3-5 суток
Лапароскопическая кистэктомия яичников	53±4,3мин	-	2-4 суток
Лапароскопическое восстановление проходимости маточных труб	47±3,7 мин	-	2 суток

Лапароскопическое иссечение кист яичников выполнено 6 (3,7%) пациентам. Средняя продолжительность операции составила 53±4,3 мин. Через сутки после операции пациенты активизировались, а на 2-4-е сутки выписывались из стационара.

При проведении лапароскопического вмешательства по поводу непроходимости маточных труб, в матку вводили маточную канюлю, с помощью которой во время операции производилось смещение матки. В нижний край пупочного кольца вводилась игла Вереша и создавался пневмоперитонеум. После извлечения иглы Вереша в брюшную полость вводили 11мм троакар для телескопа. В левой и в правой подвздошной области вводились 5мм троакары для инструментов. Маточную трубу или яичник подхватывали атравматическим зажимом, зажимом для полых органов и смещали, по возможности, вверх и тем самым натягивали спайки. Если спайки были без крупных сосудов, они пересекались ножницами. Если спайки с сосудами, они предварительно коагулировались монополярным или биполярным коагулятором, а затем пересекались ножницами. Отсеченные спайки, в обязательном порядке, извлекали из брюшной полости. Средняя продолжительность операции составила - 47±3,7 мин. Сроки пребывания в стационаре после операции -2 суток.

Лапароскопическая холецистэктомия произведена 59 пациентам, средний возраст составил 51,3±4,8 лет из них 11 (18,6%) больных мужчины и 48 (81,4%) - женщины. Лапароскопические операции осуществлялись трансперитонеальным доступом под общим обезболиванием. Подпеченочное пространство дренировалось, дренаж выводился через контрапертуру. Средняя продолжительность операции 70,3±4,3 мин. Срок госпитализации 4 суток. У 3 (5,1%) больных была произведена обычная холецистэктомия, так как при эндоскопической ревизии был обнаружен выраженный спаечный процесс.

**Выводы:**

Преимущества лапароскопических операций очевидны – меньшая травматичность, значительное сокращение послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных, при необходимости возможность проведения симультанной операции на органах брюшной полости. Создание специализированного отделения, подготовка кадров и совершенствование лапароскопической техники позволяет значительно расширить объем оперативных вмешательств в урологии.

Преимущества одномоментной эндовидеохирургической коррекции сочетанных патологий у пациентов урологического профиля, отсутствия влияния сочетанного этапа на частоту развития интра- и послеоперационных осложнений, тяжесть и течение послеоперационного периода позволяют рекомендовать эти вмешательства к внедрению в клиническую практику.

**Литература:**

1. Кадыров З.А., Самко А.А., Гурбанов Ш.Ш. и др. Эндовидеохирургические методы иссечения простых кист почек. // Экспериментальная и клиническая урология.-2010.- №3. С. 62-65.
2. Лялов К.В., Стойко Ю.М., Лосев С.В. и др. Наш опыт применения лапароскопических операций в урологии. //Эндоскопическая хирургия, приложение. -2003.-С. 94-95.
3. Минин О.Г., Зайцев А.Н., Сауткин К.М. Наш начальный опыт лапароскопического лечения урологических операций. //Эндоскопическая хирургия, приложение. -2003.-№3. –С. 101-105.
4. Руководство по урологии /Под ред. Н. А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998.– Т. 3.– 765 с.
5. Brown J.A., Hubosky S.G., Gomella L.G. et al. Hand assisted laparoscopic partial. Nephrectomy for peripheral and central lesions: a review of 30 consecutive cases. // J. Urol. (Baltimore) 2004; 171: P.1443-1446.
6. Fahlenkamp D, Rassweiler J, Fornara P, Frede T, Loening SA. Complications of laparoscopic procedures in urology: experience with 2,407 procedures at 4 German centers. J Wu/1999; 162: 765-71.

7. Gaston K.Z., Moore D.T., Pruihi R.S. et al. Hand-assisted laparoscopic nephrectomy: prospective evaluation of the learning curve. //J. Urol. (Baltimore) 2004; 171: P.63-67.
8. Healy KA, Ogan K. Nonsurgical management of urolithiasis: an overview of expulsive therapy. J Urol 2005; 19:759-67.
9. Krecher K.W., Hensford B.T., Matthews B.D. et al. Laparoscopic vs open nephrectomy in 210 consecutive patients. Outcomes, cost, and changes in practice patterns. //Surg. Endosc. 2003; 17: P.1889-1895.
10. Lee S.Z., Kwak C et al. Hand assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison with open radical nephrectomy.//J. Urol. (Baltimore) 2003; 170: P.756-759.
11. Lotan Y., Duchene D.A., Cadeddu J.A. et al. Cost comparison of hand assisted laparoscopic nephrectomy and open nephrectomy: analysis of individual parameters. //J. Urol. (Baltimore) 2003; 170: P.752-755.
12. Munver R., Del Pizzo J., Sosa E. The advantages of hand-assisted laparoscopy // Endourology. 2004; 5:P.100-107.
13. Nakada S.K., Fadden P., Jarrard D.F., Moon T.D. Hand-assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison to open radical nephrectomy. //Urology 2001; 58: P.517-520.
14. Patel V.R., Leveillee R.J. Hand-assisted laparoscopic nephrectomy for stage T1 and large stage T2 renal tumors. //J. Endourol.2003; 17 (6): P.379-383.
15. Posner M C., Alverdy J. Hand-assisted laparoscopic surgery for cancer. //Cancer J. 2002; 8 (2): P.144-153.



**НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ**

**К.А. Узакбаев<sup>1</sup>, И.М. Штрафун<sup>2</sup>, Б.И. Эсембаев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Национальный Центр Охраны Материнства и Детства,

<sup>2</sup> Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра факультетской педиатрии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проведена оценка состояния нервной системы у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря и ее влияние на тип дисфункции мочевого пузыря.

**Ключевые слова:** нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, дети, нервная система.

**БАЛДАР ТАБАРСЫГЫНЫН НЕЙРОГЕНДИК ДИСФУНКЦИЯСЫ**

**К.А. Узакбаев<sup>1</sup>, И.М. Штрафун<sup>2</sup>, Б.И. Эсембаев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Эне жана баланы коргоо улуттук борбору

<sup>2</sup> И.К. Ахунбаев атандагы Кыргыз мамлекеттик академиясы  
Бишкек ш., КыргызРеспубликасы

**Корутунду.** Табарсыктын нейрогендик дисфункциясы менен ооруган балдардын нерв системасынын абалын баалоо жана табарсык дисфункциясынын тибине анын таасири өткөрүлдү.

**Негизги сөздөр:** табарсыктын нейрогендик дисфункциясы, балдар, нерв системасы.

**NEUROGENIC DYSFUNCTION OF URINARY BLADDER IN CHILDREN**

**K.A. Usakbaev<sup>1</sup>, I.M. Shtrafun<sup>2</sup>, B.I. Esembaev<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> National Center for Maternal and Child Welfare

<sup>2</sup> Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** It is assessed the condition of the nervous system in children with neurogenic dysfunction of urinary bladder and the influence on the type of dysfunction of urinary bladder.

**Key words:** neurogenic dysfunction of urinary bladder, children, nervous system.

**Актуальность.** Нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря (НДМП) трудно отнести к просто болезни, она является целым комплексом нарушений процесса мочеиспускания, обусловленными врожденными или приобретенными повреждениями нервной системы [3]. Частота НДМП в детском возрасте, по данным разных авторов, колеблется от 2,5 до 30% [5]. На сегодняшний день НДМП в структуре заболеваний детской урологии занимает 2 место. Социальная значимость этого заболевания определяется резким снижением качества жизни ребенка, отрицательным влиянием на формирование личности и характера, что затрудняет адаптацию больных в обществе [1-2]. Психоэмоциональная адаптация детей с НДМП конкурирует с ее ролью в развитии и поддержании вторичных изменений мочевыводящей системы (рецидивирующего хронического цистита, пузырно-мочеточникового рефлюкса, уретерогидронефроза, пиелонефрита, приводящих к нефросклерозу, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности и ранней инвалидизации), сопровождающих

это заболевание по данным литературы более чем в 30% случаев [1-4].

**Материалы и методы исследования**

Под нашим наблюдением в период с ноября 2016 года по февраль 2017 года, в отделении урологии НЦОМид находились 133 ребенка с НДМП в возрасте от 3 до 15 лет (63 мальчика и 70 девочек): от 3 до 7 лет было 39 детей, от 8 до 11 лет – 55, от 12 до 15 лет – 39 детей, данные представлены на диаграмме (рисунок 1).

Всем детям проводилось общеклиническое урологическое обследование, включая урофлоуметрию и ведение дневника ритма мочеиспусканий, по показаниям проводились цистоскопия, экскреторная урография, МРТ почек.

Наряду с урологическим обследованием всем детям проводилось комплексное неврологическое обследование с использованием реоэнцефалографии, электроэнцефалографии, рентгенологического исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях, по показаниям МРТ позвоночника.

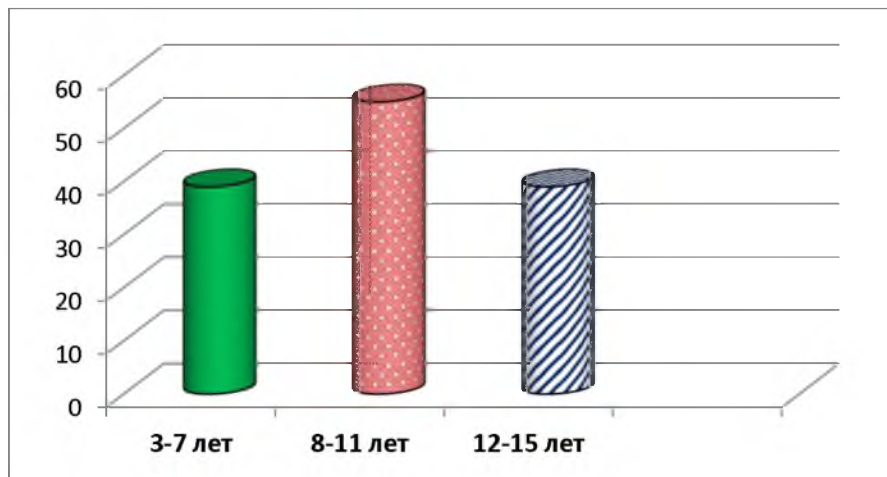


Рис. 1. Возрастной состав детей с НДМП.

**Результаты и их обсуждение**

В возрастной группе преобладали дети от 8 до 11 лет, что составило 55 человек (41,3 %), тогда как в возрастных группах 3-7 лет и 12- 14 лет преобладания в соотношении не отмечалось, соответственно по 39 человек (29,3%),  $p < 0,05$ .

В структуре уровня поражения нервной системы доминировали церебральный уровень поражения у 59 детей (44,4%), пояснично-крестцовый у 35 детей (26,3%) и сочетанный у 25 детей

(19%), ( $p < 0,01$ ) (таблица 1). Среди церебрального уровня поражения преобладали резидуальная энцефалопатия у 35(59,3%) детей и вегетативная дистония у 14(24%) детей, перинатальная энцефалопатия составила 10 (17%) случаев.

При топике поражения пояснично-крестцового уровня –Spina bifida диагностирована у 19 (54%) детей, грыжа Шморля у 5 детей (14,2%), протрузия дисков L4-S1 у 6 детей (17%), дискоз L2-L5 у 5 детей (14,2%).

Таблица 1

Распределение больных по уровню поражения нервной системы

Уровень поражения	абс.	%
Церебральный	59	44,4
Цервикальный	3	2,3
Пояснично-крестцовый	35	26,3
Невротические состояния	11	8
Сочетанный	25	19
Всего	133	100

При оценке функционального состояния мочевого пузыря в зависимости от уровня поражения нервной системы (таблица 2), гиперрефлексия преобладала при церебральном уровне поражения у 46 детей (77,3%), а гипорефлексия у 85% детей с пояснично-крестцовым уровнем поражения

( $p < 0,05$ ). При сочетанном уровне поражения разницы в преобладании гиперрефлексии над гипорефлексией не выявлено ( $p < 0,02$ ). На фоне невротических состояний у 91% детей и цервикальном уровне поражения 66,7% детей доминировала гиперрефлексия ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

Уродинамические показатели при НДМП в зависимости от уровня поражения нервной системы

Уровень поражения НС	Норморефлексия	Гиперрефлексия	Гипорефлексия
Церебральный (n=59)	13(22%)	46(77,3%)	-
Цервикальный (n= 3)	1(33,3%)	2(66,7%)	-
Пояснично-крестцовый (n= 35)	5(14,2%)	-	30 (85%)
Невротические состояния (n=11)	1(9%)	10(91%)	-
Сочетанный (n=25)	3(12%)	12 (48%)	10(40%)

### **Выводы:**

1. Частота встречаемости НДМП у детей преобладает в возрастной группе 8-11 лет ( $p < 0,05$ ).

2. В структуре уровня поражения нервной системы при НДМП доминируют церебральный уровень поражения у 59 детей (44,4 %) и пояснично-крестцовый у 35 детей (26,3%) ( $p < 0,01$ ).

3. Гиперрефлекторный тип НДМП преобладает при церебральном уровне поражении нервной системы, гипорефлекторный тип НДМП - при пояснично-крестцовом уровне поражения ( $p < 0,05$ ).

### **Литература:**

1. Казанская И.В., Отпущенкова Т.В. Энурез: причины, диагностика // Вопросы современной педиатрии. - 2003.- т.2, № 6.- С. 58- 66.
2. Ковач Л., Панченко Е.Л. Новый взгляд на старую проблему// Педиатрия. - 2008.- № 3.- С. 56-61.
3. Павлов Ф.Ю., Ромих В.В., Москалева Н.Г. Дисфункции мочевого пузыря у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии // Педиатрия. - 2015. - Т.86, № 5.- С. 51-53.
4. Ситко Л.А., Пискланов А.В. К патогенезу некоторых форм нарушения функции тазовых органов у детей // Педиатрия. -2010.- № 2- С.32-34.
5. Austin P.F., Homsy Y.L., Masel J.L. Children with neurogenic dysfunction bladder//J. Urol.- 2015.- Vol. 162, № 3.- Pt. 2.- P. 1064-1067.

**ПЛАСТИКА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ  
С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, Р.Е. Кузубаев<sup>1</sup>, Р.М. Курбаналиев<sup>1</sup>, М.Б. Абдыкалыков<sup>2</sup>,  
М.К. Байсалов<sup>1</sup>, Асилбек уулу У.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кафедра урологии и андрологии до- и последиplomного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева,

<sup>2</sup> Кафедра специализированной хирургической помощи

Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлены результаты хирургического лечения 96 больных с проксимальными формами гипоспадии, в возрасте от 3 до 26 лет. Всех больных (96) мы разделили на три группы: 1-я группа 30 больных произведена операция буккальная уретропластика в модификации клиники, 2-я 35 пациентов оперированные методом Дюплея и 3-я группа 31 больных оперированные методом Ландерера. При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов это: свищи уретры, рост волос в просвете уретры, уретрит и в отдаленном послеоперационном периоде встречалось психогенная эректильная дисфункция. Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплея и Ландерера, в сравнении с операцией буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Ключевые слова: уретропластика, гипоспадия.

**АРТКЫ ГИПОСПАДИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН УРЕТРАПЛАСТИКАСЫ**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, Р.Е. Кузубаев<sup>1</sup>, Р.М. Курбаналиев<sup>1</sup>, М.Б. Абдыкалыков<sup>2</sup>,  
М.К. Байсалов<sup>1</sup>, Асилбек уулу У.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
дипломго чейинки жана кийинки урология жана андрология кафедрасы,

<sup>2</sup> Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,  
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада 3 жаштан 26 жашка чейинки курактагы арткы гипоспадия менен жабыркаган 96 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Бардык бейтаптар (96) үч топко бөлүндү: 1-топтогу 30 бейтапка буккалдык уретропластика ыкмасы колдонулган, 2-топто 35 бейтапка Дюплея жана 3-топто 31 бейтапка Ландерер ыкмасы колдонулган. 3-топтогу бейтаптардын кабылдоолорун анализ кылууда төмөнкүлөр аныкталды, эрте жана кеч операциядан кийинки кабылдоолор кездешти. Биздин бейтаптарда кездешкен негизги кабылдоолор булар: уретранын свищи, уретранын ичине жүн өсүү, уретрит жана кечки операциялык мезгилде психогендүү эректилдик дисфункция. Гипоспадия оорусун дарылоодо 3 хирургиялык ыкмасын колдонуп биз буккалдык уретропластикага салыштырмалуу Дюплея жана Ландерер ыкмаларында көбүрөөк кабылдоолорду кездештирдик.

**Негизги сөздөр:** уретропластика, гипоспадия.

**URETHRAL PLASTIC IN PATIENTS WITH PROXYMAL FORMS OF HYPOSPADIAS**

**A.Ch. Usupbaev<sup>1</sup>, R.E. Kuzebaev<sup>1</sup>, R.M. Kurbanaliev<sup>1</sup>, M.B. Abdykalykov<sup>2</sup>,  
M.K. Baisalov<sup>1</sup>, Asylbek uulu U.<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup> Department of Urology and Andrology of the Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

<sup>2</sup> Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute  
for Advanced Training and Retraining,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** In the work were presented the results of surgical treatment of 96 patients with paroxysmal forms of hypospadias, aged from 3 to 26 years. Of all patients, we divided into 3 groups: the first group of 30 patients was operated with the method of buccalurethroplasty in the modification of the clinic, the second group of 35



patients was operated by the Dupley method and the third group of 31 patients were operated using the Landerer method. In the analysis of complications in 3 groups of patients, the next were established, we noted both early and late postoperative complications. The main complications that have been observed in patients are: urethral fistulas, hair growth in the urethral lumen, urethritis and the remote postoperative period there was psychogenic erectile dysfunction. Summing up the evaluation of the results of surgical treatment of hypospadias, it is important to note the next. Using three techniques for surgical correction of hypospadias, we obtained a significantly greater number of complications in the Dupley and Landerer operation compared with the operation of buccalurethroplasty with the use of a continuous screw-in sealed joint.

**Keywords:** Urethroplasty, Hypospadias.

### Введение

Гипоспадия является актуальной проблемой в урологии, поскольку частота данной патологии в последние годы значительно увеличилась, а их клинические проявления характеризуются тяжестью течения, нарушением качества жизни, ранней инвалидизацией больных [8,9].

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. Частота встречаемости гипоспадии, прежде всего, зависит от формы последней. В настоящее время порок встречается 1: 150, 1: 200 новорожденных мальчиков [1,11].

Причины, приводящие к гипоспадии являются многофакторными: генные мутации, эндокринные факторы и экологические факторы, действующие на плод в период развития мочеполовой системы с 7 по 14 неделю эмбрионального развития [4,6].

Лечение гипоспадии остается одним из сложных и до конца не решенной проблемой в урологии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, но при изучении результатов хирургического лечения гипоспадии по данным зарубежных и отечественных хирургов показала, что осложнения в послеоперационном периоде достигает 50 % и более [2,3].

К настоящему времени известно около 300 методов уретропластики. При знакомстве с многочисленными оперативными методами можно убедиться, что многие из них представляют лишь модификации какой-либо известной уретропластики [5, 7, 10].

### Материалы и методы

В период с 2004 по 2015 годы в Республиканском Научном Центре Урологии при НГ МЗ КР наблюдали 96 пациентов с гипоспадией, ввоз-

расте от 3 до 26 лет. Критерии включения: мальчики со стволовой, стволо-мошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. Критерием исключения было наличие у пациента головчатых форм гипоспадии. Всех больных (96) мы разделили на три группы. В первую вошли 30 пациентов, оперированные по новой методике - буккальная уретропластика с применением непрерывного герметичного вворачивающегося шва. Вторую группу составили пациенты (35), оперированные по методике Дюплея и третью группу (31) составили пациенты, оперированные по методике Ландерера.

Среди пациентов всех групп: 76 пациентов (79,1%) - первичные больные, ранее оперированы в других лечебных учреждениях с неудовлетворительным результатом – 20 (20,8%) пациентов. В первой группе ранее одну и более операций перенесли 14 пациентов, во второй группе все 35 больных были первичные и в третьей группе 6 чел. - рецидивные больные, которым произведена ранее одна и более операций.

Предоперационное обследование пациентов не отличалось от общепринятых исследований для плановых хирургических вмешательств. Пациентам, которым предстояла операция буккальная уретропластика, была назначена консультация стоматолога. В послеоперационном периоде проведены уродинамические исследования, ретроградная уретрография.

### Анализ результатов оперативного лечения.

Оценка результатов уретропластики в раннем послеоперационном периоде проводили с момента операции до 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде от 1,5 года до 2 лет, где частота встречаемости послеоперационных осложнений указана на рис. 1.



Рис. 1. Частота встречаемости послеоперационных осложнений.

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Следует отметить, что общее

число осложнений было выше в раннем послеоперационном периоде.

Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов показано в таблице 1.

Таблица 1

Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнения	1 группа	2 группа	3 группа
Уретрит		3 (8,5%)	2 (6,4%)
Свищи уретры	3 (10%)	5 (14,2%)	3 (9,6%)
Рост волос в уретре			2 (6,4%)
Эректильная дисфункция	2 (6,6%)	3 (8,5%)	1 (3,2%)

#### Отдаленные результаты хирургической коррекции пациентов с гипоспадией.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 года до 2 лет у 80 (83,3%) пациентов. В основной группе отдаленные результаты прослежены, у 27 (90%) пациентов, во второй группе 28 (80%) пациентов, в третьей группе у 25 (80,6%)

пациентов. Все пациенты, пришедшие на контрольный осмотр, прошли амбулаторное обследование.

При контрольном обследовании оценивали косметические результаты реконструктивной операции, проводили уродинамические исследования, восходящую уртрографию (рис. 2-3) и проверяли эректильную функцию.

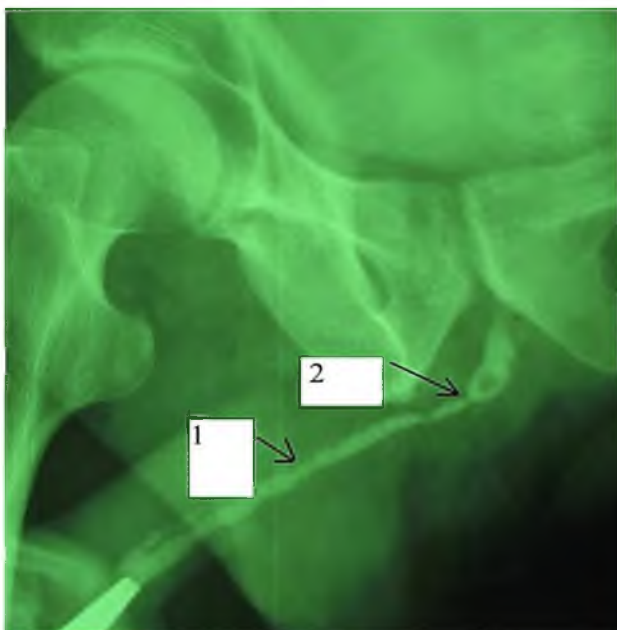


Рисунок 2. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

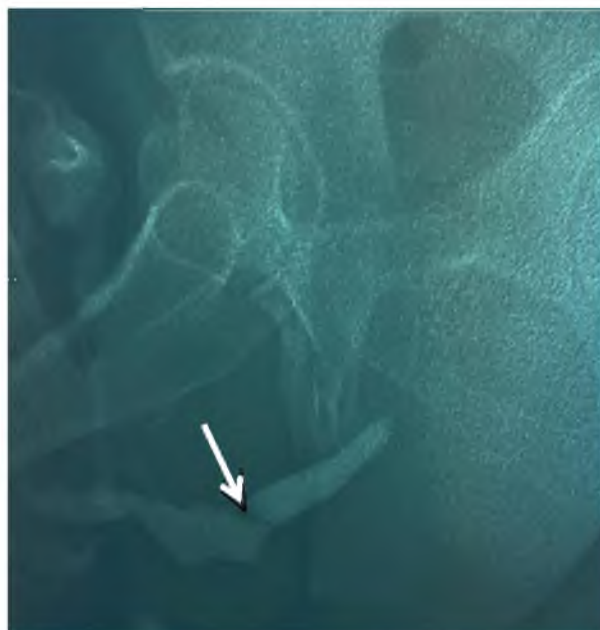


Рисунок 3. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

Косметические результаты у пациентов оценивали объективным критерием внешнего вида полового члена, производимым хирургом.

Как видно из таблицы 2, наиболее высокий косметический результат получен у пациентов первой группы, которым произведена операция буккальная уретропластика по нашей методике.

Таблица 2

Косметический результат операции

Группы больных	Косметический результат операции			Всего
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1-я группа(N-30)	11(40,7%)	16(59,2%)		27
2-я группа(N-35)	5(17,8%)	23(82,1%)		28
3-я группа(N-31)	6(24%)	19(76%)		25

При обследовании у 2 (6,4%) пациентов, которым в качестве пластического материала использовали кожу мошонки в отдаленном послеоперационном периоде (1,5-2 года) встречали характерное осложнение для этой группы пациентов - рост волос в просвете уретры. Комок волос в просвете уретры у этих пациентов нарушал акт мочеиспускания, и требовал эндоскопического удаления. После эндоскопической коррекции у пациентов свободное мочеиспускание восстановилась.

Эректильную функцию изучали у 35 пациентов в возрасте от 16 до 26 лет. Пациенты первой

(основной) группы, оперированные по предложенному нами методике составило 19 больных и пациенты контрольных групп оперированные по методу Duplay 7 пациентов и оперированные методом Ландерера 9 больных. Состояние эректильной функции оценивали с использованием анкеты МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции-5). Частота возникновения эректильной дисфункции представлено в таблице 3.

Частота возникновения эректильной дисфункции

Группы	Степени эректильной дисфункции			
	Тяжелая 10 баллов	Умеренная 11-15 баллов	Легкая 16-20 баллов	Норма 21-25баллов
Первая (основная)			2(6,6%)	
Вторая группа			3(8,5%)	
Третья группа			1(3,2%)	

Пациенты с эректильной дисфункцией были обследованы, у них ночные спонтанные эрекции не изменены. У пациентов наблюдались эмоциональные расстройства, в виде страха неудачи, стыд перед половым актом, из-за перенесенной ранее операции и это был пусковым звеном эректильной дисфункции.

В связи выше изложенным, мы пришли к выводу, что вид операции не оказывает влияния на эректильную функцию.

Функциональный результат оценивали путем проведения урофлоуметрии, где показатели максимальной скорости мочеиспускания во всех группах были в пределах минимального значения номограммы, только у 2 пациентов, у которых наблюдался рост волос в просвете неоуретры отмечался обструктивный тип урофлоуметрии.

#### Заключение

Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплей и Ландерера, в сравнении с предложенной нами операцией буккальной уретропластики.

Учитывая полученные данные, предложенная нами буккальная уретропластика является операцией выбора при хирургической коррекции гипоспадии.

#### Литература:

1. Каганцов И.М. Модификация пластики уретры тубуляризированной рассеченной уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей // Андрол. и генитал. хир. - 2010. - №4. - С. 87-91.
2. Москалева Н., Рудин Ю., Яровой С. Лечение гипоспадии у детей // Врач. 2013. - №1. С. 8-12.
3. Шарабидзе Г.Г. Пред- и послеоперационное лечение мальчиков с гипоспадией // Автреф. УФА-2010. С. 23.
4. Эсембаев Б.И. Методы отведения мочи уретральным способом у детей с гипоспадией // Вестник КГМА. 2013. - №4. С.46-48.
5. Baskin L.S. Hypospadias: a critical analysis of cosmetic outcomes using photography. Br. J. Urol. Int. 2001; 87: 534—9.-
6. Baskin L.S., Erol A., Li Y. et al. Urethral seam formation and hypospadias. Cell Tissue Res. 2001; 305: 379-87.
7. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G. et al. One-stage and multi-stage penile urethroplasty in 60 adult patients after failed hypospadias repair: comparison between penile skin and buccal mucosa grafts // J. Urol. 2005. Vol. 173. P. 89 (abs. 322).
8. Belman A. B. Hypospadias and chordee. Clinical pediatric urology. – Martin Dunitz, 2002. P. 1061–1092.
9. Laurence S., Baskin L.S., Michele B. Ebbers Hypospadias: anatomy, etiology, and technique. J. Pediatr. Surg. 2006; 41 (3): 463-72.
10. Snodgrass W., Villanueva C., Bush N.C. Duration of follow-up to diagnose hypospadias urethroplasty complications // J. Pediatr. Urol. 2014. Vol. 10 (2). P. 208-211.
11. Tsutomu, Ogata. A New Gene Involved in Hypospadias / Ogata Tsutomu, Jocelyn Laporte, Maki Fukami // HO RMONE RESEA RCH. - 2009. - Vol; 71:245-252.



**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**А.Т. Токтомушев, М.Ж. Сулайманов, Б.М. Ибраев**  
НЦО МЗ КР, отделение онкоурологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной статье обсуждается состояние заболеваемости и смертности больных раком предстательной железы в Кыргызской Республике. Выявлено, что при низкой заболеваемости РПЖ, отмечается высокая смертность больных РПЖ. Более 2/3 первично выявленных больных раком предстательной железы зарегистрированы в III-IV стадии опухолевого процесса. Появление в стране простат-специфического антигена (ПСА) привело к повышению выявляемости больных с I-II стадией заболевания. В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга рака предстательной железы. Применение скрининга в Кыргызстане создаст условия для активного выявления больных раком предстательной железы, что приведет к росту числа пациентов с начальными стадиями заболевания.

Таким образом, для улучшения результатов лечения РПЖ необходимо выявление пациентов с ранними стадиями РПЖ. Встает вопрос об активном поиске данной категории больных.

**Ключевые слова:** Предстательная железа, рак предстательной железы.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА УРУК БЕЗИНИН РАК ДАРТЫНЫН  
ТАРАЛЫШЫ ЖАНА УРУК БЕЗИНИН РАК ДАРТЫНАН БОЛГОН ӨЛҮМ**

**А.Т. Токтомушев, М.Ж. Сулайманов, Б.М. Ибраев**  
КР ССМ УОБ, онкоурология бөлүмү,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Бул макалада Кыргыз Республикасында урук безинин рак дартынын таралышы жана урук безинин рак дартынан каза болуу маселеси каралат. УБР ооругандар аз болгонуна карабастан, УБР менен жабыркаган бейтаптардын өлүмү жогору болуп жатканы белгилүү болду. Урук безинин рак дарты аныкталган оорулуулардын 2/3 бөлүгүнөн ашыгы шишик процессинин III-IV баскычында катталат. Өлкөдө урук безинин-өзгөчө антигени (УБӨА) пайда болуп, оорунун I-II баскычы менен жабыркаган адамдарды аныктоо мүмкүнчүлүгү жогорулады. Республикада урук безинин рак дартына скрининг жүргүзүү үчүн бардык шарттар жана мүмкүнчүлүктөр бар. Кыргызстанда скринингди колдонуу урук безинин рак дарты менен ооругандарды активдүү аныктоо үчүн шарт түзөт, бул болсо оорунун баштапкы баскычтарында дарты аныкталган рак менен жабыркаган адамдардын санын көбөйтүүгө алып келет. Демек, УБР дарылоонун натыйжасын жакшыртуу үчүн УБР дартынан жабыркагандарды оорунун алгачкы баскычтарында аныктоо зарыл. Бул категориядагы оорулууларды активдүү издеп, аныктоо маселеси жаралууда.

**Негизги сөздөр:** Простата беши, простата безинин залалдуу шишиги.

**PREVALENCE AND MORTALITY RATE OF PROSTATE CANCER  
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**A.T. Toktomushev, M.Zh. Sulaymanov, B.M. Ibraev**  
National Center of Oncology of the Ministry of Health KR, department of oncology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** This article discusses the state of morbidity and fatality of patients with prostate carcinoma in the Kyrgyz Republic. It is identified, that there is high level of fatality along with low morbidity of prostate carcinoma. More than 2/3 of initially detected carriers of prostate carcinoma are registered in III-IV stage of neoplastic process. Introduction of prostate-specific antigen (PSA) in the country led to increase of the level of patients with I and II stage of illness. In Kyrgyzstan, there are all pre-conditions and possibilities for carrying out the screening of prostate carcinoma. Application of screening in Kyrgyzstan creates condition for active detection of patients with prostate carcinoma, in this turn it will lead to growth of number of patients with early stages of illness. Thus, in order to improve the results of treatment of prostate carcinoma, it is necessary to detect patients with early stages of prostate carcinoma. Therefore, this poses the question of active search of this category of patients.

**Keywords:** Prostate, prostate cancer.

**Введение**

Рак предстательной железы (РПЖ) - злокачественная опухоль, которой с каждым годом уделяется все больше внимания. Это обусловлено тем, что быстрыми темпами увеличивается заболеваемость, особенно у мужчин пожилого возраста.

Ежегодно в мире выявляется до 396 тыс., случаев РПЖ, что в структуре онкологической заболеваемости мужчин составляет 9,2%. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2-3 место после рака легких и желудка, а в США - на первое место. В связи с увеличением продолжительность жизни имеется общемировая тенденция к старению населения, при этом отмечается и рост заболеваемости. Причины развития РПЖ неизвестны.

Следует отметить, что в мире заболеваемость РПЖ имеет значительные географические и этнические различия.

Наиболее высокие показатели заболеваемости РПЖ самые высокие в таких странах как – США, Канада, Бразилия, Швеция, Австралия. Относительно высокие показатели отмечены в Африке. Низкие показатели регистрируются в странах Восточной Азии – Китай, Япония.

Внедрение в клиническую практику гормональных препаратов нового поколения открыло новую эру в лечении РПЖ, даже в запущенных случаях.

Вместе с тем смертность от РПЖ среди прочих онкологических заболеваний занимает второе место после рака легкого. Частота латентно протекающего рака одинакова во всех странах.

Исследований посвященных изучению для улучшения ранней диагностики больных РПЖ в Кыргызстане нет.

Для диагностики РПЖ в первую очередь принято проводить три необходимых исследования:

1. Определение уровня простат специфического антигена (ПСА).
2. Пальцевое исследование предстательной железы.
3. УЗИ предстательной железы, при необходимости – одновременно с биопсией.

ПСА имеет большое значение не только для диагностики, но и лечения, прогноза больных РПЖ. В 1987 г. Stamey предложил использовать ПСА как опухолевый маркер РПЖ, так как данный маркер коррелирует с объемом опухолевого узла или местной распространенностью процесса и может быть использован для ранней диагностики рака простаты [1].

В скрининговых программах для всех возрастных групп традиционно используют пороговый уровень ПСА – 4нг/мл [2].

Увеличение уровня ПСА до 20нг/мл и выше является высоко специфичным для РПЖ даже при нормальных результатах пальцевого ректального исследования.

С появлением в клинической практике ПСА открылась новая эра в диагностике и лечении РПЖ. В 1991 г. Catalona W.J. предложил использовать ПСА как тест для скрининга РПЖ с верхней границы нормы 4,0 нг/мл [1].

**Пальцевое исследование предстательной железы.** Самый простой и безопасный метод диагностики РПЖ. Однако результаты исследования во многом зависят от размера опухоли и ее локализации. Результаты пальцевого ректального исследования во многом являются субъективным и зависит от квалификации врача. В связи с этим, диагностическая ценность данного исследования сильно различаются в разных медицинских учреждениях [1].

**УЗИ предстательной железы.** УЗИ нашло широкое применение в диагностике многих заболеваний предстательной железы, в том числе и РПЖ. С наибольшей достоверностью определить опухолевое поражение предстательной железы возможно при массивном опухолевом поражении (Т3-4). В начальных стадиях (Т1-2) при УЗИ выявить прямые и косвенные признаки опухоли довольно трудно [1].

**Скрининг** (от англ. screening – отбор, сортировка) – стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции.

Цель скрининга - возможно раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности. Несмотря на то, что скрининг способствует ранней диагностике, не все скрининговые методы демонстрируют однозначную пользу. Среди нежелательных эффектов скрининга – возможность гипердиагностики или ошибочной диагностики, создание ложного чувства уверенности в отсутствии болезни. По этим причинам скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности.

Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определённой категории (например, все дети одного возраста) и выборочный (селективный) скрининг, применяемый в группах риска (например,

скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания).

В государствах постсоветского пространства для обозначения скрининга использовался термин диспансеризация. С 2013 года диспансеризация всего населения Российской Федерации войдет в систему обязательного медицинского страхования.

Различные скрининговые исследования применяются для возможно ранней диагностики злокачественных новообразований. В числе достаточно достоверных скрининговых тестов онкологической направленности считаются: Папаниколау – для выявления потенциально предраковых изменений и профилактики рака шейки матки; маммография – для выявления случаев рака молочной железы; колоноскопия – для исключения колоректального рака; определение уровня ПСА – для выявления рака предстательной железы мужчин.

Медицинское оборудование для скрининга зачастую отличается от оборудования, применяемого в клинической диагностике. Целью скрининга является лишь обнаружение/исключение заболеваний у клинически бессимптомных лиц, в отличие от обследования заведомо больных, направленного на оценку характера и выраженности патологического процесса. В связи с этим, оборудование для скрининга может быть менее точным, чем диагностическое.

Скрининг имеет преимущества, позволяя выявлять заболевания в их ранних, бессимптомных стадиях, на которых лечение более эффективно, но, как и любые другие медицинские исследования, скрининговые методы не являются совершенными. Результаты скрининга могут быть как ложно-положительными, указывая на наличие в действительности отсутствующей болезни, так и ложно-отрицательными, не обнаруживая существующую болезнь; решение о необходимости скрининга принимается путём взвешивания этих факторов.

- Скрининг требует затрат на медицинские ресурсы на фоне того, что большинство обследованных лиц оказываются здоровыми;

- Наличие нежелательных эффектов скрининга (тревога, дискомфорт, воздействие ионизирующего излучения или химических агентов);

- Стресс и тревога, вызванные ложно-положительным результатом скрининга;

- Ненужные дополнительные исследования и лечение лиц с ложно-положительным результатом;

- Психологический дискомфорт, обусловленный более ранним знанием о собственном заболевании, особенно в случае невозможности излечения;

- Ложное чувство безопасности, вызванное ложно-отрицательным результатом, которое может отсрочить постановку диагноза.

### Принципы скрининга

Целесообразность введения скрининга населения связана с рядом вопросов, обозначенных выше. Хотя проведение некоторых скрининговых тестов не выгодно, в целом массовые скрининговые обследования обеспечивают повышение уровня здоровья населения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1968 году разработала руководство по принципам скрининга, до сих пор не утратившее актуальность. Основные положения:

1. Заболевание должно представлять важную медицинскую проблему.

2. Должно существовать лечение заболевания.

3. Возможности диагностики и лечения заболевания должны быть доступны.

4. Заболевание должно иметь скрытый период.

5. Для заболевания должен существовать метод исследования.

6. Метод исследования должен быть приемлем для использования в популяции.

7. Необходимо адекватно понимать естественное течение болезни.

8. Должна существовать согласованная политика в необходимости лечения.

9. Экономические расходы на выявление случаев заболевания должны быть сбалансированы с общим объёмом расходов.

10. Скрининг должен осуществляться непрерывно.

**Цель данного исследования** - научно обосновать и разработать мероприятия по раннему выявлению больных РПЖ на основе медико-статистических показателей.

### Материалы исследования

Материалом для исследования послужили медицинская документация больных раком простаты получивших медицинское лечение в условиях НЦО МЗ КР, НГ МЗ КР или в других медицинских учреждениях Кыргызстана в период с 2000 по 2010 годы.

Нами проведена выборка медицинской документации из архивного материала всех пациентов раком предстательной железы, получивших

специальное и симптоматическое лечение в условиях НЦО МЗ КР и НГ МЗ КР в период с 2000 - 2010 годы.

Ежегодно в Кыргызстане регистрируется в среднем около 75 больных раком предстательной железы.

**Результаты исследования**

Наиболее ярко проблема больных РПЖ показана в приведенных таблицах 1,2.

Как видно, из таблицы 1, при невысокой заболеваемости РПЖ (1,0-2,0 на 100000 населения.), отмечается высокая одногодичная смертность (0,6-1,1%).

Таблица 1

Заболеваемость и смертность больных РПЖ в Кыргызстане за период 1998-2008 гг.

	Заболеваемость		Смертность	
	Абс. число (n=778)	%	Абс. число (n=464)	%
1998	93	1,9	55	1,1
1999	98	2,0	60	1,2
2000	90	1,8	76	1,5
2001	60	1,2	50	1,0
2002	36	0,7	28	0,5
2003	66	1,3	35	0,7
2004	74	1,4	45	0,8
2005	65	1,2	33	0,6
2006	56	1,0	37	0,7
2007	67	1,3	59	1,1
2008	73	1,3	46	0,8

Таким образом, можно констатировать, что в нашей стране наблюдается высокая одногодичная летальность, при низкой заболеваемости.

Таблица 2

Распределение больных РПЖ по стадиям (1998-2008 гг.)

	I-II стадия		III стадия		IV стадия		Всего Абс. ч
	Абс. ч	%	Абс. ч	%	Абс. ч	%	
1998	10	10,7	55	59,2	28	30,1	93
1999	12	12,2	58	59,2	28	28,6	98
2000	19	21,1	39	43,4	32	35,5	90
2001	10	16,6	34	56,8	16	26,6	60
2002	22	30,9	36	50,8	13	18,3	71
2003	16	24,2	38	57,7	12	18,1	66
2004	15	20,2	46	62,3	13	17,5	74
2005	13	20,0	37	57,0	15	23,0	65
2006	17	30,4	23	41,0	16	28,6	56
2007	20	30,3	27	41,0	19	28,7	66
2008	24	32,8	36	49,4	13	17,8	73

Изучение распределении больных РПЖ в период с 1998 по 2008 гг. по стадиям, выявило, что пациенты с I-II стадией процесса составляют лишь 30 %, а III-IV стадией около 70-80%.

Анализ таблицы 2, также выявил, что в динамике имеется значительный прирост пациентов с

начальными стадиями РПЖ с 2001 года. Так, если с 1998 по 2001 гг., процент больных с I-II стадиями составлял лишь 10-16%, то начиная с 2002 по 2008 гг., этот показатель вырос до 32%, что конечно радует, и придает оптимизма у онкологов.



Таблица 3

Распределение больных РПЖ по стадиям (1991-2000 гг.)

Стадия	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	%
I	-	-	1	1	-	-	-	3	1	-	0,8
II	13	13	14	12	6	6	7	9	1	16	14,9
III	24	31	58	12	32	36	51	63	60	49	59,9
IV	27	16	10	19	24	14	13	17	18	22	24,3
Всего	64	60	83	72	62	56	71	92	94	87	-

Из данных таблицы 3 видно, что в период с 1991 по 2000 гг., количество первично выявленных больных РПЖ было 741, а в период с 1998 по 2008 гг. выявлено 812 пациентов, что на 71 больше в период, когда широко стал применяться в Кыргызстане маркер ПСА (2003 год).

Жизненно важным фактором, влияющим на прогноз заболевания является стадия заболевания.

Оценка показателей в зависимости от стадии РПЖ при первичном выявлении показывает, что в период с 1991 по 2000 гг., больные РПЖ с I-II стадией составили 15,7%, а остальные 84,2% составили с III-IV стадией.

В период с 1998 по 2008 гг., соотношение больных с I-II стадией и III-IV стадией изменилось, так процент больных с I-II стадией увеличился с 10,7 до 32,8%. А доля больных с III-IV стадией снизилась с 89 до 60% (см. табл. 2 и 3).

Анализируя результаты сравнения статистических данных больных РПЖ в период с 1991 по 2000 гг., и с 1998 по 2008 гг., можно констатировать, что при появлении маркера ПСА количество больных за 10 лет и доля первично выявленных больных с начальными стадиями увеличилось, так доля больных с III-IV стадией заметно уменьшилось.

Анализ представленных данных показывает необходимость проведения скрининга рака предстательной железы в Кыргызской Республике.

Рост выявляемости больных РПЖ мы связываем с появлением и особенно доступностью для мужского населения и урологов в нашей стране основного диагностического метода для выявления РПЖ - это ПСА (простатспецифический антиген).

В стране открылись медицинские лаборатории, которые широко охватили практически всю территорию Кыргызстана.

В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга РПЖ.

Данные исследования позволила сделать следующие **выводы**:

1. Заболеваемость РПЖ в Кыргызстане относительно низкая, она равна 1,2-2,0 на 100000 населения. При это смертность составляет 0,6-1,1%.

2. Более 2/3 первично выявленных больных РПЖ зарегистрированы в III-IV стадии опухолевого процесса.

3. В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга РПЖ. Условия, а также медико-статистические данные соответствуют практически всем положениям ВОЗ, за исключением 8,9 и 10 пунктов.

**Практические рекомендации:**

Применение скрининга в Кыргызстане создаст условия для активного выявления больных раком предстательной железы, что приведет к росту числа пациентов с начальными и возможно с ранними стадиями заболевания, что в свою очередь уменьшит число с запущенными стадиями заболевания. Это приведет к увеличению продолжительности жизни, повышению качества жизни больных, а также уменьшению смертности от РПЖ. Увеличение доли больных с начальными стадиями РПЖ «уменьшит» затраты на лечение больных РПЖ.

**Литература:**

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. – М., 2011. – 934 с.; С. 495-760.  
 2. Пушкарь Д.Ю. Простат-специфический антиген и биопсия предстательной железы. – М. МЕД-пресс-информ, 2003. – 159 с.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**А.Ч. Усупбаев, М.Б. Кылычбеков, Н.К. Курманбеков, Н.А. Исаев,  
С. Акылбек, Ж.Т. Джапаров, Н.А. Акматов, К.Т. Иязалиев**

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Биопсия предстательной железы является основным методом морфологической верификации рака предстательной железы (РПЖ), который не только констатирует факт заболевания, но и определяет степень местной распространенности опухоли, что позволяет правильно выбрать тактику лечения РПЖ. Целью нашей работы является изучение результатов мультифокальных биопсии предстательной железы, проведенных с 2013 по 2016 годы в Республиканском научном Центре урологии, г. Бишкек.

**Ключевые слова:** биопсия простаты, рак простаты, диагностика, трансректальное ультразвуковое исследование.

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ТРАНСРЕКТАЛДЫК МУЛЬТИФОКАЛДЫК  
БИОПСИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ**

**А.Ч. Усупбаев, М.Б. Кылычбеков, Н.К. Курманбеков, Н.А. Исаев,  
С. Акылбек, Ж.Т. Джапаров, Н.А. Акматов, К.Т. Иязалиев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Простата безинин биопсиясы, простатанын залалдуу шишигин морфологиялык верификациялоодо негизги ыкма болуп саналат жана дарттын даражасынан ыктап, даарылоонун тийиштүү ыкмаларын колдонууга жардам берет. Бул илимий макалада 2013-жылдан 2016-жылга чейинки Республикалык илимий урология борборунун бөлүмдөрүндө жасалган простата биопсиясынын жыйынтыктары чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** простата биопсиясы, простатанын залалдуу шишиги, трансректалдык ультрадобрүштүк изилдөө.

**RESULTS OF A TRANSRECTAL MULTIFOCAL PROSTATE BIOPSY**

**A.C. Usupbaev, M.B. Kylychbekov, N.K. Kurmanbekov, N.A. Isaev,  
S. Akylbek, J.T. Djaparov, N.A. Akmatov, K.T. Iyazaliev.**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Prostate biopsy is the main diagnostic method of a prostate cancer, which not only confirms the fact of a disease but also defines a stage of a disease and the choice tactics of cancer therapy. Studying of prostate biopsy results of a prostate cancer became the purpose of our article.

**Keywords:** prostate biopsy, prostate cancer, diagnosis, transrectal ultrasound.

**Введение**

Рак простаты на сегодня является одной из самых серьезных проблем среди мужского пола, заболеваемость которого достигает до 214 случаев на 1000 мужчин. Заболевание чаще всего встречается у мужчин пожилого возраста и занимает второе место среди основных причин смерти от рака у мужского населения в развитых странах, где процент пожилых мужчин значительно выше [1]. Заболеваемость в них достигает до 15% от мужского населения, тогда как в развивающихся странах она в пределах 4%. В тоже время уровень заболеваемости РПЖ существенно различается в

зависимости от региона проживания. Доказательством этому является значительный рост заболеваемости в северной и западной Европе, где заболеваемость РПЖ достигает до 200 и более на 100 тысяч населения [2].

Основным методом исследования для верификации онкологических заболеваний является морфологическое исследование. Специальное лечение в объеме радикальной простатэктомии, либо лучевой терапии, а также противоопухолевой химиотерапии показано только после гистологической верификации диагноза [1-6]. В 1930 году Ferguson проводил тонкоигольчатую аспирационную биопсию [3], однако впервые

трансректальная «секстантная» биопсия простаты под контролем ультразвукового датчика была выполнена в 1988 году. В последующем методика была модифицирована за счет взятия биоптатов из более латеральных зон предстательной железы, а также увеличения количества срезов ткани [4].

**Целью** данного исследования является ретроспективный анализ результатов морфологических исследований биопсийного материала, полученного методом мультифокальных биопсий под ультразвуковым контролем, выполненных в Республиканском научном центре урологии.

**Материал и методы**

За период 2013-2016 гг. в Республиканском научном центре урологии 731 больным с подозрением на рак предстательной железы выполнены трансректальные мультифокальные биопсии простаты. Возраст больных колебался от 47 до 93 лет, а средний возраст составил 66,1 лет. Уровень, общего ПСА в сыворотке крови более 4 нг\мл отмечен у всех 731 больного, увеличение показателя ПСА в сыворотке крови за год более чем на 0,35 нг\мл. Наличие подозрительных на рак уплотнений в предстательной железе, определяемых при пальцевом ректальном исследовании, наличие участков пониженной эхоплотности при трансректальном ультразвуковом исследовании явились показаниями к выполнению трансректальной мультифокальной биопсии под ультразвуковым контролем.

Мультифокальная пункционная биопсия предстательной железы выполнялась под контролем ультразвукового сканнера Voluson S-6 с дальнейшим морфологическим исследованием материала. Для забора биоптата использовались ректальный датчик, одноразовые иглы для биопсии 18G также система автоматической биопсии Maxicog. Всем пациентам были проведены стандартные общеклинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, коагулограмма), накануне и в день проведения манипуляции выполнялась очистительная клизма, прием НПВС отменялся за 3 суток до выполнения биопсии. Предоперационная антибактериальная профилактика осуществлялась фторхинолонами за сутки до планируемой биопсии простаты и продолжалась до 3 дней. По показаниям пациенты получали гемостатическую терапию (дицинон или этамзилат), альфа-адреноблокаторы.

При выполнении биопсии простаты количество биопсийных точек зависело от объема предстательной железы. Осуществлялся забор биоптата минимально из 8 точек при объеме простаты до 40 см<sup>3</sup>. С каждым увеличением объема простаты на 5 см<sup>3</sup> добавлялся дополнительный срез ткани, при этом максимальное количество биоптатов не превышало 18 точек. Особые требования уделялись к длине биопсийного столбика ткани, который не должен быть менее 15 мм, в случае неудовлетворенного забора столбика ткани проводилась повторная биопсия из данного участка. Обезболивание проводилось ректальным введением геля с лидокаином.

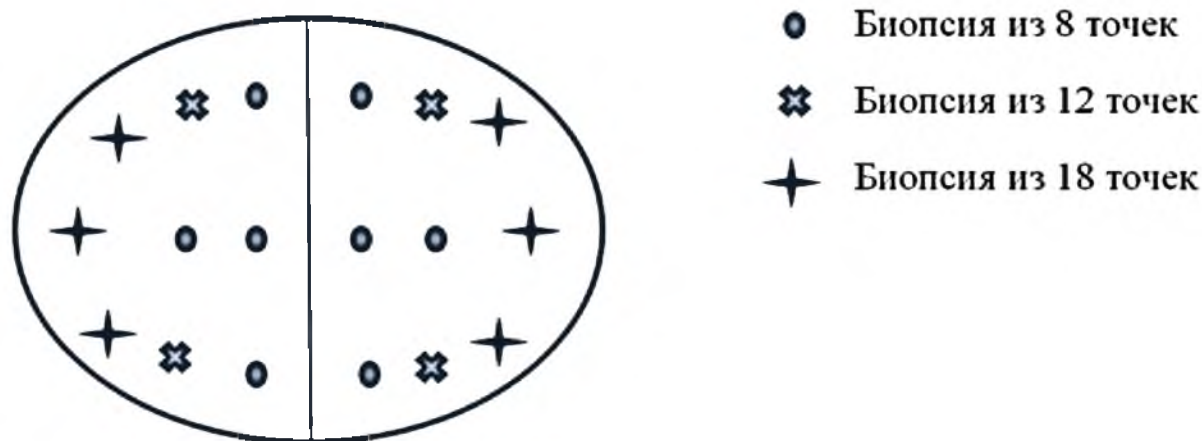


Рис. 1. Схематическое расположение мест пункций простаты при биопсии из различного числа точек.

**Результаты**

Морфологические исследования биопсийного материала выявили следующие результаты: доброкачественная гиперплазия простаты выявлена

у 196 (26,8%) больных; доброкачественная гиперплазия простаты в сочетании с хроническим простатитом – у 338 (46,2%); хронический простатит – у 12 (1,6%); рак предстательной железы

– у 181 (25,3%); простатическая интраэпителиальная неоплазия – у 4 (0,5%) больных. У 4 больных при первичной мультифокальной биопсии предстательной железы выявлен ПИН высокой степени. При повторной биопсии у всех 4 больных, выявлен РПЖ.

Осложнения после проведенных биопсий предстательной железы отмечены у 285 (39%)

больных: кратковременное выделение крови из прямой кишки у 117 (16%), гематурия у 78 (10,6%), гемоспермия у 51 (6,9%), обострение хронического простатита у 13 (1,7%), острая задержка мочеиспускания у 19 (2,6%) и вторичный орхоэпидидимит – у 7 (1%) больных.

Таблица 1

Распределение пациентов по стадиям рака предстательной железы в зависимости от возраста

Возраст	Стадия рака предстательной железы		
	pT1	pT2	pT3-4
45-60	2 (1%)	6 (3,2%)	3 (1,6%)
61-74	7 (3,7%)	47 (25,4)	39(21%)
75-89	14 (7,5%)	25 (13,5%)	41 (22,1%)
90 и более	-	-	1(0,5%)

Таблица 2

Осложнения биопсии простаты

Осложнения	Абсолютное число (%)
Выделение крови из прямой кишки (кратковременное)	117 (16%)
Гематурия	78 (10,6%)
Гемоспермия	51 (6,9%)
Обострение хронического простатита	13 (1,7%)
Острая задержка мочеиспускания	19 (2,6%)
Вторичный орхоэпидидимит	7 (1%)
Всего:	285 (39%)

### Заключение

1. Преобладание доброкачественной гиперплазии простаты на фоне хронического простатита либо без него в общей нозологической структуре (73%) требует решения вопроса об уменьшении количества ненужных биопсий простаты.

2. Первичная выявляемость рака простаты оставила 25,3% от общего числа выполненных манипуляций.

3. Отмечен высокий показатель первичной выявляемости рака простаты в терминальных стадиях-45,2% (84 пациента).

4. Большинство пациентов в стадии T1-T2 и показателе Глиссона менее 7, в возрасте до 75 лет находились в «благоприятной» группе для проведения радикальной простатэктомии.

### Литература:

1. А.В. Карман, В.С. Дударев, Е.А. Леусик. Диагностика рака предстательной железы у пациентов с негативными результатами первичной мультифокальной биопсии // Онкологический журнал. -2013.-т.7.-№2.-С. 103
2. European Association of Urology // Guidelines. - 2016 edition. - P. 11
3. Esposti P.L. Cytologic malignancy grading of prostatic carcinoma by transrectal aspiration biopsy// Scand. J. Urol. Nephrol. - 1971. - №5. - P. 199-209.
4. Резников Г.Д., Федоришин Р.П., Резников Д.Б., Рошин Ю.В. Биопсия предстательной железы под контролем трансректальной сонографии. Наш опыт и современные аспекты // Журнал «Лучевая диагностика, лучевая терапия». - 2011/3-4. - С. 75-77.
5. Мурзалиев А.Д, Иязалиев К.Т., Абдылдаев Р.А., Сизиков А.И. Морфологические факторы прогнозирования результатов лечения рака предстательной железы // Урол. и нефрол. - 1996. - 1. - С.22-25.
6. Иязалиев К.Т. Проблемы ранней диагностики и лечения рака предстательной железы в Кыргызской Республике. // Центральнo Азиатский Медицинский журнал. - 2003. - Т. 9, прилож. 4. - С. 104-108.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ  
У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ  
МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ  
С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА**

**Ж.С. Мамбетов, А.Ш. Калмырзаев**

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проанализирована сравнительная динамика функционального состояния печени у 120 послеоперационных больных оперированных по поводу мочекаменной болезни, проявляющейся хроническим запором и без него.

**Ключевые слова:** Мочекаменная болезнь, хронический запор, парез кишечника, функциональное состояние печени.

**ЗААРА ТАШТАР ООРУСУ ЖАНА ӨНӨКӨТ ИЧ КАТУУ МЕНЕН ООРУГАН  
БЕЙТАПТАРДЫН, ЗААРА ТАШТАР ООРУСУНА БАЙЛАНЫШТУУ ОПЕРАЦИЯДАН  
КИЙИНКИ УЧУРДА ИЧЕГИ ПАРЕЗИ БОЛГОН БЕЙТАПТАРДЫН БООРУНУН  
ФУНКЦИОНАЛДЫК АБАЛЫН БААЛОО**

**Ж.С. Мамбетов, А.Ш. Калмырзаев**

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын  
Республикалык урология илимий борбору,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Заара таштар оорусу жана өнөкөт ич катуу менен ооруган бейтаптардын операциядан кийинки учурдагы боорунун функционалдык абалынын динамикасына салыштырмалуу талдоо жүргүзүү.  
**Негизги сөздөр:** Заара таштар оорусу, өнөкөт ич катуу, ичеги парези, боор функциясы.

**POSTOPERATIVE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER  
WITH MANIFESTATIONS OF INTESTINAL PARESIS IN PATIENTS OPERATED  
ON FOR UROLITHIASIS IN COMBINATION WITH CHRONIC CONSTIPATION**

**J.S. Mambetov, A.Sh. Kalmyrzaev**

Republican scientific center of urology at National hospital of Ministry of health of the Kyrgyz Republic,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** there was analyzed the comparative dynamic of the functional condition of a liver at patients in the postoperative period in urolithiasis combined with chronic constipation and without it.

**Keywords:** Urolithiasis, chronic constipation, intestinal paresis, functions of the liver.

**Введение**

Хроническое нарушение моторики толстого кишечника, клинически проявляющийся различной степенью выраженности запора, в настоящее время считается одним из распространенных видов патологий желудочно-кишечного тракта, и, к сожалению, сами пациенты не придают особого значения данному факту. Во многих случаях принимая слабительные препараты и другие методы терапии для достижения физиологического отправления [2,3]. Следует заметить, что в клиническом течении вторичных калькулезных пиелонефритов нередко у пациентов встречается сопутствующий хронический запор, который может отрицательно влиять на течение фоновой па-

тологии, и могут иметь место особого патофизиологического статуса, при оперативном лечении по поводу мочекаменной болезни [1,4,5].

В данном контексте, бесспорно, возникают нерешенные проблемы. Во-первых; в клинической практике урологи при лечении вторичного хронического пиелонефрита часто сталкиваются с хроническим запором, и наоборот, хирургическая гастроэнтерология сталкивается с сопутствующим пиелонефритом, и естественно возникают вопросы касательно этапности ведения этих больных для получения желаемого результата. Во-вторых, при непосредственном послеоперационном периоде нередко проявляются так называемые парезы толстого кишечника, связанные с нарушением его моторики, которая усугубляет

послеоперационное течение. Следовательно, нерешенные вопросы стали основанием для выполнения работы.

**Цель работы:** Провести сравнительную оценку печеночной функции у оперированных пациентов по поводу мочекаменной болезни, у которых имел место парез кишечника и его отсутствие.

**Материал и методы исследования**

Для сравнительного анализа нами были обследованы 120 пациентов оперированные по поводу МКБ, которые были разделены на следующие группы: Первая – 60 оперированных больных с МКБ проявляющейся кишечным парезом (основная группа) и 60 больных оперированные по поводу МКБ без наличия запора.

Мужчины – 52 (43,3%) и женщины – 68 (56,7%) чел. средний возраст составил – 36,2±1,6 лет.

Мониторинг оценки функционального состояния печени был оценен на 2 и 5 сутки послеоперационного периода и при этом были оценены и определены: белковообразовательная, пигментообразовательная, липидная, ферментативная, протромбообразовательная функции печени.

Биохимическое тестирование этих пациентов проводилось до операции и при непосредственном периоде кишечного пареза на 2 и 5 сутки после его разрешения.

**Результаты и их обсуждение**

Функциональная полноценность печени в исходных (до операции) находилась на уровне нормальных величин, и другая динамика имела место быть в зависимости от наличия толстокишечного пареза (табл. 1).

Таблица 1

Динамика функционального состояния печени у больных с МКБ

Параметры	Сроки и динамика				
	Исходные показатели	2 сутки		5 сутки	
		без запора	с запором	без запора	с запором
Общий билирубин, ммоль/л прямой непрямой	9,9±0,44	16,3±0,33	23,6±0,3*	12,4±0,72	19,4±0,22
Тимоловая проба, Ед	3,3±0,2	4,2±0,53	5,4±0,14	3,5±0,16	4,8±0,53
АЛТ, мкат/л	0,37±0,7	0,46±0,7	0,63±0,85*	0,41±0,43	0,54±0,74
АСТ, мкат/л	0,34±0,7	0,47±0,34	0,58±0,3*	0,56±0,16	0,52±0,68
Общий белок, г/л	76,7±1,6	72,4±0,9	63,8±1,2	67,2±0,72	71,4±0,28
Альбумин, г/л	56,4±0,7	49,8±0,27	52,1±0,64	51,7±0,44	55,3±0,42
Глобулины, %	43,31±0,26	51,2±0,26	48,4±0,24	50,7±0,46	46,7±0,57
α <sub>1</sub>	7,9±0,4	6,4±0,34	13,4±0,75	5,6±0,28	5,3±0,72
α <sub>2</sub>	7,9±0,4	9,9±0,63	13,4±0,75*	8,7±0,52	10,7±0,19
β	11,2±0,5	14,6±0,47	19,3±0,18*	12,8±0,63	13,8±0,26
γ	18,3±0,71	28,3±0,72	26,7±0,61	21,4±0,81	19,7±0,32
Холестерин, ммоль/л	4,4±0,17	5,2±0,46	4,8±0,19	4,9±0,53	4,6±0,87
Протромбиновый индекс, %	88,7±1,33	94±0,3	102,4±0,8*	89,2±0,28	92,7±0,47
Сахар в крови, ммоль/л	4,8±0,7	5,9±0,5	5,2±0,4	5,5±0,6	4,9±0,7

Примечание: \* - p< 0,05:

Отмечены ухудшения показателей биохимических анализов печени в крови в послеоперационном периоде при возникновении толстокишечного пареза: отмечен существенный рост показателей общего билирубина из исходного до операции с 9,9±0,44 до 23,6±0,3 (p<0,05), повышение

ферментативной активности печени в показателях АЛТ с 0,37±0,7 до 0,63±0,85 мкат/л (p<0,05) и АСТ с 0,34±0,7 до 0,58±0,3 (p<0,05).

На фоне снижения содержания в крови общего белка с 76,7±1,6 до 63,8±1,2 г/л был отмечен рост содержания глобулина и их фракций: особенно α<sub>2</sub> с 7,9±0,4 до 13,4±0,75; β с 11,2±0,5 до 19,3±0,18 и γ с 18,3±0,71 до 26,7±0,61 (p<0,05).

Все эти функциональные нарушения печени отрицательно отразились на показателях уровня тимоловой пробы, где рост имел место быть от  $3,3 \pm 0,2$  до  $5,4 \pm 0,14$  ед., а также на показателях протромбинового индекса с  $88,7 \pm 1,33$  до  $102,4 \pm 0,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Уровни колебания холестерина крови и сахара в крови в динамике существенно не изменялись, в независимости от проведения протекционной терапии ( $p > 0,05$ ).

На следующий день после разрешения толстокишечного пареза отмечен незначительный регресс показателя общего билирубина до  $19,4 \pm 0,22$ , т.е. пограничного уровня нормы, отмечены незначительные снижения ферментативной активности АСТ и АЛТ ( $0,54 \pm 0,74$  и  $0,52 \pm 0,68$  соответственно) по сравнению с показателями от 2 суток, что повлияло на уровень тимоловой пробы ( $4,8 \pm 0,53$ ).

На фоне тенденции повышения общего белка был зарегистрирован регресс глобулина и его фракций, и при сопоставлении с данными полученными от 2 суток после операции имел достоверный показатель ( $p > 0,05$ ).

Такая тенденция была по результатам биохимического анализа функциональной полноценности печени на 2-5 сутки после разрешения толстокишечного пареза, хотя ферментативная активность по АЛТ и АСТ еще находился в пограничном уровне нормы.

Динамика ведения послеоперационных пациентов, без проявления кишечного пареза на фоне выше указанных биохимических анализов, имели свои особенности.

Так, на 2 сутки после операции показатели биохимических анализов печени в крови были следующие: отмечен рост показателей общего билирубина с  $9,9 \pm 0,44$  до  $16,3 \pm 0,33$  ( $p < 0,05$ ), а также повышение ферментативной активности печени АЛТ до  $0,46 \pm 0,7$  и АСТ до  $0,47 \pm 0,34$  мкат/л ( $p < 0,05$ ).

Отмечено снижение содержания общего белка в крови до  $72,4 \pm 0,9$  г/л ( $p > 0,05$ ) был отмечен рост содержания глобулина от исходного уровня, и при этом показатель по сравнению с результатами без протекции имел место достоверный результат ( $p < 0,05$ ), а также их фракций  $\beta$  и  $\gamma$  глобулинов ( $15,4 \pm 0,81$  и  $22,6 \pm 0,52$  соответственно).

Естественно показатели уровня тимоловой пробы от исходного показателя отметили достоверный рост до  $4,6 \pm 0,36$  ед., нежели с показателями пареза, хотя по показателю протромбинового индекса в сравниваемые сроки имела место достоверность по t критерию ( $p < 0,05$ ).

Если отталкиваться от полученного результата на 5 сутки после различных операций по поводу МКБ, достоверное различие по содержанию общего билирубина по сравнению с кишечным парезом после операционных больных составил  $12,4 \pm 0,72$  против  $19,4 \pm 0,22$  ( $p < 0,01$ ), в показателях АЛТ и АСТ ( $0,41 \pm 0,43$  и  $0,41 \pm 0,65$  против  $0,46 \pm 0,7$  и  $0,47 \pm 0,34$  соответственно). Сравнительный регресс уровня содержания глобулина и их фракций, был отмечен у лиц с кишечным парезом против без него, и при этом достоверность имела место по показателям глобулина, т.е.  $44,1 \pm 0,47$  против  $48,3 \pm 0,38$  и в фракции  $\alpha_2$  глобулина –  $9,7 \pm 0,87$  против  $12,1 \pm 1,18$ ,  $\beta$  глобулина  $13,9 \pm 0,14$  против  $16,6 \pm 0,23$ ,  $\gamma$  глобулинов –  $19,9 \pm 0,18$  против  $23,4 \pm 0,39$  ( $p < 0,05$ ).

Наряду с этим прогрессивно были отмечены уровни содержания общего белка, альбумина крови, при снижении активности протромбинового индекса у лиц с кишечным парезом нежели без него ( $p < 0,05$ ).

Стойкий позитив по всем указанными параметрам функциональной полноценности печени имел место через 5 суток после операции по поводу МКБ, а именно, отмечено по уровню регресса общего билирубина в крови, т.е. у лиц без кишечного пареза оказалось –  $9,71 \pm 0,6$  против  $16,8 \pm 1,21$ . Сравнительная динамика восстановления ферментативной активности печени по уровню АЛТ на 5 сутки после операции составило –  $0,39 \pm 0,9$  против без пареза –  $0,43 \pm 0,36$ , а также АСТ в первом случае составило –  $0,36 \pm 0,76$  по сравнению без пареза –  $0,45 \pm 0,27$ , где достоверность по результатам имело место ( $p < 0,05$ ). Наряду с этим был установлен прогресс уровня содержания общего белка, который составил –  $76,2 \pm 0,63$ , альбумина –  $57,4 \pm 0,66$ , т.е. приблизилось к исходному уровню с минимальной разницей, а у лиц без запора содержание общего белка и альбумина имели незначительные изменения от исходного результата, послеоперационный период которых протекал гладко. Такая же картина имела место по показателям глобулина и их фракций у больных без запора через 5е сутки после операции по поводу МКБ, по сравнению с клиническим проявлением кишечного пареза.

### Выводы:

1. Хронический запор в последние годы стал одним из лидирующих патологий в структуре заболеваемости в гастроэнтерологии, которая, к сожалению, мало учитывается в других отраслях хирургии. Однако в большинстве случаев после операции проявляется кишечным парезом, что в

значительной степени усугубляет течение болезни, в частности у оперированных пациентов по поводу МКБ.

2. На фоне гладкого послеоперационного течения (без кишечного пареза) динамика биохимических анализов печеночного теста выглядела следующим образом: на 2 сутки после операции показатели находились в напряженном уровне функциональной патологии, т.е. нарастанием основных параметров и только на 5 сутки после операции был зарегистрирован регресс по всем параметрам печеночного функционального теста, нежели с картиной контрольной группы, что свидетельствует о констатации факта обратимого в сторону нормализации показателей.

3. Полученные результаты оценки биохимических показателей печеночной функции свидетельствует о том, что состояние у лиц с проявлением кишечного пареза после операции достоверно ухудшается, по сравнению с пациентами с гладким течением послеоперационного периода, следовательно, полученные результаты необходимо учесть в терапии.

### **Литература:**

1. Борисов В.В. Мочекаменная болезнь. Терапия больных с камнями почек и мочеточников /В.В. Борисов, Н.К. Дзеранов //Москва, 2011. - 96 с.
2. Майстренко Н.А. Гепатобилиарная хирургия: руководство для врачей /Н.А.Майстренко, А.И. Нечай //С.-Пб.: Спец. лит. - 1999. - С. 268.
3. Оморов Р.А. Новый метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза /Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев,Б.А. Авазов //Вестник КГМА. - 2016. - №2. - С. 115-117.
4. Шалекенов Б.У. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, распространенность, лазерные технологии лечения и метафилактика / Б.У. Шалекенов, В.И. Воцула, А.Ч. Усупбаев // Алматы, 2013. - 180 с.
5. Усупбаев А.Ч. Клинико-функциональная взаимосвязь почечнокаменной болезни с заболеваниями органов пищеварения, их лечение и профилактика / А.Ч. Усупбаев: Автореферат дисс. д-ра мед. наук. - Бишкек, 2000. - 40 с.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.Ч. Усупбаев, Р.А. Маматбеков, Н.А. Исаев  
Республиканский научный центр урологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье отражены современные актуальные проблемы мочекаменной болезни в КР с акцентуацией эпидемиологических аспектов, с сопоставлением физико-химических свойств уролитов, воды, почвы в одной из проблемных зон высокой частоты заболеваемости МКБ – Баткенской области. Представлены основные современные методы лечения и метафилактики заболевания в контексте с морфо-функциональной взаимосвязи МКБ и заболеваний ЖКТ.

**Ключевые слова:** Мочекаменная болезнь, проблемы мочекаменной болезни в Кыргызстане.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЗААРА ТАШТАР ООРУСУНУН ПРОБЛЕМАЛАРЫНЫН  
АЗЫРКЫ АБАЛЫ

А.Ч. Усупбаев, Р.А. Маматбеков, Н.А. Исаев  
Республикалык урология илимий борбору,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Макалада уролиттердин, суунун жана топурактын физико-химиялык касиеттеринин өзгөчө Баткен областы боюнча заманбап маселеси чагылдырылган. ЗТО-нын жана ичеги-карын ооруларынын морфо-функционалдык байланышы боюнча заманбап дарылоо жана метафилактикасы чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** Заара таштар оорусу, Кыргызстандагы заара таштар оорунун проблемалары.

THE CURRENT SITUATION OF PROBLEMS OF UROLITHIASIS IN THE KYRGYZ REPUBLIC

A.C. Usupbaev, R.A. Mamatbekov, N.A. Isaev  
The Republican Scientific Center of Urology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** This article presents the current situation on actual problems of urolithiasis in KR with an emphasis on epidemiological aspects and comparison of physico-chemical properties of uroliths, water and soil in one of the most problematic areas with high frequency of urolithiasis (Batken region). The main current methods of treatment and metaphylactics considering the morphological and functional relationship with the urolithiasis and gastrointestinal tract diseases are presented below.

**Key words:** Kidney stone disease, problems of kidney stone disease in Kyrgyzstan.

Среднеазиатский регион относится к стойким эндемическим очагам мочекаменной болезни и по заболеваемости Кыргызская Республика занимает одно из ведущих мест, охватывающей от 5

до 10% населения. По данным медицинской статистики отмечается рост заболеваемости с 101,9 до 183,6 на 100 тыс. взрослого населения за период с 2000 по 2015 гг. (рис. 1).

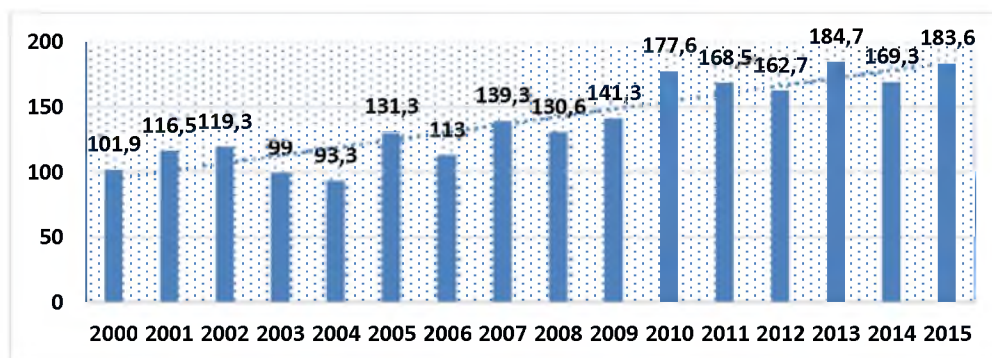


Рис. 1. Показатель заболеваемости МКБ с 2000-15 гг. (100 т. взр.).

А показатель впервые выявленных случаев заболевания (на 100 тыс. населения) вырос с

34,6 на 76,7 (2005-2015 гг.) для взрослых, и с 9,5 до 12,1 (2005-2010 г.) для детей (рис. 2).

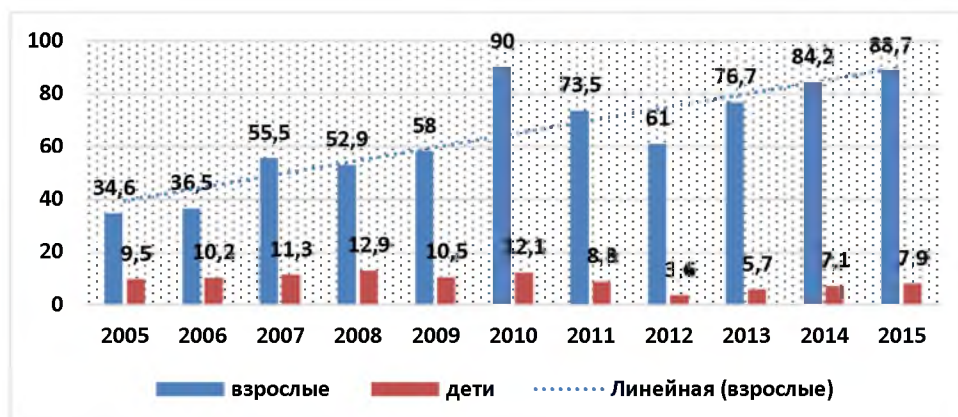


Рис. 2. Показатель впервые выявленных случаев МКБ с 2005-15 гг. (100 т. нас).

По данным регионов Республики за период 2013-2015 г. отмечается повсеместный рост заболеваемости населения нефролитиазом (рис. 3). Так, в г. Бишкек показатель заболеваемости на 100 тыс. населения вырос со 169,3 до 182,5, в г. Оше - с 84,3 до 88,5, в Баткенской обл. – со 134,5

до 195,1, в Дж.-Абадской обл. – с 63,9 до 132,2, в И.-Кульской обл.- со 101,3 до 102,6, в Нарынской обл.- с 21,4 до 41,8, в Ошской обл. – 77,4 до 128,4, в Таласской обл. – с 41,2 до 84,0, в Чуйской обл. с 162,4 до 177,9.

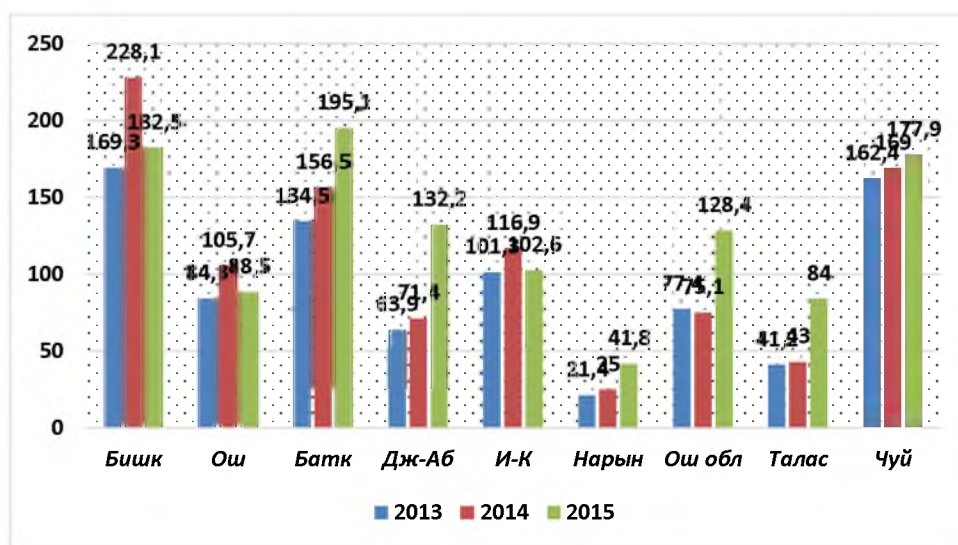


Рис. 3. Заболеваемость по регионам Республики за 2013-15 гг. (100 тыс. нас.).

Эпидемиология МКБ в Кыргызстане имеет региональные особенности (Тыналиев М.Т., 1990; Эсеккев Б.С., 2000), характеризующаяся значительно повышенной частотой в техногенных и агрохимических зонах. Зона высокой частоты среднегодовой заболеваемости МКБ выявлена в г. Бишкек (144,65‰), в Ошской (113,05‰) и Чуйской (94,76‰) областях. Зона средней частоты – в Таласской (69, 81‰) и Джалал-Абадской (58,87‰) областях. Зона низкой частоты – в Иссык-кульской (49,76‰) и Нарынской (27,76‰) областях. Длительное воздействие на организм тяжелых металлов, подтвержденное повышенной концентрацией их в крови больных с

МКБ свинца (Pb) 564,6±65,4 мкг\кг, в 2,4 раза превышающей таковую у контрольных лиц; цинка (Zn) 17218,7± 869,8 мкг\кг в 3,6 раза, олова (Sn) 102,1 ±6,3 мкг\кг, в 1,7 раза, стронция (Sr) 106,2± 9,8 мкг\кг в 1,5 раза и в моче свинца (Pb) 281,3±65,1 мкг\кг, в 3,6 раза; цинка (Zn) 1274,6± 131,3 мкг\кг в 38,3 раз, олова (Sn) 125,5 ±15,9 мкг\кг, в 2,9 раза, стронция (Sr) 60,7± 6,9 мкг\кг в 4,4 раза, что может иметь значение в генезе нефролитиаза и обуславливать степень тяжести ее клиники. Кроме того у больных отмечалось высокое содержание ДДТ, ДДЭ, ГХЦГ, ДДД, которое выявлено у 44,3-71,6% из числа всех обследованных лиц и отмечено увеличение их удельного веса среди жителей регионов

интенсивного применения агрохимикатов. Таким образом, повышение концентрации металлов в биосредах больных и эндемичность МКБ в исследованном регионе могут быть обусловлены состоянием окружающей среды. Учитывая ранее озвученные факты, в РНЦУ было инициировано исследование по программе «Неделя мужского здоровья» мужского населения проблемного региона республики

– Баткенской области, где выездной бригадой специалистов было бесплатно обследовано 698 мужчин разного возраста на предмет выявления урологических патологий. В результате было определено, что около 20% мужчин имеют урологическую патологию, среди которой около 30% МКБ (рис.4,5).



Рис. 4. Мужчины с урологической патологией.

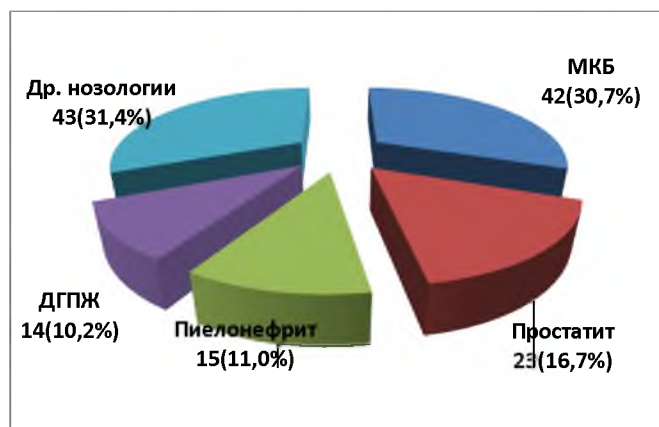


Рис. 5. Распределение по нозологиям.

Многообразие причин, вызывающих появление камней, приводит к выводу, что их действие в каждом случае индивидуально. Важно подчеркнуть, что камни в почках, содержащие определенные микроэлементы могут рассматриваться в качестве маркеров экологического загрязнения (Maria Luigia Giannossi, 2011). Так, к химическим элементам, участвующим в кристаллизации относятся Са, К, Mg, Zn, Fe, Cu, Mn, к потенциально токсичным Pb, Cr, Sb (сурьма). В Баткенской области Кыргызской Республики действуют крупнейшие в Центральной Азии горно-металлургические комбинаты по производству сурьмы и ртути Кадамджайский и Хайдарканский. Баткенская область относится к регионам с высокой распространенностью МКБ, охватывающей наиболее молодой, трудоспособный слой населения от 20-50 лет (77,5%), с серьезными медико-социальными проблемами, проявляющимися отсутствием специалистов на местах и труднодоступностью современных медицинских услуг, что приводит к развитию запущенных и осложненных форм заболевания, заканчивающихся часто органонесущими операциями.

По данным исследования физико-химических свойств уролитов, удаленных у пациентов с МКБ РНЦУ из различных регионов КР (Исследование химического состава камней методом ИСР-OES после царско-водочного разложения (6 проб), а также методом спектрального анализа (54 пробы) и структурной плотности камня Haunsfield КТ «НITACHIPRESTO (30 проб), из различных областей республики). Данные исследования

указывают, что у 70% пациентов камни высокой плотности, у остальных - камни средней и минимальной плотности. При этом высокая плотность конкрементов (более 800 Н), в основном, встречалась у пациентов из Баткенской, Ошской, Дж-абадской, Чуйской областей. У жителей Иссык-кульской, Нарынской областей и г. Бишкек преобладают камни средней плотности (от 400 до 800Н). Такое различие в плотности конкрементов может указывать на длительность патологического процесса в почках, в условиях большего воздействия на организм экзогенных факторов у больных с высокой плотностью конкремента. К таким факторам относятся: высокая инсоляция, качество и количество питьевой воды, характер питания, характер почвы и др. В таблице 1 показаны результаты сравнительной характеристики химического состава оксалатных камней, удаленных у пациентов с МКБ из 6 регионов республики (ИСР-OES после царско-водочного разложения). Исследование указывает на высокое содержание кальция во всех исследуемых камнях, однако в 3 пробе (Иссык-Кульская обл.) содержание его почти в 2 раза больше, чем в других. Содержание Mg меньше всего отмечены в 1 (Таласская обл.) и 5 пробе (Баткенская обл.). В этой же последней пробе отмечается преобладание содержания хрома в 2 раза, чем в других пробах. Кадмий и стронций в наибольших количествах были обнаружены во 2 (Дж-Абадская обл.) и 6 (г. Бишкек) пробах.

Таблица 1

Сравнительная характеристика химического состава оксалатных камней, удаленных у пациентов с МКБ из 6 регионов республики (ICP-OES после царско-водочного разложения)

Элементы	Номера проб					
	1	2	3	4	5	6
Alppm	<1.0	<1.0	<1.0	<1.0	<1.0	<1.0
Alppm	<1 00	<100	141	<100	<100	144
As ppm	<1.5	<1.5	<1.5	<1.5	<1.5	2
Barpm	1	16	3	3	1	9
Be ppm	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
Bi ppm	<3.5	<3.5	<3.5	<3.5	<3.5	<3.5
Carpm	256706	280800	534394	258374	260232	280369
Cd ppm	<0.25	0.4	<0.25	<0.25	<0.25	0.3
Co ppm	0.4	0.3	<0.25	0.5	<0.25	0.4
Crppm	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	1	<0.5
Cu ppm	<0.25		0.25	<0.25	<0.25	3
Fe ppm	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Hg ppm	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5
K ppm	190	700	409	783	267	2666
La ppm	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Mg ppm	275	3651	2000	1082	394	7911
Mnppm	1	2	1	2	1	2
Mo ppm	1	<0.5	<0.5	<0.5	-0.5	<0.5
Na, ppm	1288	5228	4131	.:1ч>	1859	16705
Ni, ppm	<0.5	1	1	<0.5	1	
P, ppm	3242	73263	67971	3984	4 1 94	151981
Pb, ppm	5	55	34	55	78	70
Sb, ppm	<2.5	•2.5	<2.5	<2.5	<2.5	<2.5
Sc, ppm	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1
Se, ppm	4	3	4	4	4	3
Sn, ppm	<2.5	<2.5		<2.5	<2.5	<2.5
Sr, ppm	64	258	97	58	64	321
Te, ppm	<5	<5	<5	<5	<5	<5
Ti, Ppm	3	3	<2.5	<2.5	<2.5	3
V ppm	4	4	4	4	4	3
W ppm	<5	5	<5	<5	<5	<5
Yppm	<0.25	<0.25	<0.25	<0.25	<0.25	<0.25
Zn ppm	33	671	284	164	66	497
Zrppm	1	2	1	- 0.5	<0.5	<0.5

Свинец (Pb) встречается больше в 5-й (Баткен), в 6-й (г. Бишкек), затем 2-ой (Дж.-Абадская обл.), 4-ой (Нарынская обл.) и 3-й (И.-Кульская обл.) пробах. Цинк (Zn) больше встречается в 2-й (Дж.-Абадской обл) и 6-й (г. Бишкек). Мышьяк (As), являющийся одним из самых опасных экотоксикантов, поскольку имеет широкое распро-

странение в объектах окружающей среды и вызывает тяжелые последствия в живых системах, больше всего отмечен в 6-й пробе (г. Бишкек). Данные исследования химического состава уrolитов из различных областей (54 пробы), методом спектрального анализа в весовых процентах представлены в таблице 2.



Таблица 2

Результаты спектрального анализа уrolитов (в весовых %) (n=54)

	Ni	Cu	Pb	Ag	Bi	Zn	P	Ba	Si	Al	Mg	Fe	Ca	Na
Баткенская область														
Среднее	1,50	2,32	1,64			1,13	8,57	2,80	0,12	0,12	2,74	0,12	12,00	0,89
m (+/-)	0,34	0,66	0,34			0,28	0,94	0,22	0,00	0,00	1,75	0,00	0,00	0,29
Ошская область														
Среднее	0,95	4,10	0,97			0,80	6,25		0,12	0,12	0,71	0,12	11,25	0,24
m (+/-)	0,24	1,10	0,63			0,32	1,66		0,00	0,00	0,50	0,00	0,87	0,08
Джалал-абадская область														
Среднее	1,15	2,53	2,83			1,60	6,50	2,60	0,12	0,12	4,34	0,12	12,00	0,62
m (+/-)	0,21	0,65	2,03			0,95	1,35	0,27	0,00	0,00	2,66	0,00	0,00	0,20
Иссык-кульская область														
Среднее	1,08	1,40	0,90			1,18	7,67	2,33	0,12	0,12	4,37	0,12	10,00	0,27
m (+/-)	0,24	0,12	0,25			0,40	1,51	0,41	0,00	0,00	2,65	0,00	1,41	0,06
г. Бишкек														
Среднее	0,94	1,36	3,70				4,86	2,80	0,12	0,12	1,61	0,12	9,88	0,33
m (+/-)	0,15	0,12	3,20				0,98	0,22	0,00	0,00	1,59	0,00	1,13	0,18
Чуйская область														
Среднее	1,30	1,50	1,52	0,95		0,85	8,33	2,33	0,12	0,12	0,79	0,12	11,50	0,50
m (+/-)	0,19	0,00	0,72	0,78		0,34	2,89	0,41	0,00	0,00	0,27	0,00	0,55	0,18
Таласская область														
Среднее	1,05	1,20					7,00		0,12	0,12	7,00	0,12	8,00	1,20
m (+/-)	0,21	0,00					4,24		0,00	0,00	1,07	0,00	3,66	0,13
Нарынская область														
Среднее	0,80	1,35					3,00		0,12	0,12	0,21	0,12	6,45	0,31
m (+/-)	0,14	0,21					1,41		0,00	0,00	0,13	0,00	2,85	0,27

Результаты спектрального анализа показывают, что уrolиты состоят из 14 химических элементов и солей щавелевой (моногидрат-, дигидрат оксалата кальция), мочевого и фосфорных кислот. Большинство камней имеют повышенное содержание Ca, Cu, Mg, низкое содержание Fe. Содержание кальция в составе уrolитов присутствуют во всех камнях, но в больших концентрациях в уrolитах из Баткенской, Ошской и Дж-абадской, Чуйской областей, характеризуя таким образом, более плотные по структуре камни. Отмечено высокое содержание Mg почти во всех регионах. Содержание фосфора больше всего отмечается в пробах из Баткенской, Чуйской, Иссык-кульской и Таласской областей. Содержание никеля больше отмечено в пробах из Баткенской и

Дж-Абадской и Чуйской областей. Содержание меди отмечено больше в пробах из трех южных областей. Содержание свинца наиболее всего отмечено в пробах из Бишкека, Дж-Абадской и Чуйской и Баткенской областей.

При изучении внешних факторов одной из главных причин является проблема обеспечения жителей Баткенской области чистой питьевой водой. При изучении эпидемиологии заболеваемости МКБ в Баткенской области мы основывались на анализе проб воды и почвы из 3-х районов Баткенской области. Результаты проб исследованы в лаборатории института геологии и горной медицины методом спектрального анализа в вес. % (рис. 6-8).

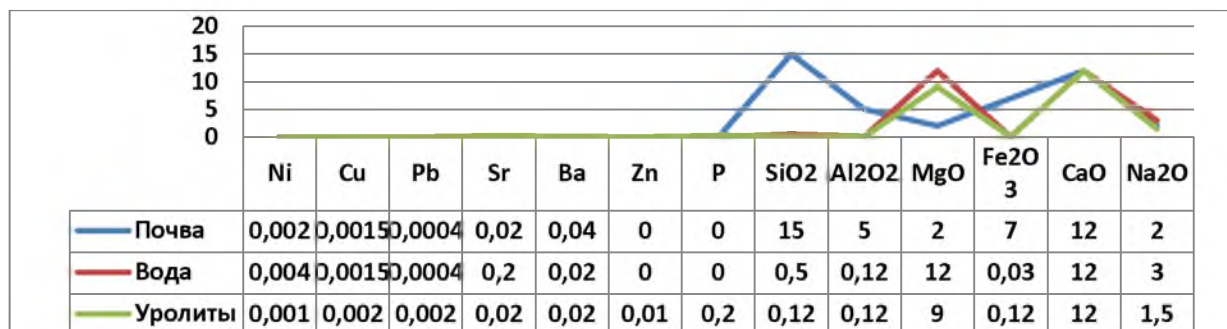


Рис. 6. Спектрограмма проб почвы, воды и уролитов в вес (%) в Баткенском районе.

По Баткенскому району определяется корреляционная зависимость по высокому содержанию MgO, CaO, и низкому содержанию Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub> в воде, почве и уролитов и Al<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в воде и уролитах.

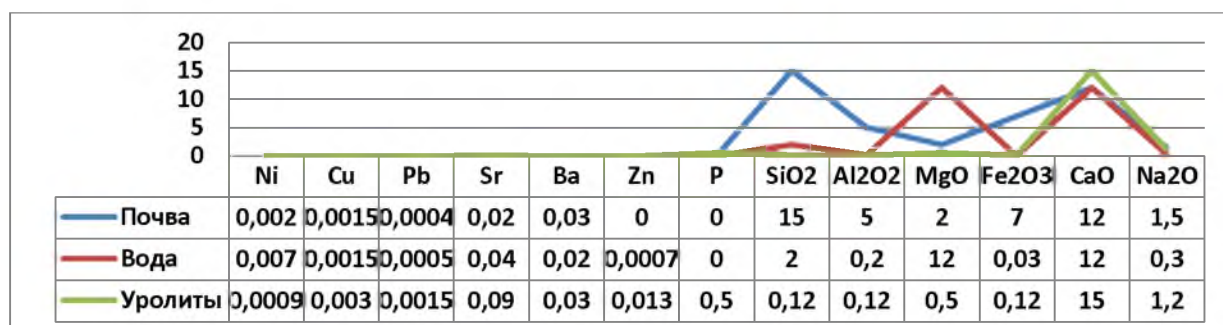


Рис. 7. Спектрограмма проб почвы, воды и уролитов в вес (%) в Ляйлякском районе.

По Ляйлякскому району определяется корреляционная зависимость по высокому содержанию CaO, MgO, низкому содержанию Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>,

Al<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в воде и уролитах, в воде и почве отмечается большая доля SiO<sub>2</sub>.

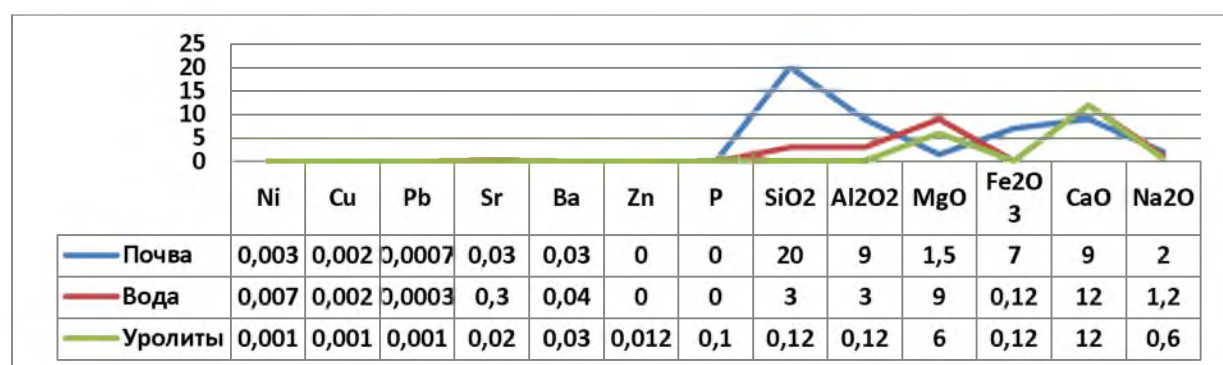


Рис. 8. Спектрограмма проб почвы, воды и уролитов в вес. (%) в Кадамджайском р-не.

В Кадамджайском районе отмечается такая же картина.

Таким образом, результаты исследований показывают, что анализ физико-химических свойств камней является важным аспектом в диагностике и выборе лечебной тактики МКБ. Структурная плотность камней является важной физической характеристикой определяющей лечебную тактику. Преобладание камней (70%) высокой плотности (более 800Н) из различных регионов республики, что обуславливает использование инвазивных методов лечения.

Результаты химического анализа указывают на большую роль воздействия различных экотоксикантов в результате загрязнения окружающей среды, состава почвы и воды, как важной составляющей среди различных экзогенных факторов МКБ.

Пациенты с мочекаменной болезнью являются важной частью ежедневной урологической практики и составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров. При этом количество

пролеченных в стационарах больных с МКБ (за период 2005-2015 гг.) ежегодно растет (рис. 9).

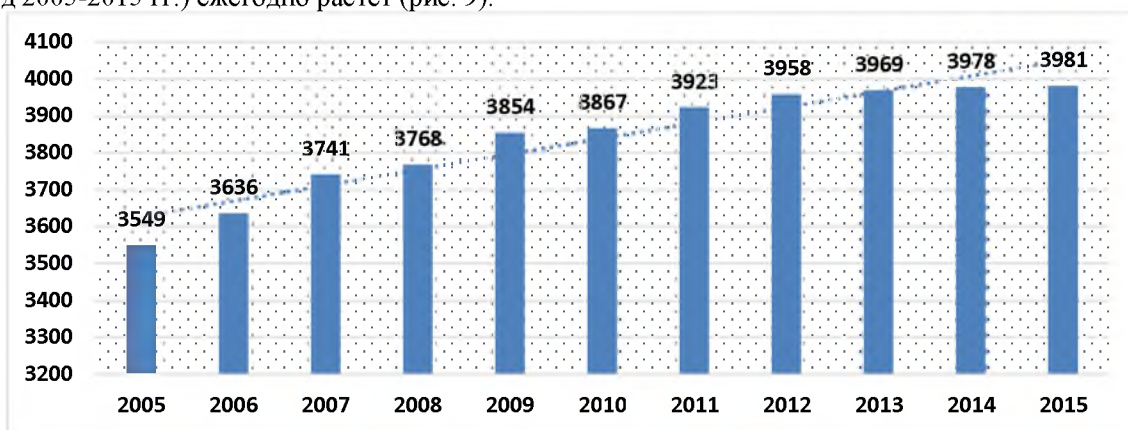


Рис.9. Количество пролеченных в стационарах больных с МКБ(2005-2015 гг.).

За период 2005-15гг. количество пролеченных пациентов в стационарах Республики неуклонно растет с 3549 в 2005г. до 3981 в 2015г (рис. 10). В РНЦУ как подразделение третичного звена поступает основное количество больных с МКБ со всех регионов Республики. За период с 2009г. в

РНЦУ отмечается как увеличение количества поступающих больных с МКБ, так и рост количества инвазивных операций с 1031 больного (24,1% опер.) в 2009г. до 1198 больного и 31,1% операций в 2015 г., что свидетельствует о росте сложных клинических форм нефролитиаза.



Рис.10.Количество госпитализированных больных с МКБ и проведенных операций в РНЦУ (2009-2015 гг.).

За период с 2009-15 гг. проведено 2103 оперативных инвазивных вмешательств. Из них: пиелолитотомий- 1138 (54,1%), уретеролитотомий – 368 (17,5%), нефролитотомий – 189 (9%), цистолитотомий – 103 (4,9%), КУЛТ- 305 (14,5%).

В комплексном лечении мочекаменной болезни широкое применение получила ДУВЛ, в связи с малой инвазивностью и высокой эффективностью особенно при использовании аппаратов 4-го и выше поколений, что позволяет проводить лечение существенной доли пациентов с МКБ в амбулаторных условиях [2,3]. Изменение частоты и силы импульсов в различные фазы процедуры приобретает ключевое значение для достижения наибольшей эффективности при минимальном риске нежелательных последствий. Этот метод позволяет 70% больных

избежать открытых оперативных вмешательств. И поэтому вопросы оптимального лечения МКБ с использованием ДУВЛ остаются важной частью современной урологической практики, с учетом: этиологии камнеобразования, физико-химических свойств камня, адекватности терапии почечной колики, камнеизгоняющей терапии. В клинике урологии КГМА ДУВЛ проводится на аппарате 4-го поколения «Модулит СЛК» (принцип генерации ударной волны – электромагнитный, in-line УЗ, и рентген наведение). Пациентам проводилось общепринятое клиничко-лабораторное, ультразвукового, рентгенологического обследование. Для визуализации пространственного расположения конкрементов, их истинных размеров, плотности, особенностей архитектоники чашечно-лоханочной системы

использовали компьютерную томографию. Среднее количество сеансов составляло  $1,32 \pm 0,08$ . Анестезия - НЛА, в некоторых случаях процедура проводилась и без анестезии. Инфузионная терапия проводится во время сеанса, что способствует уменьшению импеданса почечной ткани, что снижает риск травматического воздействия ударной волны. Учитывая наличие в аппарате оптико-электронной системы рентгенологического наведения, in-line ультразвукового наведения, свободно перемещающейся терапевтической головки, оптимальной конструкции электромагнитного источника ударных волн лечение пациентов проводится значительно эффективнее и быстрее. Использовались 26 режимов энергии ударных волн, 4 уровня частот генерации энергетических импульсов (1-4 Гц). Диапазон давления в плоскости фокусировки составляет 6-120 мПа, плотность потока энергии составляет 0,003-2,0 мДж/мм<sup>2</sup>. Перечисленные параметры позволяют дезинтегрировать практически все виды камней. Количество импульсов, режим дробления подбирались соответственно размерам камня, его локализации, плотности и функционального состо-

яния почки. В основном серия ударных волн составляла до 4000 импульсов, мощность генератора ударных волн от 6-120 мПа. Больным с камнями почек и верхней трети мочеточника литотрипсия проводилась со спины, а больным с камнями средней и нижней трети мочеточника при наложении на кости таза - со стороны живота. При этом часто использовалась стентирование мочеточника с целью профилактики «каменной дорожки» при камнях почек размерами более 15 мм в диаметре, и только потом проводилась ДУВЛ. Алгоритмом для приоритетности выбора метода лечения для камней мочеточников являлся размер камня, уровень его локализации и активность воспалительного процесса. При камнях проксимальных отделов мочеточника менее 10 мм первичной опцией является ДУВЛ, вторичной стентирование. При камнях более 10 мм – наоборот. При камнях дистальных отделов мочеточника менее 10 мм как ДУВЛ так и стентирование могут быть первичными опциями. А при камнях более 10 мм ДУВЛ будет вторичной опцией после стентирования. Рис. 11 показывает количество ДУВЛ и количество пролеченных пациентов с МКБ за период 2005-15 гг.



Рис.11. Количество сеансов ДУВЛ и пациентов с МКБ за 2005-15 гг.

Всего за 10 лет проведено 9324 сеанса ДУВЛ 6982 больным с различными клиническими фор-

мами мочекаменной болезни. Локализация камней за период 2005 по 2007гг. и 2008-2012гг. представлены на рис. 12-13.

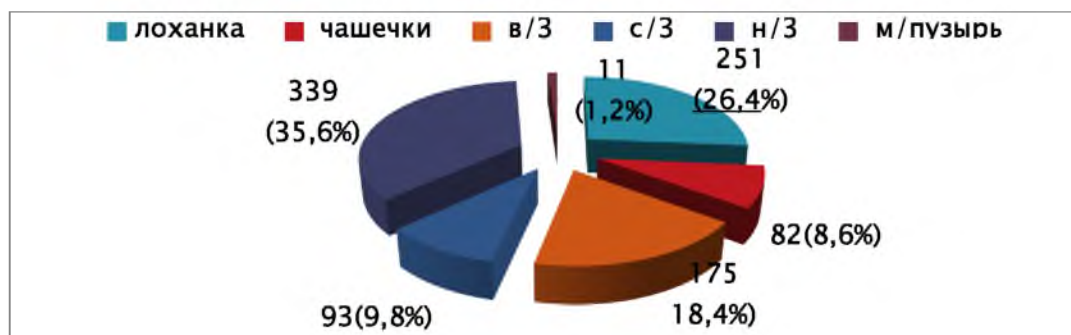


Рис.12. Локализация камней 2005-2007гг. (n=951).



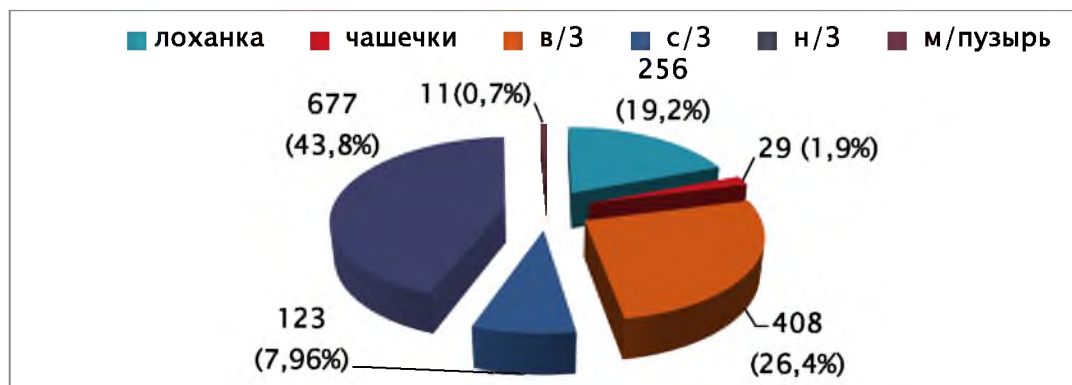


Рис. 13. Локализация камней 2008-2012гг.(n=1544).

С 2008 года мы ограничили показания для ДУВЛ камней располагающихся в чашечках с 8,6% до 1,9%, в пользу других методов лечения, в связи с трудностями элиминации фрагментов. В связи с большим материалом для оценки ре-

зультативности ДУВЛ нами был проанализирован период с 2009-10гг. наиболее полноценной работы аппарата Модулит –СЛК. Характеристика пациентов и их показателей представлена в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика пациентов, прошедших ДУВЛ и их показателей (n=1349)

Характеристика пациентов И их показателей	n(%)	Дополнительная характеристика
Пол:		
-мужской	1102(54,1%)	
-женский	936(45,9%)	
Возраст пациентов:		
-4-16лет	94(4,6%)	
-17-30лет	347(17,0%)	
-31-40лет	495(24,3%)	
-41-50 лет	458(22,5%)	
- 51-60 лет	410 (20,1%)	
-61 и старше	234 (11,5%)	
Локализация камня:		
-лоханка	313 (23,2%)	
-чашечки	26 (1,9%)	
-верхняя треть мочеточника	372 (27,6%)	
-средняя треть мочеточника	144 (10,7%)	
-нижняя треть мочеточника	494 (36,6%)	
- рецидивные камни	144 (10,7%)	
-множественные	118(8,7%)	
-коралловидные камни 1-2 ст.	45 (3,3%)	
-камни единственной почки	34(2,5%)	
-камни подковообразной почки.	6(0,4%)	
-резидуальные камни после операции	32(2,4%)	
Плотность камня (Hounsfield)	(n=692):	
-камни с мин. плотностью – до 400 Н,	106 (15,3%)	ДУВЛ произведена по поводу оставшихся в чашечках фрагментов коралловидного камня
-средней плотностью – от 400 до 1000Н,	360 (52,0%)	
-мак. плотностью – выше 1000 Н.	228 (32,9%)	

Минеральный тип камня: -Оксалаты -Фосфаты -ураты -смешанные	(n=1202): 529 (44,0%) 256 (21,3%) 279 (23,2%) 137 (11,4)	Характеристика плотности камня (Н): от 998,6 до 1775,5 от 342,4 до 980,8 от 290,8 до 375,8 от 387,7 до 978,5
Длительность стояния камня в мочеточнике: -до 10 дней -от 11 до 20 дней -от 20 дней и выше	(n=1010) 712 (70,4%) 197 (19,6%) 101 (10,0%)	Развитие эндо- и периуретерита отмечалось 67 (66,3) пациентов с длительностью стояния камня более 20 дней, и у 28(14,2%) пациентов, с длительностью стояния камня от 11-20 дней, установлен стент
Активность хронического пиелонефрита: -обострение -латентное течение	(n=201) 29 (14,4%) 172 (85,6%)	Всем пациентам установлен стент, предварительная антибактериальная терапия.
Наличие почечной колики: -была -не было	114 (19,9%) 226 (39,4%) 234 (40,7%)	

Было произведено 428 (24,3%) сеансов нефро- и 1335 (75,7%) уретеролитотрипсий. Среднее количество сеансов составляло  $1,32 \pm 0,08$ . Результаты ДУВЛ представлены в таблице 4. Отмечается высокая результативность ДЛТ, заключающаяся в полной или частичной дезинтеграции

камня. При этом следует отметить меньшее количество высокоэнергетических импульсов необходимых для разрушения камня при уретеролитотрипсиях по сравнению с нефролитотрипсиями, где используются низкоэнергетические импульсы.

Таблица 4

Результаты ДУВЛ на аппарате Модулит-СЛК (2009-2010 гг.)

n	ДУВЛ	Среднее количество импульсов	Среднее количество сеансов	Результативность
n=301	Камни почек до 1,5 см	$3768,7 \pm 112,5$	$1,35 \pm 0,05$	95,8%
n=91	Камни почек более 1,5 см	$3892,4 \pm 96,5$	$1,38 \pm 0,02$	93,9%
n=144	Рецидивные камни почек до 1,5 см	$3326,6 \pm 168,8$	$1,21 \pm 0,03$	95,2%
n=1010	Камни мочеточников	$2989,1 \pm 187,5$	$1,23 \pm 0,01$	96,4%

При дроблении камней почек размером до 1,5 см (n=301) среднее количество импульсов составляло  $3768,7 \pm 112,5$ . Среднее количество сеансов в этом случае составляло  $1,35 \pm 0,05$ . Дезинтеграции камня удалось добиться у 95,8% больных. При литотрипсии камней почек размером более 1,5 см (91) в среднем использовалось  $3892,4 \pm 96,5$  импульсов. Среднее количество сеансов составило  $1,38 \pm 0,02$ . Полной или частичной дезинтеграции удалось добиться у 93,9% больных. При дроблении рецидивных камней почек размером до 1,5 см (n=144) в среднем использовалось  $3326,6 \pm 168,8$  импульсов. Среднее количество сеансов составило  $1,21 \pm 0,03$ . Дезинтеграции камней удалось добиться у 95,2% больных.

При нефролитотрипсии нами использовались стандартные режимы, предусмотренные данным аппаратом (серия ударных волн до 4000 импульсов, степень энергии ударных волн до 65, частота импульсов 2-3 Гц). Интервалы между сеансами составляли 7-10 суток. При уретеролитотрипсии (n=1010) в среднем использовалось  $2989,1 \pm 187,5$  импульсов (серия ударных волн до 3000 импульсов, степень энергии ударных волн до 90, частота импульсов -2 Гц), среднее количество сеансов составило  $1,23 \pm 0,01$ . Полной или частичной дезинтеграции добились у 96,4% больных. У 92% больных в первые сутки отмечалась транзиторная гематурия, у 251 (18,6%) - обострение каль-

кулезного пиелонефрита, у 380 (28,2%) – приступы почечной колики, у 236 (17,5%) образовалась «каменная дорожка». Основываясь на своих наблюдениях и на литературных данных (Деревянко И.М., 1997) [1] мы считаем, что при почечной колике, обусловленной окклюзией крупным фрагментом или «каменной дорожкой», необходимо проводить ДУВЛ повторно, так как это помогает купировать приступ и усиливает сокращение мочеточников. Одновременно назначали электростимуляцию мочеточника, литокинетическую терапию. В общем 37 (2,7%) больным произведено оперативное вмешательство вследствие неэффективности литотрипсии, окклюзии (закупорки) мочеточника крупным фрагментом и атаки пиелонефрита. Из них 9 КУЛТ, 12 пиелолитотомии и нефролитотомии, 15 уретеролитотомии. 1 больному произведена нефрэктомия по поводу острого тотального гнойного пиелонефрита. У всех больных имел место хронический калькулезный пиелонефрит, поэтому для профилактики обострения последнего согласно посеву мочи проводилась антибактериальная терапия до ДУВЛ и после.

При проведении метафилактических мероприятий мы придерживались следующих принципов: 1) обеспечение адекватного пассажа мочи; 2) устранение мочевой инфекции; 3) коррекция выявленных нарушений метаболизма (снижение концентрации литогенных субстанций мочи и регуляция или нормализация рН мочи); 4) включает диетотерапию, санаторно-курортное лечение и фитотерапии в контексте морфофункциональной взаимосвязи МКБ и заболеваний ЖКТ.

### **Использование минеральных вод Кыргызстана в реабилитации больных с МКБ:**

1. Минеральная вода «Джалал-Абад». Сульфатно-гидрокарбонатно-натриево-кальциевая, рН=7-7,5, минерализация 1,1-1,7г\л. В газовом составе преобладает азот, из биологически активных компонентов имеется бром, фтор, гуминовые вещества, фенолы, аминокислоты. («Лечение и профилактика почечно-каменной болезни на курорте Джалал-Абад», Эсекеев Б.С., 1993).

2. Минеральная вода «Кара-Шоро» слабоминерализованная (2,19г/л) углекислая гидрокарбонатно-хлоридно-натриевая минеральная вода

(«Хирургическое лечение почечно-каменной болезни и ее реабилитация с применением минеральной воды Кара-Шоро», Матазов Б.А., 2012).

3. Минеральная вода «Иссык-Ата» слабоминерализованная (0,3-0,4 г\дм. куб., хлоридно-сульфатно-натриево-фторидная с повышенным содержанием кремниевой кислоты, рН=7,8-8,4 («Совершенствование методов противорецидивного лечения больных мочекаменной болезнью с использованием минеральной воды «Иссык-Ата», Каскеев Д.М., 2014).

Таким образом, нами отражены основные направления современных проблем мочекаменной болезни в КР с эпидемиологическими аспектами, с сопоставлением физико-химических свойств уrolитов, химического состава воды, почвы в одной из проблемных зон высокой частоты заболеваемости МКБ – Баткенской области. Представлены основные современные методы лечения и метафилактики заболевания в контексте с морфофункциональной взаимосвязи МКБ и заболеваний ЖКТ.

### **Литература:**

1. Деревянко И.М., Науменко А.А. Дистанционная литотрипсия в лечении почечной колики // Урол. и нефрол. - 1997. - №1. - С. 25.
2. Тыналиев М.Т. Почечнокаменная болезнь: (Избран. Проблемы нефролитиаза в Киргизии). - Ф.: Мектеп, 1990. – 176 с.
3. Тыналиев М.Т. Эсекеев Б.С. «лечение и профилактика почечно-каменной болезни на курорте Джалал-Абад» / М-во здравоохранения Кырг. Респ., Кырг. гос. мед. ин-т. - Б.: Мектеп, 1993. – 93 с.
4. Эсекеев Б.С. Почечнокаменная болезнь экологотехногенного генеза в условиях Кыргызстана и совершенствование эффективности ее лечения, автореф. д.м.н. - Алматы, 2000.
5. Матазов Б.А. Хирургическое лечение почечно-каменной болезни и ее реабилитация с применением минеральной воды Кара-Шоро. – Б., 2012.
6. Каскеев Д.М. Совершенствование методов противорецидивного лечения больных мочекаменной болезнью с использованием минеральной воды курорта Иссык-Ата. Автореф. к.м.н., Бишкек, 2014.
7. Maria Luigia Giannossi and Vito Summa. Trace element investigations in kidney stones: a pilot case in Basilicata (southern Italy) .Geophysical Research Abstracts, Vol. 13, EGU2011-2198, 2011.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ**

**О.Н. Чернецов, Ч.Б. Алимов, Г.С. Чернецова**

Кыргызско-Российский Славянский университет, кафедра урологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье рассмотрены результаты использования хирургических вмешательств в лечении мочекаменной болезни и калькулезного гидронефроза. Указана результативность использования хирургического метода, дистанционной литотрипсии и контактной литотрипсии при лечении калькулезного гидронефроза. В катамнезе рассмотрены больные, перенесшие хирургическое лечение.

**Ключевые слова:** гидронефроз, мочекаменная болезнь, хирургическое вмешательство, дистанционная литотрипсия.

**ТАШТУУ ГИДРОНЕФРОЗ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООНУ ОПТИМАЛДАШТЫРУУ**

**О.Н. Чернецов, Ч.Б. Алимов, Г.С. Чернецова**

Кыргыз-Орус Славян Университети, Урология кафедрасы.  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада заара таштар оорусу жана таштуу гидронефрозду хирургиялык кийгишүү менен даарылоосунун жыйынтыктары каралган. Хирургиялык ыкманы, дистанттык литотрипсияны жана контакттык литотрипсияны таштуу гидронефрозду даарылоодогу жыйынтыктуулугу көргөзүлгөн. Хирургиялык даарылоодон кийинки бейтаптар катамнезде каралган.

**Негизги сөздөр:** гидронефроз, заара таштар оорусу, хирургиялык кийгилишүү, дистанттык литотрипсия.

**OPTIMISATION OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CALCULOUS HYDRONEPHROSIS**

**O.N. Chernetsov, Ch.B. Alimov, G.S. Chernetsova**

Kyrgyz-Russian Slavic University, Department of Urology  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The article discusses the results of using surgical interventions in the treatment of urolithiasis and calculous hydronephrosis. The efficacy of using the surgical method, remote lithotripsy and contact lithotripsy in the treatment of calculous hydronephrosis is indicated. In the catamnesis, patients underwent surgical treatment were examined.

**Key words:** hydronephrosis, urolithiasis, surgery, remote lithotripsy.

**Ведение.** Значительное количество больных, которые поступают в урологический центр по неотложной урологии, занимают больные с обтурацией верхних мочевыводящих путей и реже с нижними мочевыводящими путями. Чаще всего это связано с мочекаменной болезнью, приступом почечной колики и как следствие с калькулезным гидронефрозом. По мнению многих авторов [1] более 34% больных, обращаются по экстренной урологии, страдающие мочекаменной болезнью и калькулезным гидронефрозом.

Низкая эффективность и достаточно большое количество ранних и поздних послеоперационных осложнений при открытых оперативных вмешательствах заставляют урологов всего мира искать более щадящие методы лечения калькулезного гидронефроза. Необходимо отметить, что больные с мочекаменной болезнью поступают в стационар в тяжелом состоянии [2].

В течение многих лет в урологических отделениях используют инновационные методы хирургического лечения, которые широко внедряются в клиническую практику, т.к. обладают большим количеством преимуществ по сравнению с традиционными методами хирургического лечения, при которых отмечается травматизация здоровых тканей при подходе к патологическому очагу [3].

Это необходимо учитывать при госпитализации больных старшего возраста с массой сопутствующих заболеваний, особенно на фоне тяжелых форм сахарного диабета, а некоторым больным такие открытые оперативные вмешательства вообще противопоказаны.

Операции, проводимые больным с минимальной травматичностью с одной стороны и большим диапазоном диагностических и оперативных возможностей с другой стороны, избавляют больных от паллиативных вмешательств, кото-

рые часто отмечают за собой отдаленные последствия (прогрессирование патологического процесса, социальная дезадаптация) [4].

На протяжении многих лет в клиническую практику внедряется дистанционная литотрипсия [5], т.к. в нашей республике большой процент людей старшего возраста страдают мочекаменной болезнью, и как следствие калькулезным гидронефрозом, который при отсутствии адекватного лечения приводит к различным осложнениям [6]: ХПН, пионефроз, нефроптоз, калькулезный гидронефроз и др.

Новые методы лечения, которые включают инновацию в урологии, меняют тактику лечения обструктивных уропатий. Цели достигаются с применением новых методик, не уступающих по результативности прежним традиционным методам лечения, а по срокам реабилитации значительно превосходят [7].

Целью работы явилось определение достоверности применения хирургического лечения пациентов с мочекаменной болезнью и калькулезным гидронефрозом.

1. Определяли показания к хирургическим вмешательствам.

2. Изучали особенности хирургического вмешательства.

#### Материалы и методы

В ходе проводимых исследований было обследовано 147 больных, которые перенесли открытые операции и 27 больных перенесли дистанционную литотрипсию (длительно).

Возраст больных колебался от 18 до 60 лет. Всем больным было проведено тщательное клинико-лабораторное, рентгеноурологическое и инструментальное обследование, включающее в себя общий анализы мочи, биохимические данные крови, почечно-печеночные тесты, сахар крови, электролиты крови и мочи, ультразвуковое исследование, обзорную и экскреторную урографию, доплерографию сосудов почки по показаниям.

При отборе больных учитывались размеры конкрементов, их плотность и положение конкрементов в чашечно-лоханочной системе, наличие обтурации и стадии калькулезного гидронефроза.

В течение 6-8 мес. за каждым пациентом проводилось наблюдение. Особое внимание уделялось раннему послеоперационному периоду, где была наибольшая вероятность выявить осложнения.

#### Результаты

В ходе исследований было выявлено 27 больных, которым проведена дистанционная литотрипсия, 23 больным проведены повторные сеансы дистанционной литотрипсии, и лишь у 4 человек конкременты отошли после первого дробления. У 9 больных после повторных сеансов дробления – камни сохранились, дистанционная литотрипсия безрезультатна – камни не раздроблены. Всем больным проведено стентирование почек и далее повторное ДЛТ.

120 больным, которым проведено открытое хирургическое вмешательство, конкременты удалены.

В раннем послеоперационном периоде кровотечение у больных не отмечалось.

При наблюдении пациентов в длительном катамнезе, рецидив камней обнаружен у 17 больных. Все они поступали в урологическое отделение с приступами почечной колики, отмечен рецидив мочекаменной болезни.

Средний послеоперационный койко-день составил 9-11 дней, что говорит о хорошей реабилитации пациентов после перенесенной операции.

#### Выводы:

Исходя из проведенного исследования можно отметить, что дистанционная литотрипсия как хирургический метод лечения показывает хороший результат, как в раннем послеоперационном периоде, так и в катамнезе. Поэтому внедрение ДЛТ в урологическую практику и совершенствование таких технологий в дальнейшем просто необходимо.

#### Литература:

1. Аляев Ю.Г. Гидронефроз. – Москва, 2002. С. 13-28.
2. Александров В.П. Хирургическая тактика с применением ДЛТ при фрагментированных коралловидных рецидивных камнях // Александров В.П., Остриков В.П., Фесенко В.П. и др. материалы пленума всероссийского общества урологов. – Екатеринбург 1996. С. 56-61.
3. Мартов А.Г. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия камней нижней группы чашечек почки / Мартов А.Г., Пенюкова И.В., Москаленко С.А., Пенюков В.Г., Пенюков Д.В., Балыков И.С. // Урология. 2013. №3. С. 10-18.
4. De S. Percutaneous nephrolithotomy versus intrarenal surgery: a systematic review and meta-analysis.//De S., Autorino R., Kim F., Eur J., Zargar H., Laydner H., Balsama R., Torricelli F.C., Di Palma C., Molina W.R., Monga M., De Sio M. Eur. Urol. 2015. №67. С 125-137.
5. Doizj S. Comparative study of the treatment of renal stones with flexible ureterorenoscopy in normal weight, obese, and morbidly obese patients.//Doizj S., Letendre J., Bonneau C., Gil Diez de Medina S., Trazer O. Urology. - 2015. - №85(1). - С. 38-44.
6. Чернецова Г.С. Урология / Учебное пособие// Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усунбаев А.Ч., Чернецов О.Н. – Бишкек, 2009. - С.127-129.
7. Чернецова Г.С. Обструктивные уропатии // Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усунбаев А.Ч., Москлев И.Н. – Бишкек, 2005. – С. 134-156.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА СТРИКТУР УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

М.Б. Абдыкалыков<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>1</sup>, Оскон уулу А.<sup>2</sup>, Асилбек уулу У.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра специализированной хирургической помощи Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации;

<sup>2</sup> Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ Кыргызской Республики  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Несмотря на развитие высокотехнологических методов лечения стриктур уретры, частота развития рецидива стриктур уретры на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению. Как правило, при травматических повреждениях мочеиспускательного канала в большинстве случаев из-за отсутствия своевременного, квалифицированного хирургического лечения развивается рубцовое сужение и облитерация мочеиспускательного канала. В данной работе показано основные этиопатогенетические факторы стриктур уретры.

**Ключевые слова:** стриктура уретры, травма, облитерация, хирургическое лечение, профилактика, рецидив

## ОПЕРАЦИЯ ЖАСАЛЫП КӨП УБАКЫТ ӨТКӨНДӨН КИЙИН ЗААРА КАНАЛДЫН КЫСЫЛЫШЫНЫН РЕЦИДИВИНИН ПАЙДА БОЛУШУНУН ПАТОГЕНДИК ФАКТОРЛОРУНУН КЭЭ БИР ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

М.Б. Абдыкалыков<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>1</sup>, Оскон уулу А.<sup>2</sup>, Асилбек уулу У.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,  
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы

<sup>2</sup> Республикалык урология илимий борбору,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бүгүнкү күндө, жогорку технологиялык даарылоо жолдордун өнүгүшүнө карабастан, заара каналдын кысылышынын рецидиви азайышы байкалбайт. Көпчүлүк учурда, заара каналга жаракат алган кезде өз убагында тажрыйбалуу хирургиялык даарылоо болбогондуктан, заара каналдын кысылышына жана бүтөлүп калышына алып келет. Бул илимий иште заара каналдын кысылышына алып келүүчү этиопатогендик факторлор чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** заара каналдын кысылышы, жаракат, облитерация, хирургиялык даарылоо, рецидив.

## SOME FEATURES OF PATHOGENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF RECURRENCE OF URETHRAL STRICTURES IN THE LONG-TERM POSTOPERATIVE PERIOD

M.B. Abdykalykov<sup>1</sup>, V.N. Evsukov<sup>1</sup>, Oskon uulu A.<sup>2</sup>, Asylbek uulu U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute  
for Advanced Training and Retraining,

<sup>2</sup> The Republican Scientific Center of Urology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Despite the development of high-tech methods for treatment of urethral strictures, the frequency of recurrence of urethral strictures is not decreasing today. As a rule, with traumatic damages of the urethra, in most cases, due to the lack of timely, qualified surgical treatment, cicatricial narrowing and obliteration of the urethra develop. In this paper, the main ethiopathogenetic factors of urethral strictures are.

**Key words:** urethras stricture, trauma, obliteration, surgical treatment, prevention, relapse.

**Актуальность.** В последние годы в связи с ростом дорожно-транспортного травматизма, а также большим числом чрезвычайных происшествий (стихийные бедствия, террористические акты, военные действия) во всем мире и у нас в

республике наблюдается высокая частота травматических повреждений, включая переломы тазовых костей и др.

Как известно переломы тазовых костей в подавляющем большинстве случаев влекут за собой повреждения мочевыводящих путей. Несмотря

на детально разработанные методы оперативного лечения повреждений уретры, все же у многих пациентов развиваются стриктуры и облитерация уретры, лечение которых представляет трудную задачу [1,2,3,4,5,6,7].

Наряду с тем, что постоянно совершенствуется техника оперативного вмешательства при лечении стриктур мочеиспускательного канала, разработаны методы уретропластики, внедрены методы эндоскопической реканализации [1,2,4,6,7,8,9,10], до сих пор не определены приоритеты в плане послеоперационного лечения больного. У многих пациентов повторно развиваются рецидивные стриктуры уретры.

Частота рецидивов стриктур уретры по данным разных авторов [11,12,13,14,15] колеблется от 12% до 56%, а эффективность лечения составляет не более 70-80%. Анализируя вышеизложенное, можно заключить, что и в настоящее время профилактика и лечение рецидивных стриктур уретры является одной из важных проблем урологии, и ее решение имеет большое медико-социальное значение.

Обширный воспалительный процесс, присутствующий при стриктурах уретры и распространяющийся на паравуретральные ткани, отягощает течение послеоперационного периода, задерживает репаративные способности раневого участка, способствует развитию рецидивов, что требует более тщательного и серьезного отношения к послеоперационному лечению [16,17].

Из литературных данных известно, что реакции клеточных мембран на повреждение, механизмы альтерации клеток при воспалительных процессах в основном расшифрованы. В конечном итоге все они обусловлены свободнорадикальной агрессией и процессами перекисного

окисления липидов и белков важнейших компонентов клеточной стенки [18,19].

Несмотря на то, что функциональная активность физиологической антиоксидантной системы разных органов и тканей вариабельна, механизмы антиоксидантной защиты универсальны для всех живых клеток независимо от их структурно-тканевой организации. Это объясняет все возрастающий в последние годы интерес к возможностям поддержки и стимуляции этих процессов с целью повышения жизнеспособности организма при угрозе развития каких-либо поражений или при наличии различных заболеваний.

Учитывая вышеизложенное, нами была проведена работа по поиску патогенетических причин и разработка новых методов ранней послеоперационной реабилитации анастомозированного участка уретры, направленных на улучшение результатов оперативного лечения стриктур уретры и снижения рецидивов.

**Цель:** Изучение патогенетических факторов стриктур уретры для усовершенствования подходов к профилактике послеоперационных рецидивов, направленных на улучшение качества жизни больных.

#### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 340 больных, получавших оперативное лечение по поводу стриктур уретры - в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР. Все больные мужского пола в возрасте от 15 до 70 лет были госпитализированы в период с 1991 года по 2016 год включительно. Распределение больных по возрасту и давности заболевания даны в таблице 1 и 2.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст	Количество больных	
	Абс.	%
До 20 лет	12	3,5
От 21 до 40 лет	116	34,1
От 41 до 60 лет	172	50,5
Старше 60	40	11,7
Всего	340	100

Среди лечившихся больных преобладали преимущественно лица самого активного трудоспособного возраста от 41 до 60 лет, что составило 172 (50,5%) от общего числа пациентов. Эти цифры показывают, что проблема лечения стриктур уретры по-прежнему является не только медицинской, но и социальной.

Нас интересовала давность заболевания поступивших больных и изучение этого вопроса показало, что основной контингент: 215 (63,2%) от общего числа больных составили преимущественно пациенты, которые обратились с жалобами на нарушение мочеиспускания до 1 года от начала заболевания, однако и пациенты с давностью заболевания более 5 лет не были редкостью и составили 8 (2,3%).

Таблица 2

Распределение больных по давности

Давность заболевания	Количество больных	
	Абс.	%
До 1 года	215	63,2
От 1 до 3 лет	92	27
От 3 до 5 лет	14	4,1
От 5 до 10 лет	8	2,3
Свыше 10 лет	11	3,2
Всего больных	340	100

Мы обратили внимание на особенности клиники и при анализе симптоматики больных со стриктурами уретры и было установлено, что для всех поступивших наиболее характерными были боли внизу живота и нарушения мочеиспускания, а также сексуальные расстройства, которые имели место у всех обследованных.

Таким образом, анализируя наши клинические наблюдения, можно отметить, что основную массу больных составили лица в наиболее трудоспособном возрасте с давностью заболевания в большинстве случаев до 1 года. Основными признаками заболевания был болевой синдром, дизурические явления и сексуальные расстройства.

При изучении распределения больных со стриктурами уретры по основным классификационным характеристикам заболевания мы использовали классификацию стриктур уретры по В.И. Русакову (1991), на наш взгляд более приемлемую для практических врачей.

На основе анамнестических данных был проведен анализ причин, приведших к развитию стриктур различных отделов уретры. При этом было установлено, что наибольший удельный вес занимают стриктуры заднего отдела мочеиспускательного канала 281 (82,9%), явившиеся следствием травматических повреждений в частности при переломе костей таза.

Также нередко имели место стриктуры мочеиспускательного канала ятрогенного характера

67 (19,8%), а стриктура воспалительного генеза выявлена у одного больного (1,6%). Она была следствием гонококковой инфекции и занимала перепончато-простатические и мошоночно-перепончатые отделы мочеиспускательного канала.

Наряду с этим, результаты инструментальных исследований показали, что чаще возникали стриктуры в перепончатом 163 (48,2%) отделе уретры вследствие травм. Наиболее редкими были стриктуры интрамурального 13 (3,9%) отдела мочеиспускательного канала.

Анализ частоты стриктур уретры в зависимости от их этиологии и локализации показал, что в подавляющем числе случаев 284 (83,8%) причиной развития стриктур практически всех локализаций являются травматические повреждения, среди которых поражение перепончатого отдела мочеиспускательного канала носит значительно преобладающий характер.

Изучение распределения больных со стриктурами уретры по патогенезу показало, что у большинства пациентов установлена стриктура уретры первичного характера, что составило 250 (73,5%). Среди больных с рецидивными стриктурами уретры 90 (26,4%) наблюдались в основном ранее оперированные и при этом однократно 36 (10,5%), дважды 30 (8,8%) и трижды 24 (7,05%), что указывает на тяжесть состояния поступивших на лечение больных.

Таблица 3

Распределение больных со стриктурами уретры по патогенезу

Характеристика	Количество больных	
	Абс.	%
Первичные	250	73,5
Рецидивные:	90	26,4
Оперированные 1 раз	36	10,5
2 раза	30	8,8
3 раза	24	7,05
Всего больных	340	100



Практически у всех поступивших на стационарное лечение диагностированы осложненные стриктуры уретры. Осложнения носили как общий, так и местный характер. Изучение характера осложнений у больных с осложненными стриктурами уретры выявило, что чаще осложнения были местного характера 223 (65,7%).

С наибольшей частотой встречались такие осложнения, как циститы 237 (69,9%), пиелонефриты 191 (56,3%), нарушения половой функции 154 (45,5%), образование свищей 60 (17,8%) и простатиты 101 (29,9%).

Характер распределения осложнений был равномерным в обеих группах, включая соотношение выявления свищей, имеющих преимущественное значение в плане оперативного лечения. Так, в контрольной группе наблюдалось 8 (19,3%) больных со свищами а в основной – 7 (18,7%).

Изучение распределения больных в зависимости от степени сужения мочеиспускательного канала показало, что почти все пациенты (97,3%) имели стриктуры, не проходимые для бужей.

Таким образом, анализ результатов изучения распределения больных со СУ по основным классификационным характеристикам заболевания позволил заключить, что основной контингент в нашем исследовании составили больные трудоспособного возраста с посттравматическими стриктурами, преимущественно локализованными в перепончатом отделе уретры, которым было показано оперативное лечение.

#### Выводы:

1. В настоящее время профилактика и лечение рецидивных стриктур уретры является медико-социальной проблемой.

2. Обширный воспалительный процесс, присутствующий при стриктурах уретры и распространяющийся на параретральные ткани отягощает течение послеоперационного периода, задерживает репаративные способности раневого участка, способствует развитию рецидивов, что требует более тщательного и серьезного отношения к послеоперационному лечению.

3. Известно, что реакции клеточных мембран на повреждение, механизмы альтерации клеток при воспалительных процессах в основном обусловлены свободнорадикальной агрессией и процессами перекисного окисления липидов и белков важнейших компонентов клеточной стенки, поэтому назначение антиоксидантной терапии является основным компонентом против появления рецидива.

#### Литература:

1. Баранов С.Д., Суханов С.В. Инвагинация уретры по Соловову у больных с облитерацией задней уретры и малым мочевым пузырем вследствие рака предстательной железы // Урология и нефрология. – 1996. - № 6. – С. 45-48.
2. Камалов А.А., Ковалев В.А., Буров В.Н. Оперативное лечение посттравматических стриктур и облитераций уретры // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С.565-566.
3. Красулин В.В., Серебренников С.М., Жульнев А.П. Хирургическое лечение стриктур и облитераций уретры. – Ростов н/Д., 1999. – 272 с.
4. Газымов М.М., Семенов Н.С., Ефимов Л.П. Реабилитация больных с травматическим повреждением уретры // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С.531-532.
5. Long-term evaluation of the treatment results of male urethral stenosis. M. Hermanowicz, J. Massande, D. Rossi et al. // Ann. Urol (Paris). – 1990. – Vol. 24, N 1. – P. 68-72.
6. Koraitim MM Pelvic fracture urethral injuries: evaluation of various methods of management // J. Urol. – 1996. – Vol. 156, N 4. – P. 1288-1291.
7. Andrich D.E., Mundy A.R. Urethral strictures and their surgical treatment // BJU International – 2000. – Vol. 86. – P. 571-580.
8. Шкуратов С.И. Современные способы лечения стриктур уретры. // Урология. – 2002. - № 3. – С. 58-61.
9. Трапезникова М.Ф., Анкудинов А.Г. Функция нижних мочевых путей у больных с травматической стриктурой уретры. // Урология и нефрология. – 1986. - № 1. – С. 35-39.
10. Elliott DS., Barrett DM. Long-term follow-up and evaluation of primary realignment of posterior urethral disruptions // J. Urol. – 1997. – Vol. 157, N 3. – P. 814-816.
11. Ткачук В.Н., Комяков Б.К. Оперативное лечение стриктур уретры // Урология и нефрология. – 1990. - № 6. – С. 59-62.
12. Chalouhy E., Jabbour M., Hrmache K. Management posttraumatic posterior urethral disruption. // J. Medical Libanais - 1997. – Vol. 45, N 4. – P. 201-205.
13. Goel M.C., Kumar M., Kapoor R. Endoscopic management of traumatic posterior urethral stricture: early results and followup // J. Urol. – 1997. – Vol. 157, N 1. – P. 95-97.
14. MartinezCarrancio L., Carimaldi Peres S., CalerasChecci C. Stenosis of the membranous bulbar urethra: our experience in termino-terminal urethroplasty [Spanish] // Actas Urologicas Espanolas - 1998. - Discussion 354. – Vol. 22, N 4. – P. 350-353.
15. Wadhwa S.N., Chahal R., Hemal A.K. Management of obliterative posttraumatic posterior urethral strictures after failed initial urethroplasty // J. Urol. – 1998. – Vol. 159, N 6. – P. 1898-1902.
16. Каримбаев К., Кисалу М., Кагва С. Двухэтапная уретропластика при сложных и осложненных стриктурах уретры // Урология и нефрология. – 1999. - №5. – С. 22-26.
17. Treatment of stenoses of the penile urethra by urethroplasty with dorsal pedicled patch: roofing urethroplasty French A.W. El-Kassaby, M. Fath-Alla, W. Maged, A. Abdel-Aal // Progres en Urologie -1998. – Vol. 8, N 6. – P. 1022-1028.
18. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М., Наука, 1972. – 252 с.
19. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита // Стоматология. – 1991. - № 4. – С. 5-10.

**АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ  
КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

**Э.К. Асанкулов, Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра акушерства и гинекологии №1  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье проведен ретроспективный анализ 95 историй родов женщин с аномалиями прикрепления плаценты, родоразрешенных в Городском Перинатальном Центре в 2016 году. Проведен анализ литературных данных, частоты аномалий прикрепления плаценты, исхода беременности и родов.

**Ключевые слова:** предлежание плаценты, плотное прикрепление и приращение плаценты, кесарево сечение, кровотечение.

**БАЛА ТОНУНУН ЖАБЫШУУ АНОМАЛИЯЛАРЫ  
АКУШЕРЛИК КАН АГУУНУН КООПТУУ ФАКТОРУ КАТАРЫ**

**Э.К. Асанкулов, Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада 2016-жылы Шаардык Перинаталдык Борбордо, бала тонунун жабышуу аномалиялары менен төрөгөн аялдардын төрөт баяндарына ретроспективдүү талдоо жүргүзүлгөн. Адабияттык маалыматтар, бала тонунун жабышуу аномалиялардын жыштыгы, кош бойлуулуктун жана төрөттөрдүн натыйжалары боюнча талдоо жүргүзүлгөн.

**Негизги сөздөр:** бала тонунун алдыда жайгашуусу, бала тонунун бекем жабышып калуусу жана өсүшү, кесардык кесүү, кан агуу.

**ANOMALIES OF PLACENTAL IMPLANTATION,  
AS A FACTOR OF OBSTETRICAL HEMORRHAGE RISK**

**E.K. Asankulov, D.M. Subanov, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Department of obstetrics and gynecology № 1  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Retrospective analysis of 95 women delivery case histories with anomalies of placental implantation, taking place in Urban Perinatal Centre in 2016 year is given in this article. Analysis of literary findings, frequency of placental implantation anomalies, outcome of pregnancy and deliveries is carried out.

**Key words:** placental presentation, dense placental implantation and adherent placenta, cesarean section, hemorrhage.

**Введение**

В последние годы наметилась стойкая тенденция увеличения частоты органосберегающих операций на матке при неотложных состояниях в акушерской практике.

Одним из грозных осложнений течения беременности и родов являются аномалии прикрепления плаценты, приводящие к массивным акушерским кровотечениям, влекущим за собой удаление детородного органа и даже смерть женщин. В структуре акушерских патологий, аномалии прикрепления плаценты занимают особое место, благодаря широкому полиморфизму морфологических вариантов

(предлежание плаценты, плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты, врастание плаценты, прорастание плаценты) [1,2]. Более того, при повторных беременностях после перенесенных операций кесарева сечения, зачастую встречаются такие серьезные осложнения, когда плацента прикрепляется в области нижнего сегмента матки и ворсины хориона пенетрируют миометрий и периметрий с инвазией в соседние органы – мочевого пузыря, прямую кишку.

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост распространенности данного осложнения, что в немалой степени обусловлено

увеличением частоты операций кесарева сечения и, как следствие, беременностей с рубцом на матке [3,4]. Выявлена четкая причинная связь локализации врастания плаценты с наличием рубца на матке после кесарева сечения, поскольку зона врастания ворсин чаще всего находится на передней стенке в нижнем сегменте матки, т.е. по месту типичного ее разреза [5].

По мнению экспертов ВОЗ, основными факторами риска материнской летальности при акушерских кровотечениях являются недооценка факторов риска, несвоевременная диагностика особенностей плацентации, неадекватная и несвоевременная терапия, отсутствие прегравидарной подготовки [1,6].

К сожалению, до сегодняшнего дня основным методом борьбы с интраоперационным кровотечением остается гистерэктомия, в результате чего пациентки утрачивают репродуктивную функцию. Согласно мировым статистическим данным, аномалии прикрепления плаценты являются ведущей причиной акушерских гистерэктомий [7].

**Цель исследования:** Изучить частоту встречаемости аномалий прикрепления плаценты, особенности течения беременности и исходы родов при данной патологии.

**Материалы и методы исследования**

Нами был проведен ретроспективный анализ 95 историй родов женщин с аномалиями прикрепления плаценты, родоразрешенных в

Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) г. Бишкек в 2016 году.

За 2016 год в ГПЦ было зарегистрировано 9667 родов. Из них 1424 (14,7%) женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения, что составило 14,7% от общего числа родов. Из 9667 рожениц аномалии прикрепления плаценты диагностированы у 95 женщин, что составило 1%.

При анализе историй родов тщательно оценивались: анамнез, объективный статус, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода. Статистическая обработка выполнялась программой SPSS версия 20.

**Результаты и их обсуждение**

В ГПЦ за 2016 год были родоразрешены 95 беременных с аномалиями прикрепления плаценты. Учитывая отсутствие условий для родоразрешения через естественные родовые пути – плацента перекрывала внутренний зев цервикального канала, 80 (84,2%) беременным была произведена операция кесарево сечение. Из них, в плановом порядке прооперированы 38 (40%) женщин, 42 (44,2%) женщины родоразрешены в экстренном порядке. У 15 (15,7%) женщин беременность завершилась самостоятельными родами.

Все пациентки в зависимости от места локализации плаценты разделены на 4 группы (табл. 1):

Таблица 1

Виды аномалий плацентации

Вид аномалии	Число аномалий	% от общего числа аномалий
Центральное предлежание плаценты (placenta praeviacentralis)	42	44,2
Краевое предлежание плаценты(placenta praeviamarginalis)	9	9,4
Боковое предлежание плаценты(placenta praevialateralis)	5	5,2
Низкое предлежание плаценты(placenta praeviahumilis)	29	30,5

При центральном предлежании плаценты в 3 (7,1%) случаях отмечалось плотное прикрепление плаценты; в 2 (4,7%) случаях врастание плаценты в миометрий; в 14 (33,3%) случаях прорастание плаценты через всю стенку матки, из них 3 (7,1%) случая сопровождались инвазией в мочевоу пузырь.

При низком предлежании плаценты на долю плотного прикрепления пришлось 6 (20,6%) случаев, врастания плаценты в миометрий 1

(3,4%) случай, прорастание плаценты через все слои матки 3 (10,3%) случая, приращения плаценты 2 (6,8%) случая.

При краевом предлежании отмечен 1 (11,1%) случай плотного прикрепления и 1 (11,1%) случай прорастания плаценты.

При боковом предлежании диагностирован 1 (20%) случай приращения плаценты.

Процентное соотношение аномалий прикрепления плаценты представлено на рис. 1.

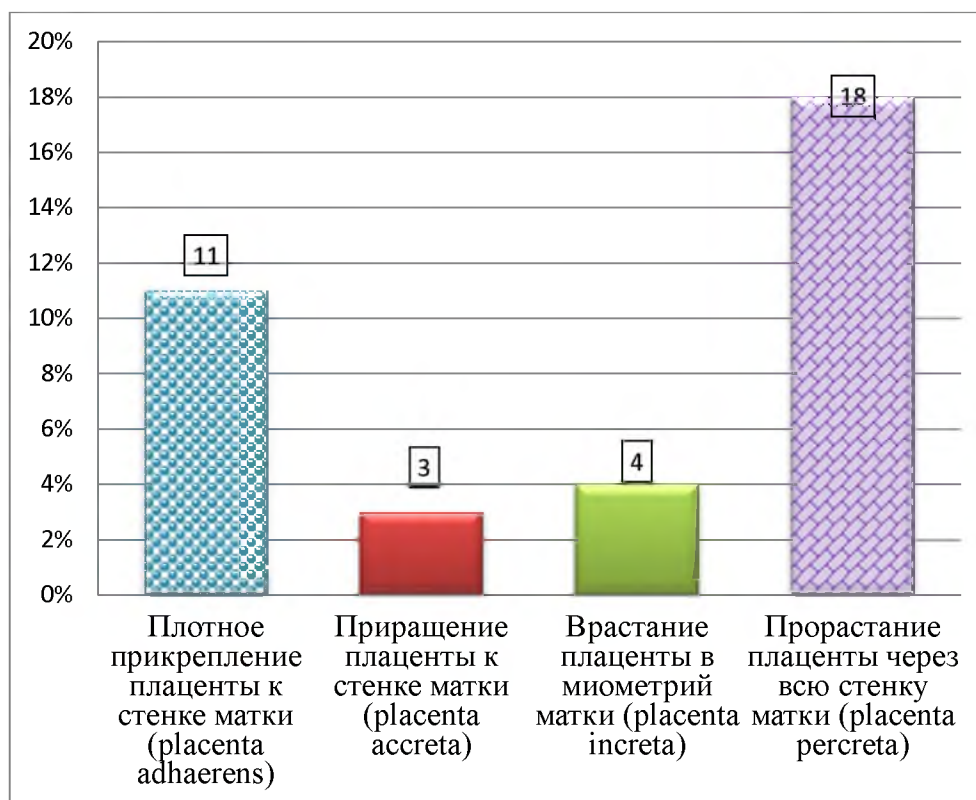


Рис. 1. Виды аномалий прикрепления плаценты.

Из 95 исследуемых женщин на учете состояли 89 (94%). Возраст рожениц составлял от 21 до 45 лет. Средний возраст составил  $30 \pm 5$  лет. Все женщины были прописаны и проживали в городе Бишкек. Из них были: домохозяйками - 84 (88,4%), работающими - 11 (11,5%). В браке состояли все 95 женщин. При изучении менструальной функции выяснено, что менархе наступало в возрасте от 12 до 16 лет, а средний возраст менархе составил  $14 \pm 1,1$  год. Продолжительность менструального цикла была  $28 \pm 1,5$  дня. Длительность менструации -  $5 \pm 1$  день.

При поступлении в стационар, жалобы на кровянистые выделения из половых путей зафиксировано у 83 (66,3%) рожениц, на тянущие боли в нижней части живота у 21 (22,1%) роженицы, родовое излитие околоплодных вод у 3 (3,1%) рожениц.

Из анамнеза выяснено, что у 27 (28,4%) женщин, предыдущие беременности закончились медицинским абортom, причем у 24 (25,2%) пациенток, искусственное прерывание беременности предшествовало настоящей беременности. У 18 (18,9%) женщин в анамнезе отмечена замершая беременность с неоднократным выскабливанием полости матки. Самопроизвольные выкидыши произошли у 14 (14,7%) пациенток. У 1 (1%) роженицы

настоящей беременности предшествовала операция по поводу внематочной беременности.

Гинекологические заболевания выявлены у 29 (30,5%) женщин: воспалительные заболевания гениталий у 18 (18,1%), аденомиоз у 1 (1%), миома матки у 7 (7,3%) женщин. На долю пороков развития половых органов (двурогая матка, седловидная матка) приходится 3 (7,4%) случая.

Рубец на матке после перенесенной операции кесарево сечение имели 36 (37,8%) рожениц. Кесарево сечение в анамнезе значилось: однократно у 15 (15,7%) женщин, двукратно у 11 (11,5%), трехкратно у 10 (10,5%) пациенток. Осложнения беременности наблюдались у 60 (63,1%) исследуемых женщин: преэклампсия тяжелой степени - 2 (2,1%), родовое излитие околоплодных вод - 3 (3,1%), многоводие - 4 (4,2%), маловодие - 1 (1%), гестационный пиелонефрит - 1 (1%), анемия - 49 (51,5%) случаев. Кровотечение во время родов зарегистрировано у 95 пациенток (из них у 3 (3,1%) рожениц кровопотеря была физиологической). По объему кровопотери в родах все женщины были разделены на следующие группы: до 1000 мл; 1000-2000мл; 2000-3000мл; более 3000мл (табл.2).

Распределение групп по количеству кровопотери

Количество кровопотери	Число женщин	% соотношение	Средний объем кровопотери (мл)
До 1000 мл	56	58,9	626±15
1000-2000 мл	29	30,5	1360±15
2000-3000 мл	4	4,2	2625±15
Более 3000 мл	6	6,3	3133±15

Для остановки кровотечения в 5 (5,2%) случаях использованы консервативные методы – ручное обследование полости матки с внутривенным введением утеротонических средств и восполнением объема циркулирующей крови.

В 87 (91,5%) случаях пришлось прибегнуть к хирургическому гемостазу посредством: перевязки маточных артерий в 48(55,1%)

случаях, перевязки внутренних подвздошных артерий в 26(29,8%) случаях, перевязки маточных артерий в сочетании с перевязкой внутренних подвздошных артерий в 13(14,9%) случаях. Из них в 7 (7,4%) случаях, перевязка маточных сосудов потребовалась пациенткам после самостоятельных родов.

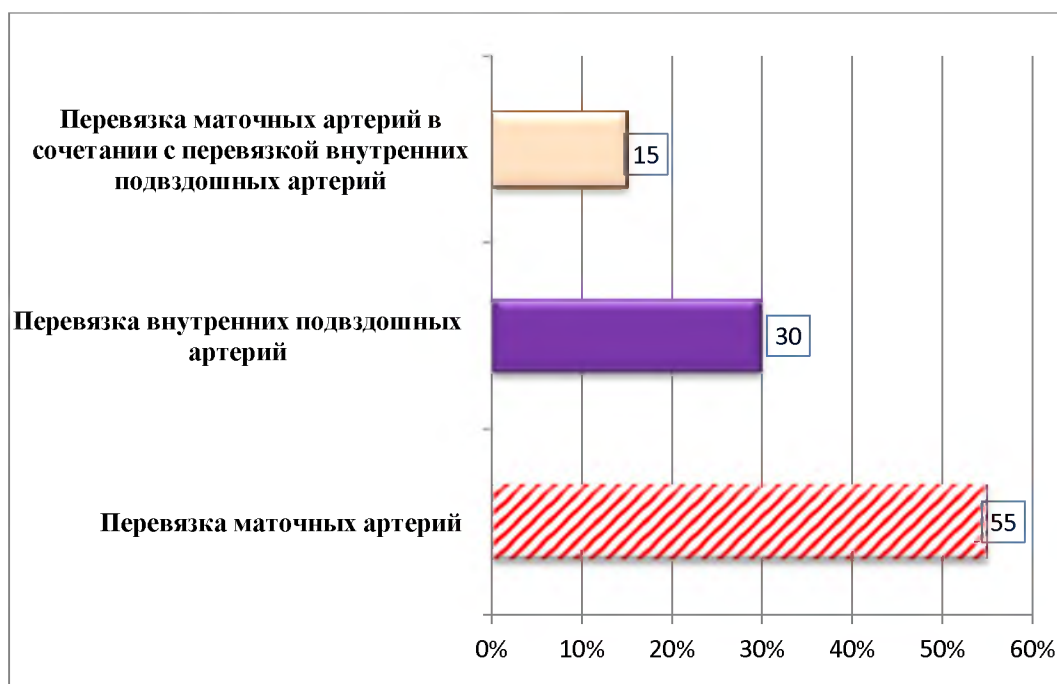


Рис. 2. Применение методов хирургического гемостаза.

В 26 (27%) случаях органосохраняющую операцию провести удалось: субтотальной гистерэктомии подверглись 24 (25,2%) роженицы, тотальной гистерэктомии – 2 (2,1%).

На свет появились 95 детей: 49 (51,5%) - доношенных, 44 (46,3%) - недоношенных и 2 (2,1%) - мертвых ребенка.

#### Выводы:

1. В результате проведенного анализа историй родов за 2016 год по ГПЦ выяснено, что кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде несет реальную угрозу не только для рожениц, но и для их плодов. 44

(46,3%) ребенка родились недоношенными, 2 (2,1%) мертвыми.

2. Из-за массивной кровопотери, связанной с затруднением отделения ворсин в стенку матки плаценты, 26 (27%) женщин утратили свою репродуктивную функцию в результате удаления матки. 87 (91,5%) пациенткам потребовался хирургический гемостаз (перевязка маточных артерий; перевязка внутренних подвздошных артерий). Согласно международным стандартам, для обеспечения гемостаза при перевязке маточных сосудов следует применять баллонную тампонаду, которая окклюзирует плацентарную площадку.

3. Предлежание плаценты с ее вращением чаще развивается у женщин, в анамнезе которых имело место оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение, причем неоднократно.

4. Особое внимание необходимо обратить на выбор метода срока родоразрешения у данного контингента беременных женщин со своевременной оценкой акушерской ситуации для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства.

5. Для предупреждения развития данной патологии необходимо уделять особое внимание планированию семьи, прегравидарной подготовке, своевременной диагностике аномалий плацентации и планированию родоразрешения в условиях стационара третичного уровня.

#### **Литература:**

1. Давыдов А.И., Азрба И.Б., Волощук И.Н. Патогенез патологии прикрепления плаценты // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. - №1. – С.48-55.
2. Чермных С.В., Чайка А.В., Карамян Е.С. Некоторые аспекты аномальной локализации плаценты. - М.: Издательство журнала *Status Praesens*, 2016. – 61 с.
3. Räsänen S., Kancherla V., Kramer M.R., Gissler M., Heinonen S. Placenta previa and the risk of delivering a small-for-gestational-age newborn // *Obstet. Gynecology*. – 2014. - 124(2 Pt 1). – P. 85-91.
4. Вращение предлежащей плаценты у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление/ Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю. и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2015. - №11. – С. 41-45.
5. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю., Сонголова Е.Н. Опыт органосохраняющих операций при вращении плаценты // *Status Praesens*. – 2013. - №3 (14). – С. 14-19.
6. World Health Organization. *Women and Health. Today's evidence tomorrow's agenda //WHO report.- WHO, 2012.- P. 2-3.*
7. Семенова М.В., Талабадзе А.С. Аномалии прикрепления плаценты: особенности диагностики и терапии. // *Актуальные вопросы и перспективы развития медицины: сб. науч. трудов*. – Омск, 2014. – С.10-11.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
ВРОЖДЕННЫХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ**

**С.Дж. Боконбаева, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Т.М. Бектурсунов**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Изучены особенности клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний. Освещены клинические проявления, рентгенологические данные новорожденных детей с врожденной и неонатальной пневмонией.

**Ключевые слова:** врожденная, неонатальная пневмония, клиника, новорожденные.

**ТУБАСА ЖАНА НЕОНАТАЛДЫК ПНЕВМОНИЯНЫН  
КЛИНИКАЛЫК АГЫМЫНЫН САЛЫШГЫРМАЛУУ АНАЛИЗИ**  
**С.Дж. Боконбаева, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Т.М. Бектурсунов**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Тубаса жана неонаталдык пневмониянын клиникалык агымынын өзгөчөлүктөрү изилденди. Ымыркайлардын тубаса жана неонаталдык жана рентгендик көрсөткүчтөрү чагылдырылды.

**Негизги сөздөр:** Тубаса, неонаталдык пневмония, клиника, ымыркайлар.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE  
OF CONGENITAL AND NEONATAL PNEUMONIA**  
**S. Dzh. Bokonbaeva, S.T. Nurzhanova, A.A. Kakeeva, T.M. Bektursunov**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** The clinical features studied of congenital and neonatal pneumonia. In this article are covering the clinical manifestations, radiological findings of newborn children with congenital and neonatal pneumonia.

**Keywords:** congenital, neonatal pneumonia, hospital, newborn.

**Введение**

В структуре младенческой заболеваемости и смертности в стране перинатальная патология стоит на 1-ом месте, составляя 63,5% [1,2,3,4,6,7]. Актуальность изучения неонатальных пневмоний обусловлена ростом тяжести и летального исхода заболевания [8]. По данным Республиканского Медико-Информационного Центра (РМИЦ) Минздрава Кыргызской Республики (КР) (2012) в структуре общей заболеваемости детей в КР болезни органов дыхания стоят на 1-ом месте, составляя 40,6%. В структуре же младенческой смертности перинатальная патология, в которую входят врожденные пневмонии (ВП) и неонатальные пневмонии (НП), также занимает 1-ое место и составляет 63,5%. По убеждению авторов Российского Национального Руководства (РНР), в неонатальном периоде диагноз пневмония может считаться верифицированной только после рентгенологического подтверждения [2]. На сегодняшний день дискуссионными остаются вопросы особенностей клинического течения и дифференциальной диагностики врожденных и приобретенных неонатальных пневмоний.

**Цель работы:** Изучить особенности клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний у детей.

**Материалы и методы**

Обследовано 257 детей. Обследованные дети были подразделены на 2 группы: первую группу составили 106 новорожденных, у которых была диагностирована врожденная пневмония (развитие в первые 72 часа после рождения). Во 2-ю группу были включены 151 новорожденных с приобретенной внебольничной пневмонией в неонатальном периоде, поступивших в отделения патологии и реанимации новорожденных Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Клиническое обследование новорожденных осуществлялось с помощью общепринятых физических методов в условиях термонейтральной зоны, с соблюдением стандартных условий для новорожденных детей.

Клиническое обследование новорожденного включало:

- оценку новорожденного по шкале Apgar (1967) и объема использованной первичной реанимационной помощи при рождении;

■ оценку физического развития новорожденного проводили с использованием перцентильных таблиц по весоростовым показателям и по признакам морфофункциональной зрелости таблицы Ballard при рождении;

■ оценка явлений дыхательной недостаточности проводилась по шкале Даунса, согласно которой дыхательная недостаточность оценивалась по 5 критериям: цианоз кожных покровов, втяжение податливых мест грудной клетки, хрипы при дыхании, крик, частота дыхания, каждый показатель оценивался от 0 до 2 баллов.

■ оценку клинической тяжести заболевания проводили по методике Сотниковой Н.Ю. (легкая ДН I ст., средне-тяжелая ДН I-II ст., тяжелая ДН I-III ст.).

Так же тяжесть состояния оценивалась по наличию опасных признаков у новорожденных детей и степени дыхательной недостаточности [5]. К опасным признакам, указывающим на крайне тяжелое заболевание, были отнесены: неспособность сосать грудь; судороги; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в 1 мин. или апноэ; частота дыхания свыше 60 в 1 мин; кряхтящее дыхание, сильное втяжение грудной клетки, центральный цианоз. Симптомами тяжелой дыхательной недостаточности новорожденных считали: затруднен-

ное дыхание, вовлечение вспомогательной дыхательной мускулатуры, тахипноэ, быстрое утомление или брадипноэ, отсутствие сосания и глотания.

На этапе пребывания ребенка в реанимационном отделении проводился контроль витальных функций прикроватными мониторами "Philips". Мониторинг включал постоянный контроль электрокардиограммы, частоты дыхания и сердечных сокращений, артериального давления, температуры, насыщения гемоглобина кислородом.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием программ «SPSS 16». Достоверность разности относительных показателей было закодировано следующими кодами: \* -  $p < 0,05$  (95,0%); \*\* -  $p < 0,01$  (99,0%); \*\*\* -  $p < 0,001$  (99,9 %).

#### Результаты и обсуждение

Нами проведено сравнительное изучение клинико-рентгенологических данных врожденных и неонатальных пневмоний у новорожденных детей. Анализ данных приведенных в таблице показывает, что имеется ряд достоверных клинико-рентгенологических различий врожденных и неонатальных пневмоний. Так, реакция детей на осмотр при врожденных пневмониях была вялая ( $p < 0,01$ ), а при неонатальных пневмониях наоборот беспокойная ( $p < 0,001$ ). (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-лабораторные данные врожденных и неонатальных пневмоний

Симптомы	Вид пневмонии	Врожденные n- 106(100%)	Неонатальные n- 151(100%)
Реакция на осмотр:	- беспокойный	16,0%	61,58%***
	- вялый	75,5%**	36,42%
	- кома	8,5%	1,98%
Температура:	- нормальная	91,5%	66,89%
	- гипертермия	8,5%	33,11%***
	- гипотермия	-	-
Гипоксическая энцефалопатия	- синдром угнетения	92,45%**	47,68%
	- синдром возбуждения	39,6%*	24,5%
	- судорожный синдром	34,9%**	17,88%
	- судорожный синдром	17,6%**	5,29%
Физиологические рефлексы:	- ослаблены	74,5%	70,19%
	- угнетены	21,7%*	11,92%
	- не сосет	78,3%	82,78%
	- не глотает	21,7%*	11,92%
Кожные покровы:	- бледные	24,5%	17,88%
	- центральный цианоз	29,2%*	17,88%
	- субиктеричные	-	26,49%**
	- акроцианоз	97%	88,74%***



**РАЗНОЕ**

Усиленная венозная сеть на передней брюшной стенке	42,5%	34,43%
<b>Мышечный тонус:</b>		
- переменный	-	6,62%
- повышен	3,8%	79,47%***
- снижен	88,7%***	11,92%
- атония	5,7%	1,98%
Одышка	98,1%***	27,81%
ИВЛ	72,6%***	-
<b>ДН по шкале Даунса:</b>		
- менее 6 баллов	-	66,22%***
- 6 - 8 баллов	27,4%	26,49%
>8 баллов	72,6%***	7,28%
<b>ЧД:</b>		
- норма	-	17,88%**
- тахипноэ	91,5%*	74,83%
- брадикапноэ,	8,5%	7,28%
<b>Аускультация:</b>		
Дыхание:	28,3%	10,59%
- жесткое	71,7%	89,41%*
- ослабленное		
<b>Хрипы:</b>		
- отсутствуют	27,4%***	4,63%
- разнокалиберные	17,9%**	5,29%
- мелкопузырчатые +крепитация	36,7%	80,13%**
- проводные	17,9%*	9,93%
<b>ЧСС:</b>		
- норма	38,67%	59,6%*
- тахикардия	57,5%*	33,11%
- брадикардия	3,8%	7,2%
<b>Тоны сердца:</b>		
- ритмичные, ясные	15,1%	9,93%
- ритмичные, приглушены	84,0%	88,07%
- аритмичные	0,9%	1,98%
- систолический шум	18,9%	18,54%
Печень >1,5 см	34,9%	74,83%**
Больше 3 см	-	9,27%*
<b>Осложнения:</b>		
- отек головного мозга	26,8%***	3,97%
- геморрагический синдром	24,4%***	0,66%
- ЯНЭК	2,8%	
- ВЖК	12,2%***	
<b>Рентгенологическая картина:</b>		
- сегментарная пневмония	58(100%)	151(100%)
- долевая	27,58%***	2,64%
- двусторонняя очаговая	22,41%***	-
- субтотальная	29,31%	66,22%**
- правосторонняя очаговая	5,17%	-
- левосторонняя очаговая	13,79%	29,13%**
	1,72%	1,98%
<b>Исход:</b>		
- выписан домой	51,9%	99,33%*
- перевод на 2-ой этап	39,6%	-
- летальный	8,5%**	0,67%

Дети с врожденной пневмонией более чем в 4 раза чаще, чем с приобретенной, находились в коме. Температурная реакция в виде гипертермии наоборот достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) определялась при неонатальных пневмониях. Гипоксическая энцефалопатия со всеми синдромами (угнетения, возбуждения, судорожным) и угнетение физиологических рефлексов вплоть до отсутствия акта глотания чаще наблюдались при врожденных пневмониях (соответственно  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ). Достоверным проявлением врожденных пневмоний являлись центральный цианоз ( $p < 0,05$ ), а неонатальных - субиктеричность ( $p < 0,01$ ). При врожденных пневмониях мышечный тонус достоверно чаще был снижен, а при неонатальных - повышен ( $p < 0,01$ ). Одышка с участием всей вспомогательной мускулатуры и высокой балльной оценкой ДН по шкале Даунса с высокой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) преобладала при врожденных пневмониях. Физикальные данные так же отличались. При обеих формах пневмоний чаще прослушивалось ослабленное дыхание ( $p > 0,05$ ), однако жесткое дыхание чаще прослушивалось при врожденных пневмониях ( $p < 0,05$ ). Только при неонатальных пневмониях прослушивались аускультативно специфические для пневмоний мелкопузырчатые хрипы и крепитация, а при врожденных пневмониях - разнокалиберные влажные, проводные хрипы ( $p < 0,05$ ) или хрипы отсутствовали ( $p < 0,001$ ). Со стороны ССС при врожденных пневмониях чаще отмечалась тахикардия ( $p < 0,05$ ). Осложнения в виде отека головного мозга, геморрагического синдрома с ВЖК с высокой степенью достоверности чаще ( $p < 0,001$ ) выявлялись при врожденных пневмониях. Имелись различия этих двух видов пневмоний и по рентгенологической картине. Для врожденных пневмоний были типичны более обширные воспалительные изменения в легких - в виде сегментарных и долевого поражений ( $p < 0,001$ ), а при неонатальных - мелкоочаговые участки воспаления.

Исход заболевания более отягощен был при врожденных пневмониях. Большинство детей с неонатальными пневмониями были выписаны с выздоровлением домой ( $p < 0,05$ ), а дети с врожденными пневмониями были переведены на продолжение лечения на 2-ой этап, выше и летальность ( $p < 0,001$ ).

#### Выводы:

1. Выявлен ряд достоверных клинико-рентгенологических отличий врожденных и неонатальных пневмоний.

2. У новорожденных тяжелое и крайне тяжелое течение с полиорганным поражением органов и систем, скудными физикальными данными и летальным исходом достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) наблюдались при врожденных пневмониях.

3. При проведении рентгенологического исследования легких при врожденных пневмониях типичны обширные воспалительные изменения в легких - сегментарные и долевого, а для неонатальных - двусторонние и правосторонние мелкоочаговые.

#### Литература:

1. Дементьева, Г.М. *Болезни бронхолегочной системы у новорожденных [Текст]: лекции для врачей / Г.М. Дементьева. - М.: Медицина, 2004. - 84 с.*
2. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2011 году [Текст]: Министерство здравоохранения КР Республиканский медико-информационный центр - Бишкек, 2012. - С. 46.*
3. Зуева, О.С. *Этиопатогенез и иммунологические изменения у новорожденных и детей раннего возраста, больных пневмонией [Текст] / О. С. Зуева // Вестник ВГМУ. - 2006. - Т. 5, №4. - С. 72-78.*
4. *Неонатология [Текст]: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. - 848 с.*
5. *Оказание стационарной помощи детям. Карманный справочник. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. - Бишкек, 2012. - С.93.*
6. *Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [Текст] / [Н.А. Генне, Н.Н. Розина, И.К. Волков и др.] // Трудный пациент. - 2009. - №1-2. - С.45-48.*
7. *Etiology of community-acquired pneumonia in hospitalized children based on WHO clinical guidelines [Text] / [M. Cevey-Macherel, A. Galetto-Lacour, A. Gervaix et al.] // Eur J Pediatr. - 2009. - Vol. 168, N12. - P. 1429-1436.*
8. *Pneumonia among young infants in rural Southeast Asia (Bohol Island, Philippines) [Text] / [B.P. Quiambao, P.J. Ruutu, E.A. Ladesmaet et al.] // Trop Med Int Health. - 2009. - Vol. 14. - P. 66.*

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО НАДЛЕЖАЩЕМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВ

А.У. Джакубекова, А.А. Усупбаева

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Отдел специализированной экспертизы лекарственных средств, г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** статья посвящена изучению качества информирования пациентов по рациональному использованию лекарственных средств (РИЛС). В результате проведенного исследования было установлено, что, по мнению пациентов, качество информирования в целом является удовлетворительным, но имеются упущения в плане предоставления информации по побочным эффектам лекарств и правилам их хранения. Также были отмечены низкий уровень навыков терапевтической коммуникации врачей и высокая степень приверженности пациентов к лекарственной терапии.

**Ключевые слова:** рациональное использование лекарств, комплаенс, приверженность к лекарственной терапии, терапевтическая коммуникация, фармакотерапия, лекарственная терапия.

## КАМТАМАСЫЗ ДАРЫ КОЛДОНУУ ТУУРАЛУУ БЕЙТАПТЫ МААЛЫМАТТООНУН САПАТЫН ИЗИЛДӨӨ

А.У. Джакубекова, А.А. Усупбаева

Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо Министрлигинин  
Дары-дармек жана медициналык жабдууларды камсыздоо Департаменти,  
адистештирилген дары экспертиза бөлүмү  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** бул макалада жасалган изилдөөлөрдүн натыйжасында, бейтаптардын ойлору боюнча, аларды маалыматтоо жалпы жолунан орточо жолго коюлган. Бирок, айрым кемчиликтер – дары-дармектин терс таасири жана аларды сактоо эрежелери жөнүндө маалымат жокко эсе. Жана дагы дарыгерлердин төмөнкү даражадагы терапевтикалык коммуникация сапаттары, ошондой эле бейтаптардын дары менен дарыланууга макулдугу жогорку даражада белгиленген.

**Негизги сөздөр:** камтамасыз дары-дармек колдонуу, комплаенс, дарыланууга көнүү, макулдук, терапевтикалык коммуникация, дары-дармек колдонуу.

## THE STUDY OF PATIENT'S INFORMING QUALITY ON RATIONAL DRUG USE

A.U. Dzhakubekova, A.A. Usupbaeva

Department of Drug Provision and Medical Equipment of Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Specialized Drug Expertise Department, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** the article focuses the quality of patient's informing on the rational drug use (RDU). As a result of the study it was found that, according to the patients opinion, the informing quality is generally satisfactory, but there are disadvantages in terms of information providing on side effects and drug storage. It was also marked a low level of therapeutic communication skills of physicians and a high degree of patient adherence to drug therapy.

**Key words:** rational drug use, compliance, adherence, therapeutic communication, pharmacotherapy, drug therapy.

**Актуальность.** На рабочем совещании Всемирной организации здравоохранения, проходившем под общим названием «Политика в области информации о лекарственных средствах в странах центральной и восточной Европы и в новых независимых государствах» (Хиллеред, Дания, 27.03. – 02.04.1996) [1], было сказано, что объективная и обновляемая информация имеет

приоритетное значение для правильного применения ЛС и предотвращения нерационального расходования ресурсов. Качество информации о применении столь же важно, как и качество самого ЛС. Эта информация должна быть основана на результатах соответствующих исследований и отвечать критериям достоверности, надежности и прозрачности. Наряду с этим, система здраво-

охранения должна сделать предоставляемую информацию легко доступной, снять бюрократические барьеры в сфере доступа к информации, обучать медицинские организации и персонал информированию, изготавливать и распространять информационные материалы [2, 3].

Что касается практики назначения лекарственных средств (ЛС), то прерогатива врача в плане обязательного информирования пациентов по рациональному использованию лекарств (РИЛС) четко сформулирована в основных ступенях метода проблемного обучения клинической фармакологии и фармакотерапии (Problem-Oriented Teaching), разработанного на кафедре фармакологии и клинической фармакологии медицинского факультета Гронингенского Университета (Нидерланды) и одобренного ВОЗ [4].

Однако, несмотря на это, в настоящее время информирование пациентов врачами по РИЛС незаслуженно лишено должного внимания и в целом возложено на клинических фармацевтов [5-8]. Анализируя научную информацию в данном направлении, складывается впечатление, что на фоне всестороннего изучения роли клинических фармацевтов в процессе рационального использования лекарств и признания важности их информационно-консультативной деятельности, изучение качества информирования пациентов врачами остается закрытой темой.

В связи с этим, следует особо отметить, что нерациональное использование лекарств во всем мире остается по-прежнему сложной и актуальной проблемой [9], одной из основных причин которой является низкая приверженность пациентов к лекарственной терапии. Увеличивающееся число лекарственных препаратов, предназначенных для оказания лечебного воздействия при условии их рационального использования, еще более усугубляет эту проблему. Среди существующих маркеров отсутствия приверженности к лекарственной терапии, чрезвычайно важное значение приобретают именно те, что находятся в пределах профессиональной компетенции лечащего врача, такие, как отсутствие контакта с пациентом, неадекватное наблюдение и отсутствие рекомендаций по надлежащему приему лекарств, плохая информированность о заболевании и побочных эффектах [10].

Наряду с этим, жизненную важность приобретает вопрос хорошей коммуникации во взаимоотношениях врача и пациента [11]. Концепция достижения терапевтического альянса в лекарственной терапии через улучшение коммуникативных способностей врача была выдвинута Vermeire E. et al. (2001). По их мнению, в основе

проблемы низкого комплайенса к лекарственной терапии пациента лежит качество взаимоотношений врач-пациент и одним из важных направлений улучшения комплайенса является внедрение модели коллективного принятия решений в этом сообществе [12, 13].

В связи с тем, что успех лекарственной терапии находится в непосредственной зависимости от профессиональной подготовки врача в плане грамотного информирования пациента, изучение состояния оказания врачами информационного сопровождения по РИЛС является актуальной проблемой. Анализируя вышеизложенное, целью проведения данного исследования явилось изучение качества информирования пациентов по РИЛС. В соответствии с поставленной целью нами были определены следующие задачи:

1. Изучить качество информирования пациентов по РИЛС.
2. Изучить уровень коммуникативных навыков врачей.

#### **Материалы и методы исследования**

Для проведения данной научно-исследовательской работы нами были подготовлены опросник для пациентов на основе стандарта минимального информирования пациентов [4], рекомендованного ВОЗ (Guideto Good Prescribing, WHO, Geneva, 1995), где были сформулированы ключевые вопросы по качеству предоставляемой врачом информации и оценочная шкала для обработки полученных результатов. В анкетировании участвовало 157 больных стационарных отделений терапевтического, кардиологического и неврологического профиля, получающих длительную лекарственную терапию. Средний возраст респондентов составил 67,5 лет; подавляющее большинство (94,27%) - были пенсионеры.

С целью изучения уровня коммуникативных навыков врачей степень приверженности пациентов к лекарственной терапии мы использовали опросник Baumann M. (2008) [14]. В анкетировании участвовало 96 амбулаторных пациентов, средний возраст которых составил 35,7 лет. Из них, 53,13% опрошенных были студентами, а остальные – специалисты различных направлений (врачи, механики, швеи, продавцы, водители, военнослужащие, электрики и др.).

Все полученные данные были статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2010 для Windows XP.

#### **Полученные результаты**

По мнению респондентов, качественный показатель информирования врачами составил  $11,18 \pm 2,24$ , что выражается в виде 79,86% от мак-

симальной оценки (табл. 1). При этом процентное соотношение минимальной (нулевой) оценки качества информирования пациентов было довольно низким (1,91%) на фоне того, что всего 27,39% опрошенных высоко ценят качество их информирования.

Коммуникативные навыки врачей были оценены пациентами гораздо ниже (75,75±26,12), что составило 56.9% по шкале Baumann M. (2008). Следует отметить, что высокую оценку

коммуникативных качеств врача дают всего 2,1% респондентов, что далеко от совершенства. Несмотря на это, приверженность пациентов к лекарственной терапии по шкале Baumann M. (2008) было удовлетворительным, что составило 13,02±4,20 и достигло 72,3% от максимального значения. При этом только 1/3 опрошенных (29,2%) были максимально мотивированы к надлежащему приему лекарств.

Таблица 1

Основные показатели качества информирования пациентов

Основные показатели	n	Средний балл, абс. знач. M (m)	Средн. балл, (%)	[Min-max]	мин. оценка (%)	макс. оценка (%)
Качественный показатель информирования пациентов	157	11,18 (2,24)	79,86	[0-14]	1,91	27,39
Коммуникативные навыки врачей	96	75,75 (26,12)	56,1	[12-135]	0,96	2,1
Приверженность пациентов к лекарственной терапии	96	13,02 (4,20)	72,3	[0-18]	0,96	29,2

Что касается уровня информирования пациентов по существу ключевых вопросов, заявленных в стандарте информирования [4], необходимо отметить, что, по мнению пациентов (табл. 2), врачи предоставляют довольно высокий уровень информирования по цели назначения лекарства в отношении положительных изменений в течении болезни, которые можно ожидать после начала лечения (93,63% и 85,99%, соответственно). Однако качество предоставляемой информации по ожидаемым побочным эффектам, их предупреждению и коррекции оставляет желать лучшего (54,14%). 27,89% наших респондентов не были предупреждены о последствиях отказа от лечения, что свидетельствует не в пользу мотивированного отношения пациентов к необходимости лечения лекарственными препаратами.

В рамках инструктирования пациентов, следует отметить, что пациенты указывают высокую

степень информированности по пути введения и режиму их дозирования лекарств (96,82% и 94,90%, соответственно). Наряду с этим, 21.02% опрошенных не были осведомлены об особых указаниях по приёму лекарств, 22,29% - по продолжительности курса лечения, а 36,31% - по правилам хранения лекарств.

В результате проведенного нами анкетирования также было установлено, что 1/5 часть пациентов не были предупреждены об опасности самостоятельного изменения режима дозирования ио случаях, когда необходимо досрочно прекратить приём лекарства и обратиться к врачу (20,38% и 19,75%, соответственно). Обращает внимание тот факт, что 16,56% из всех опрошенных никогда не слышали, чтобы врач просил повторить наиболее важную информацию.

Таблица 2

Качественные характеристики информирования пациентов (n=157)

Перед началом лечения, мой лечащий врач...	Ответили «Да», абс. знач. (%)	Ответили «Нет», абс. знач. (%)
Информировал меня в отношении:		
1. Цели назначения лекарства.	147 (93.63%)	10 (6.37%)
2. Положительных изменений в течении болезни, которые можно ожидать после начала лечения.	135 (85.99%)	22 (14.01%)
3. Последствий отказа от лечения предлагаемым лекарством.	106 (72.11%)	51 (27.89%)
4. Ожидаемых побочных эффектов, их предупреждения и коррекции.	85 (54.14%)	72 (45.86%)

Проинструктировал меня в отношении:		
5. Способа введения лекарства в организм.	152 (96.82%)	5 (3.18%)
6. Однократной дозы и кратности приема лекарства.	149 (94.90%)	8 (5.10%)
7. Особых указаний по приему лекарства.	124 (78.98%)	33 (21.02%)
8. Продолжительности курса лечения.	122 (77.71%)	35 (22.29%)
9. Правил хранения лекарства.	100 (63.69%)	57 (36.31%)
10.Срока следующего визита к врачу и информации, которую следует подготовить для врача.	129 (82.17%)	28 (17.83%)
Предупредил меня в отношении:		
11. Опасности самостоятельного изменения дозирования, режима дозирования или досрочного прекращения приема лекарства.	125 (79.62%)	32 (20.38%)
12. Случаев, когда необходимо досрочно прекратить прием лекарства и явиться к врачу.	126 (80.25)	31 (19.75%)
<b>По окончании информирования мой лечащий врач:</b>		
13. Спросил, все ли Вы поняли.	133 (84.71%)	24 (15.29%)
14. Просил повторить наиболее важную информацию.	131 (83.44%)	26 (16.56%)

При изучении коммуникативных навыков врачей, респонденты дали относительно среднюю оценку коммуникативных навыков врачей (табл. 3). Так, по мнению пациентов, врачи предполагают в меру недостаточной мере, чтобы

выслушать их, и построить хорошие доверительные отношения (по шкале  $5,52 \pm 2,22$  и  $5,71 \pm 2,29$ , соответственно), что не дает большого стимула или высокой мотивации для соблюдения режима лечения ( $5,14 \pm 2,63$ ).

Таблица 3

Уровень коммуникативных навыков врачей (n=96)

Мой лечащий врач...	Средний балл, абс. знач. М (m)	Средн. балл, (%)	[Min-max]	мин. оценка (%)	макс. оценка (%)
1. Располагает временем, чтобы выслушать меня	5.52 (2.22)	61.33	[0-9]	0.96	20.8
2. Делает все, чтобы я мог/могла доверять ему/ей	5.71 (2.29)	63.44	[0-9]	1.9	22.9
3. Объясняет цель лечения	5.90 (2.65)	65.56	[0-9]	5.76	34.5
4. При назначении лекарств принимает во внимание мои предпочтения	4.64 (2.68)	51.56	[0-9]	15.6	19.8
5. Дает мне почувствовать, что он/она относится с уважением ко мне	5.89 (2.58)	65.44	[0-9]	5.2	33.3
6. Информировывает о побочных эффектах лекарств	3.22 (3.02)	35.78	[0-9]	40.6	13.5
7. Подчеркивает, какие лекарства являются наиболее важными	4.78 (2.77)	53.11	[0-9]	14.6	17.7
8. Обсуждает со мной проблемы, имеющие место в процессе лечения	4.11 (3.25)	45.67	[0-9]	33.3	25.0
9. Объясняет все простыми понятными словами	5.48 (2.58)	60.89	[0-9]	8.3	25.0
10. При необходимости предлагает новое лечение	4.34 (3.06)	48.22	[0-9]	26.0	21.9
11. Выписывает рецепт разборчивым подчерком	4.24 (2.63)	47.11	[0-9]	21.9	17.7
12. Позволяет задавать вопросы	6.04 (2.54)	67.11	[0-9]	7.3	34.4
13. Дает мне стимул для соблюдения режима лечения	5.14 (2.63)	57.11	[0-9]	13.5	20.8

14. Дает мне советы по предупреждению (диета, физическая активность)	5.05 (2.80)	56.11	[0-9]	17.7	20.8
15. Производит впечатление, что он/она знает свою работу	6.22 (2.34)	69.11	[0-9]	0.96	35.4

Наряду с этим, 1/3 респондентов относительно высоко оценили такие качества врачей, как разъяснение цели лечения (34,5%), предоставление пациенту возможности задавать вопросы (34,4%), уважительное отношение к пациенту (33,3%), способность производить впечатление знающего и компетентного врача (35,4%). 25% пациентов максимально оценили навыки врачей предоставления информации простыми понятными словами и обсуждения проблем, имеющих место в процессе лечения, а 20,8% - предоставление советов по предупреждению болезни (диета, физическая активность).

Кроме того, со стороны опрошенных, более низкую оценку получили такие коммуникативные навыки врачей, как принятие во внимание предпочтений пациента ( $4,64 \pm 2,68$ ), информирование о важных лекарствах ( $4,78 \pm 2,77$ ) и предложение нового лечения, при необходимости такового ( $4,34 \pm 3,06$ ). Наиболее низкую оценку респонденты дали информированию пациента по побочному действию лекарств ( $3,22 \pm 3,02$ ) и выписыванию рецептов разборчивым подчерком ( $4,24 \pm 2,63$ ).

#### Заключение

Анализируя полученные результаты, нами было установлено, что в целом качество информирования пациентов по надлежащему применению лекарств можно признать удовлетворительным. Однако надо учесть, что есть существенные упущения в плане предоставления информации пациентам по побочным эффектам, их предупреждению и коррекции, правилам хранения лекарств. Также следует особо отметить, что пациенты не в полной мере осведомлены о таких жизненно-важных рекомендациях, как о последствиях отказа от лечения, особых указаниях по применению лекарств, опасности самостоятельного изменения режима дозирования и случаях досрочного прекращения приема лекарств и немедленного обращения к врачу. Предоставление такого рода информации способствует повышению уровня мотивации к приему лекарств и безопасности проводимого лечения наших пациентов.

Сопоставляя результаты анкетирования пациентов в отношении коммуникативных навыков врачей, следует подчеркнуть, что навыки терапевтической коммуникации наших врачей были

относительно ниже по сравнению с данными литературы (56,1% против 72,3% [14]). Проблема состоит в том, что ожидания наших пациентов не совпадают с тем, что они получают в реальной жизни. Коммуникативные навыки врачей получили большой процент максимальной оценки лишь по отдельным пунктам только у трети опрошенных. Причем наибольшее число нареканий было в отношении информирования по побочным эффектам лекарств и разборчивости подчерка врачей при выписывании рецептов. Несмотря на низкий уровень коммуникативной оценки работы врачей, степень приверженности пациентов к проводимой лекарственной терапии по сравнению с литературными данными была достаточно высокой (72,3% против 45,0% [14]).

Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что необходимо усилить образовательную работу среди студентов и врачей по качеству информирования пациентов и терапевтической коммуникации на пре- и постдипломном уровне. Необходимо внедрить стандарт минимального информирования пациентов по РИЛС [4] в повседневную практику назначения лекарств врачами различных специальностей, а также разработать меры по улучшению коммуникативных навыков врачей. Кроме того, следует также принять меры по повышению грамотности пациентов в плане объема необходимой информации по лекарствам с целью улучшения качества усвоения информационного материала и повышения коммуникативной подготовленности пациентов. По мнению Segala D.J. et al. (2000), тренинг пациентов в данном аспекте является затратно-эффективным способом повышения приверженности пациентов к лекарственной терапии [15].

#### Литература:

1. Политика в области информации о лекарственных средствах в странах центральной и восточной Европы и в Новых Независимых Государствах – Отчет о рабочем совещании ВОЗ. Хиллеред, Дания, 27.03–02.04.1996.
2. Чучалин А.Г., Шухов В.С., Харпер Дж.Р. *Формуляр лекарственных средств: проблемные вопросы.* //Русский медицинский журнал. 1999 г, № 12, С. 535-542. [http://www.rmj.ru/articles\\_1912.htm](http://www.rmj.ru/articles_1912.htm)
3. Декларации о правах пациентов в России (принята на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28

- мая 2010 года в Москве). Москва, 2010. <http://www.patients.ru/en/patients/rights-declarations>
4. De Vries T.P. G.M, Henning R.H., Hogerzeil H.V, Fresle D.A. *Guide to Good Prescribing*. WHO, Geneva, 1995.
  5. Wubben DP, Vivian EM *Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: a systematic review*. *Pharmacotherapy*. 2008 Apr; 28(4):421-36. doi: 10.1592/phco.28.4.421. Review.
  6. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. *Patient awareness about drugs prescribed after medical appointment and prescription [Article in Portuguese]*. *Cien Saude Colet*. 2011 Jul;16(7):3277-83.
  7. Celik E., Nazh M, Encan M., Clark P. *Review: Factors affecting rational drug use (RDU), compliance and wastage*. // *Turk J. Pharm. Sci.* 10 (1), 15-170, 2013.
  8. Sankaravadivu T., Samjeevakumar E., Bhavya E.A *Prospective Study on Rational Drug Use and The Essential Drug Concept*. // *International Journal of Research in Pharmaceutical and Biomedical Sciences*. - Vol. 2 (2) Apr – Jun 2011.
  9. *World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet no 338*. 2010. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html>. Accessed September 13, 2012.
  10. Gazmararian J.A., Kripalani S., Miller M.J., Echt K.V., Ren J., Rask K., *Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases* *Journal of General Internal Medicine*, December 2006, Volume 21, Issue 12, pp 1215-1221.
  11. Sencan N.M, Wertheimer A.I, Levine C.B. *What determines the duration of patient medication compliance in patients with chronic disease: are we looking in the wrong place?* *Southern Med Review* 4(2), 50-54, 2011.
  12. Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. and Denekens J. *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review (REVIEW ARTICLE)*. // *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* (2001) 26, 331-342.
  13. Carol D. Tamparo, Wilburta Q. Lindh. *Therapeutic Communications for Health Care Paperback – July 24, 2007*.
  14. Baumann M., Baumann C., Le Bihan E., Chau N. *How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence: use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area*. // *BMC Health Services Research*. 2008, 8:244.
  15. Cegala D.J., Marinelli T., Post D. *The Effects of Patient Communication Skills Training on Compliance*. *Arch Fam Med*. 2000; 9:57-64.



## ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭПИТЕЛИЯ ВЛАГАЛИЩА У ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭСТРАЛЬНОГО ЦИКЛА

Ч.С. Жылкичиева<sup>1</sup>, Р.Р. Тухватшин<sup>2</sup>, К.И. Асекова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра патологии, Международная Высшая Школа Медицины

<sup>2</sup> Кафедра патофизиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен сравнительный анализ цитоморфологических показателей влагалищных эпителиоцитов у контрольной и опытной группы. Изучены изменения цитоморфологии эпителия влагалища у лабораторных крыс с нарушениями эстрального цикла при поликистозе яичников. У крыс опытной группы с экспериментальным поликистозом яичников имеются отклонения в цитоморфологических показателях эпителия влагалища по сравнению с контрольной.

**Ключевые слова:** цитоморфологические показатели, поликистоз яичников, эстральный цикл.

## ЭНЕЛИК БЕЗДЕРИНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК ПОЛИКИСТОЗУ ЖУРГҮЗҮЛГӨН ЛАБОРАТОРИЯЛЫК КЕЛЕМИШТЕРДИН ВАГИНАЛДЫК ЭПИТЕЛИЙИНИН ЦИТОМОРФОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ЭСТРАЛДЫК ЦИКЛЫНЫН БУЗУЛУШУНДАГЫ ӨЗГӨРҮҮЛӨРҮ

Ч.С. Жылкичиева<sup>1</sup>, Р.Р. Тухватшин<sup>2</sup>, К.И. Асекова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Патология кафедрасы, Эл аралык Жогорку Медициналык Мектеби

<sup>2</sup> Патофизиология кафедрасы И.К. Ахунбаев атындагы КММА  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Алгачкы жолу энелик бездерине эксперименталдык поликистоз жүргүзүлгөн лабораториялык келемиштердин вагиналдык эпителийинин эстралдык циклынын бузулушундагы өзгөрүүлөрү изилденди. Тажрыйбалык топтогу келемиштердин вагиналдык эпителийинде цитоморфологиялык көрсөткүчтөрүндө өзгөрүүлөр аныкталды.

**Негизги сөздөр:** цитоморфологиялык көрсөткүчтөр, энелик бездеринин поликистозу, эстралдык цикл.

## ALTERATION CYTOMORPHOLOGICAL INDICATORS OF LABORATORY RATS EPITHELIUM WITH EXPERIMENTAL POLYCYSTIC OVARIES AT DISTURBANCE ESTRUS CYCLE

Ch.S. Zhylkichieva<sup>1</sup>, R.R. Tuchvatshin<sup>2</sup>, K. I. Asekova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pathology department, International High School of Medicine

<sup>2</sup> Pathophysiology department of KSMA named by I.K. Achunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract:** Introduced a comparative analysis on cytomorphological indicators of epithelium between the control and the experimental groups. The first alteration cytomorphology of vaginal epithelium in laboratory rats with experimental polycystic ovaries at disturbance estrus cycle was studied. The laboratory rats of the experimental groups have deviations in indicators of vaginal epithelium cytomorphology in comparison with laboratory rats of control groups.

**Key words:** cytomorphological indicators, polycystic ovaries, estrus cycle.

**Актуальность.** Поликистоз яичников, также известный как *синдром Штейна-Левенталя* или *склерокистоз яичников*, характеризующееся ановуляцией, представляет собой эндокринную патологию, при которой под действием избыточного содержания андрогенов созревание фолликулов не происходит, из-за чего формируются множественные кисты в виде пузырьков, заполненных жидкостью [1,2].

Эпителий слизистой оболочки влагалища, состоящий из базальных, парабазальных и поверхностных клеток, претерпевает значительные ритмические изменения в последовательных фазах менструального цикла. И его состояние зависит от уровня овариальных гормонов, поэтому по картине, полученной с поверхности влагалища, можно судить об изменениях содержания в крови половых гормонов организма. Под влиянием важнейших гормонов - эстрогенов у самок мле-

копитающих происходит пролиферация, ороговение и частичное слущивание эпителия влагалища и выделение слущивающимся эпителием специфических запаховых веществ (феромонов), то есть течка (эструс). У женщин в физиологических концентрациях эстрогены усиливают секрецию влагалищной слизи, рост и дифференцировку клеток влагалищного эпителия [3,4]. Таким образом, изучение морфологии эпителия при поликистозе яичников имеет большое значение для оценки состояния гормонального фона женского организма.

**Цель** данной работы заключается в изучении цитоморфологических показателей эпителиальных клеток слизистой влагалища на фоне эндокринной патологии – при экспериментальном поликистозе яичников.

#### **Материал и методы исследования.**

Исследованию подвергались 45 половозрелых белых лабораторных крыс – самки, весом 220-330 граммов. Животные были разделены на две группы: I группа – 20 крыс (контрольная), II группа – 25 крыс (опытная). Для введения экспериментального поликистоза яичников крысам опытной группы (II группа) внутримышечно 7 дней вводили тестостерон (400 мг) и подвергали их постоянному искусственному освещению в течение 60 дней.

В течение эксперимента, с целью определения ритмичности функционирования яичников и изучения исследуемых показателей ежедневно в течение 30 дней анализировали влагалищные мазки. Для этого приготавливались препараты по следующей методике: соскобы брали гинекологическим шпателем, фиксировались метанолом и окрашивались азури-эозином по Романовскому. Препараты высушивались и изучали под микроскопом с увеличением в 90 раз.

Для цитологической оценки вагинальных мазков крыс использовались два индекса: индекс созревания (ИС) и кариопикнотический индекс (КПИ). Индекс созревания (ИС) – это процентное соотношение трех видов эпителиальных клеток: 1) парабазальных, 2) промежуточных и 3) поверхностных. Результат записывают в процентах в виде дроби, в которой слева – количество парабазальных клеток, в центре – количество промежуточных клеток и справа – поверхностных клеток. Кариопикнотический индекс (КПИ) характеризует степень пролиферации. Это процентное отношение поверхностных клеток с пикнотичным ядром к клеткам, содержащим пре-пикнотичные ядра. Этот показатель указывает гормональное действие на клетки, если

эстрогены вызывают повышение КИ, а прогестерон его подавляет [5].

#### **Результаты исследования**

В ходе исследования у крыс контрольной группы (I) не было нарушений в последовательности эстрального цикла. Это говорит о том, что гормональный фон и его влияния на слизистую влагалища в норме и сохранены.

**В первой фазе - эструса** в мазке у крыс контрольной группы (I гр.) наблюдались крупные ороговевшие безъядерные эпителиоциты, имеющие вид чешуек неправильной формы. В мазке лейкоциты и ядерные эпителиальные клетки не обнаруживаются. Длительность фазы эструса составляла 1-3 дней. Ороговевшие клетки и образование их скопления, означает об овуляции и хорошей эстрогенной насыщенности (Рис. 1А).

**Во второй фазе – метаэструса** в мазке обнаруживаются единичные чешуйчатые клетки (в поле зрения 1-2 клеток), парабазальные эпителиоциты с крупными ядрами, занимающее значительное место в цитоплазме и большое количество лейкоцитов. А также, в небольшом количестве имеется слизь. В этой фазе происходит обновление эпителия и начинается их созревание (Рис. 1Б).

**В третьей фазе – диэструса** при микроскопировании мазков в основном наблюдались лейкоциты, единичные промежуточные клетки и наличие слизи в значительном количестве. В этой фазе имеет значение преобладание функциональной активности гормона желтого тела – прогестерона. Он обеспечивает увеличение числа эпителиоцитов промежуточного слоя. **Клетки промежуточного слоя** – несколько меньше поверхностных (диаметром 25-30 мкм), имеют неправильную форму с более крупным ядром. Цитоплазма их окрашивается интенсивнее, а ядро – светлее, чем у поверхностных клеток. Продолжительность метаэструса составляла 2-3 дня (Рис. 1С).

**В четвертой фазе эстрального цикла – проэструса** у крыс контрольной группы под микроскопом в мазках обнаруживаются эпителиальные клетки поверхностного слоя. Наличие в мазке таких поверхностных клеток служит признаком максимального созревания эпителия влагалища. Пикноз т.е. уменьшение размеров ядер этих клеток происходит под действием эстрогенов. Эстрогены способствуют раздельному расположению поверхностных клеток, а прогестерон вызывает их скученность по 4 и более, отторжение пластами, длительность фазы 2-8 дней (Рис. 1Д).

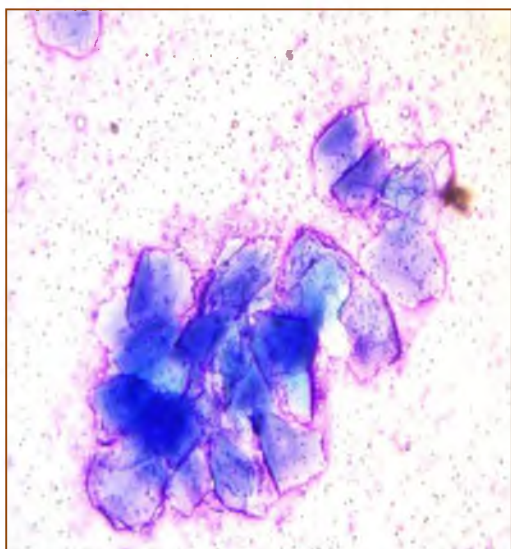


Рис. 1 А. Влагалищный мазок в фазу эструса у крысы в контрольной группе имеются скопления чешуйчатых клеток.

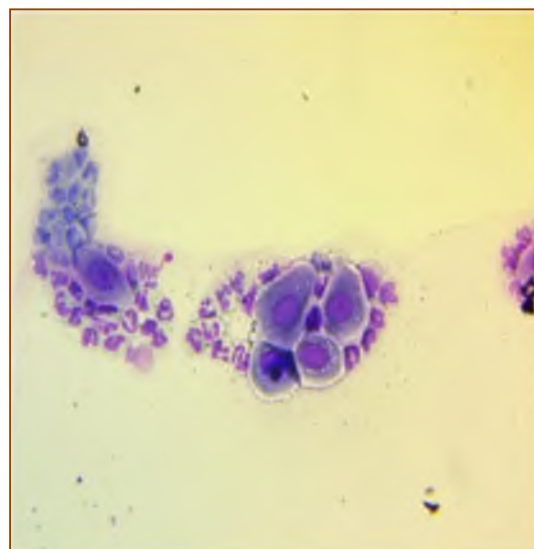


Рис. 1 В. Влагалищный мазок в фазу метаэструса у крысы в контрольной группе имеются парабазальные эпителиоциты и лейкоциты.

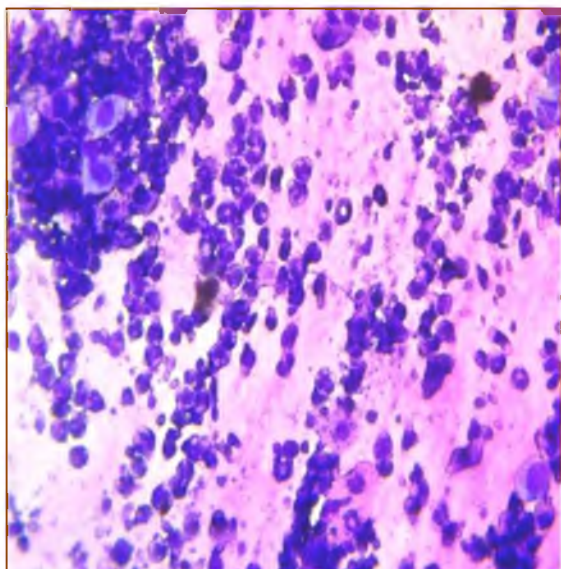


Рис. 1 С. Во влагалищном мазке у крысы контрольной группы в фазе - диэструс отмечается преобладание лейкоцитов, единичные клетки парабазального слоя и большое количество слизи.

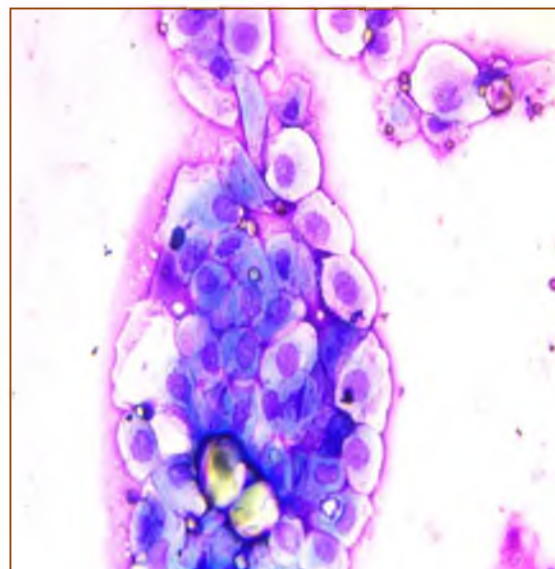


Рис. 1 D. Влагалищный мазок в фазе – проэструс: наблюдаются эпителиальные клетки поверхностного слоя и единичные чешуйчатые клетки.

У крыс опытной группы с экспериментальным поликистозом яичников в ходе изучения мазков обнаружили отсутствие фазы эструса и большое количество лейкоцитов с преобладанием эпителиоцитов базального и парабазального слоя. Созревания эпителия или переход в

зрелые с пикнотическими ядрами и чешуйчатые клетки не происходит, т.к. избыток тестостерона снижает эстрогенную стимуляцию для созревания и приводит к ановуляции. Это указывает о развитии поликистоза яичников.

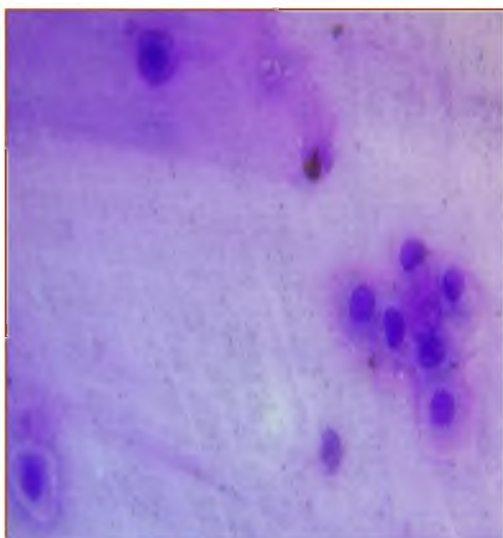


Рис. 2 А. Влагалищный мазок в фазе проэструса у крысы опытной группы.

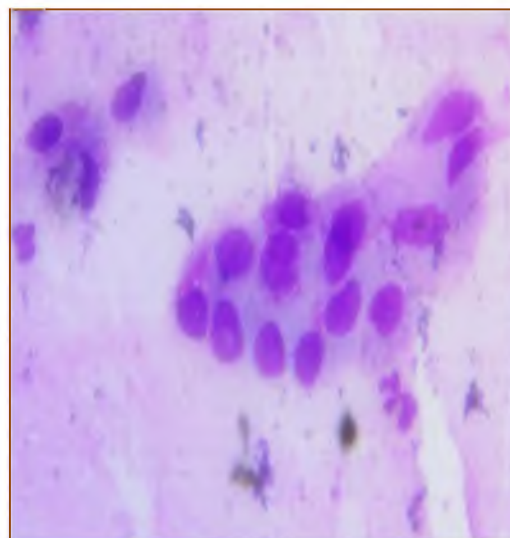


Рис. 2 В. Влагалищный мазок в фазе метаэструса у крысы опытной группы.

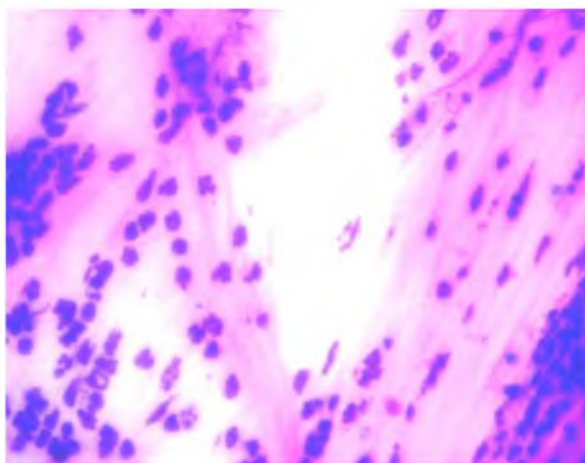


Рис. 2 С. Влагалищный мазок в фазе диэструса у крысы опытной группы.

В фазу проэструса наблюдаются только зрелые эпителиальные клетки, на рисунке 2А отмечаются незрелые эпителиальные клетки, ядра этих клеток значительно занимают цитоплазму. Это свидетельствует о недостаточности эстрогенной стимуляции для их созревания.

В фазу метаэструса во влагалищном мазке наблюдаются клетки базального и парабазального слоя. Парабазальные клетки имеют овальную или округлую форму и диаметр 15-25 мкм. Ядра их большие. Парабазальные клетки в данном препарате с большими ядрами, занимающими почти всю поверхность невыраженной цитоплазмы (Рис. 2В). Появление в мазках парабазальных клеток свидетельствует о недостаточном

созревании влагалищного эпителия, что обычно обусловлено слабой гормональной стимуляцией.

В фазе диэструса отмечаются значительное количество лейкоцитов и слизи. Отсутствуют клетки эпителия (Рис. 2С). Такая картина характерна при снижении эффекта прогестерона, т.к. это гормон стимулирует пролиферацию базальных и парабазальных клеток.

Для подтверждения нарушения эффективности гормонов определяли и сравнивали КПИ и ИС контрольной и опытной группы. Результаты показали следующее:

Таблица 1

## Основные показатели в контрольной группе

Группа	Контрольная группа (n=25)			
	Эструс	Метаэструс	Диэструс	Прозэструс
ИС	0/10/90	65/25/10	20/55/25	0/25/75
КПИ	88,4±7,5	28±3,7	24,3±4,7	76±7,6
Эстрогенная стимуляция	↑↑↑	↓↓	↓↓↓	↑↑

Таблица 2

## Основные показатели в опытной группе

Группа	Опытная группа (n=25)			
	Эструс	Метаэструс	Диэструс	Прозэструс
ИС	Отсутствует	20/0/0	20/0/0	0/20/70
КПИ		5,6±1,2*	5,6±1,2*	69,5±6,2
Эстрогенная стимуляция		↓↓↓	↓↓↓	↑↑

Оценка вагинальных мазков также показывает повышенную эстрогенную стимуляцию у крыс из контрольной группы, и кариопикнотический индекс (КПИ) был выше в контрольной группе с регулярным эстральным циклом (88,4±7,5), чем в группе с поликистозом (69,5±6,2). В опытной группе ИС составил 20/0/0, что означает парабазальных клеток – 20, остальные же были лейкоцитами, промежуточных и поверхностных клеток не определялось, поскольку эстрогенов недостаточно для полноценного созревания эпителиальных клеток.

**Выводы:**

Данные исследования показали роль поликистоза яичников в изменении цитоморфологии эпителиальных клеток слизистого слоя влагалища. КПИ и ИС действительно эффективны для обнаружения нарушений в морфологии эпителия под влиянием гормонального дисбаланса. Из этого следует, что можно предварительно диагностировать хроническую ановуляцию и поликистоз яичников, определением использованных нами показателей. Необходимы дальнейшие исследования в отношении совершенствования

данного метода диагностики, поскольку он является экономически выгодным, легкодоступным способом.

**Литература:**

1. Коколина В. Патогенез синдрома поликистозных яичников // Эффективная медицина [Электронный ресурс]: <https://www.medeffect.ru/gynaecology/spkya-0007.shtml>, дата обращения 06.02.2017.
2. Алиева Э.А., Пишеничникова Т.Я., Гаспаров А.С. Результаты лапароскопии у пациенток с синдромом поликистозных яичников, перенесших хирургические методы лечения. // Акушерство и гинекология. - 1990. - №7. - С. 63-66.
3. Carlos Stocco. Tissue Physiology and Pathology of Aromatase // Steroids. - 2017. - Т. 77, № 1-2. - Р. 27-35.
4. Гистология, цитология и эмбриология / под ред. проф. Ю.И. Афанасьев, проф. Н.А. Юриной, пятое издание. – М., 2002. – 715 с.
5. Морфология эпителиальных клеток влагалища [Электронный ресурс]: <https://studopedia.org/2-3090>, дата обращения 14.02.13.



**ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ УРЕТРИТЕ:  
ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ****О.Н. Зубань<sup>1</sup>, А.Н. Муравьев<sup>2</sup>, Л.В. Арканов<sup>3</sup>, С.Н. Скорняков<sup>3</sup>,  
Б.И. Новиков<sup>3</sup>, Р.М. Чотчаев<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»  
(дир. – д.м.р., проф. Богородская Е.М.),  
г. Москва, Россия<sup>2</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава РФ»  
(дир. – д.м.н., проф. Яблонский П.К.),  
г. Санкт-Петербург, Россия<sup>3</sup> ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России  
(дир. – д.м.н., проф. Скорняков С.Н.),  
г. Екатеринбург, Россия

В работе приводятся результаты обследования, этиопатогенетического и оперативного лечения 146 больных нефротуберкулезом, осложненным туберкулезным уретеритом. Установлено, что длительная этиопатогенетическая терапия туберкулеза почки и мочеточника не приводит к регрессу ретенционных изменений, при этом функциональная гибель органа наступает в большинстве случаев. Своевременное отведение мочи путем чрескожной пункционной нефростомии позволяет сохранить функцию почек в 84,3% случаев. А также повышает возможности бактериологической верификации диагноза на 21,4%. Комбинация раннего дренирования почек с полихимиотерапией существенно превосходит результаты только консервативного лечения, приводит к быстрой редукции хронической почечной недостаточности (ХПН), и позволяет в последующем выполнить большее количество реконструктивных операций. Таким образом, при туберкулезном уретерите своевременная декомпрессия почки улучшает ее функцию и уродинамику верхних мочевыводящих путей, приводит к снижению количества органоуносящих и увеличению числа реконструктивно-восстановительных операций, оптимизируя результаты комплексного лечения.

**Ключевые слова:** туберкулез почки и мочеточника, ранняя декомпрессия почки, реконструктивно-восстановительные операции.

**PERCUTANEOUS FUNCTIONAL NEPHROSTOMY IN TUBERCULOSIS URETHRITIS:  
DIAPEUTIC OPPORTUNITIES****O.N. Zuban<sup>1</sup>, A.N. Muravyov<sup>2</sup>, L.V. Arkanov<sup>3</sup>, S.N. Skorniyakov<sup>3</sup>,  
B.I. Novikov<sup>3</sup>, R.M. Chotchaev<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Moscow municipal Scientific and Practical Center for the Fight against Tuberculosis of the DHM"  
(Dir. - MD., prof. Bogorodskaya E.M.),  
Moscow, Russia<sup>2</sup> «St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology of the Ministry of Health  
of the Russian Federation» (Dir. - Doctor of Medicine, Prof. Yablonsky P.K.),  
St. Petersburg, Russia<sup>3</sup> "Ural Research Institute of Phthisiopulmonology" of the Ministry of Health  
of the Russian Federation (Dir. - MD, Professor Skorniyakov SN),  
Ekaterinburg, Russia

**Abstract.** In this study we present a results of ethiopatogenetic and surgical treatment of 146 patients with kidney tuberculosis complicated by tuberculosis ureteritis. It was defined that a long term ethiopatogenetic therapy of kidney and ureter tuberculosis didn't lead to regress of retention and functional death of organ in majority of cases. Percutaneous nephrostomy performed timely allowed to preserve kidneys function in 84,3% of cases and increased the opportunities of bacteriological verification up to 21,4%. The early kidney drainage combined with chemotherapy is sufficiently better than only antimicrobial treatment. This method leads to fast reduction of chronical kidney failure, subsequently allows to perform more reconstructive operations. Thus, decompression of kidney in tuberculosis ureteritis, performed timely, improves its function and urindynamics and also leads to decreasing amount of nephrectomy but increases the amount of reconstructive surgeries.

**Key words:** Kidney and ureter tuberculosis, early decompression of kidney, reconstructive surgery.

### Введение

Деструктивные формы нефротуберкулеза (НТ) при впервые выявленном процессе достигают 49,4-62,5% [1,2]. Интенсивная антибактериальная терапия при распространенных и осложненных формах заболевания зачастую не препятствует прогрессированию распада [2,3], что приводит к необратимым рубцово-склеротическим изменениям мочевых путей, и завершается функциональной гибелью пораженного органа [4]. Нарушение уродинамики как ведущего фактора, способствующего прогрессированию деструктивного туберкулеза почки, давно признано всеми урологами, и подтверждено экспериментально.

При локализации туберкулезного процесса в сосочке пирамиды поражение распространяется на чашечку, лоханку, мочеточник и мочевой пузырь. Происходит дальнейшее высыпание туберкулезных бугорков на слизистых оболочках мочевых путей с последующим их некротизированием и распадом (язвы), вокруг которых развивается перифокальная инфильтрация. При заживлении туберкулезного воспаления язвы казеифицируются и рубцуются. Сужение просвета мочевых путей обуславливает развитие выраженных нарушений внутривисцеральной уродинамики, лоханочно-почечных рефлюксов. Стаз мочи приводит также к повышению внутривисцерального давления, атрофии почечной паренхимы и угнетению функции почек. В итоге почка погибает вследствие пионефроза или гидронефротической трансформации [5,6].

Распространение специфического воспаления на мочеточник с формированием стриктур имеет место у 10-50% больных туберкулезом почек [7,8,9]. Traenzg E. et al. [10] установили, что среди всех гидронефротических трансформаций, 12,3% имеют туберкулезную этиологию.

Оценка отдаленных результатов лечения больных туберкулезными стриктурами мочеточника показала, что предварительное выполнение стентирования мочеточника или ЧПНС приводит к резкому снижению доли нефрэктомий до 34% в структуре оперативного лечения против 73% при проведении только консервативной терапии. Возможность выполнения дальнейших реконструктивных вмешательств на ВМП без предварительного отведения мочи составила всего 8%, у пациентов со стентированием мочеточника или ЧПНС – 49% [11].

Появление современных пункционных технологий позволяет значительно снизить операционную травму. В пред- и послеоперационном периоде чрескожная пункционная нефростомия

(ЧПНС) (рис. 1) позволяет осуществить антеградную пиелоуретерографию и дает возможность судить о размерах лоханки и чашечек, их тонусе, степени и причинах нарушения пассажа мочи из лоханки по мочеточнику [12]. ЧПНС - непродолжительный и малотравматичный оперативный прием, который при правильном и своевременном выполнении и соответствующем уходе позволяет адекватно и надежно дренировать почку и при необходимости может быть выполнен одновременно с двух сторон. При этом в зависимости от конкретной клинической ситуации возможна установка нефростомического дренажа большого калибра.

ЧПНС выполняется под местной анестезией в положении пациента лежа на животе или на боку, визуализации почки и пункция производится под ультразвуковым наведением и (или) рентгенотелевизионным контролем. Продолжительность операции при определенном опыте составляет 5-15 минут. Пациент может вставать, и ходить сразу после вмешательства. Как правило, проблем с фиксацией пункционного нефростомического дренажа не возникает, существующий инструментарий позволяет устанавливать различные дренажные системы, большинство пациентов хорошо их переносят даже длительное время. Не вызывает серьезных трудностей и смена дренажа, особенно в тех ситуациях, когда дренажная трубка находится в почке более 7 дней. В ряде случаев по показаниям через пункционный доступ может быть антеградно установлен внутренний стент.

Мы имеем опыт применения более 150 операций по пункционному дренированию почек этапного характера перед последующим реконструктивно-восстановительным лечением. При должном опыте выполнения подобных операций возможные травматические осложнения, такие как макрогематурия, образование гематомы, повреждение внутренних органов сводятся к минимуму, а осложнения воспалительного характера обычно легко купируются консервативно.

### Материал и методы исследования

Настоящее исследование основано на изучении 146 больных нефротуберкулезом, осложненным туберкулезным уретеритом, которым выполнено комплексное обследование и хирургическое лечение в урологических клиниках Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом, Санкт-Петербургского и Уральского НИИ фтизиопульмонологии в период с 1997 по 2016 годы. Среди всех больных с такими поражениями мужчин было 48 (32,9%),

женщин - 98 (67,1%). Возрастной диапазон колебался от 18 до 78 лет и, в среднем составил  $50,8 \pm 1,7$  лет.

Так как у части больных заболевание протекало билатерально, количество пораженных почек и мочеточников, которые послужили объектом хирургического вмешательства, достигало 168. В связи с этим введено понятие почечно-мочеточниковой единицы (ПМЕ), соответствующее одной почке и одному мочеточнику.

Для анализа состояния почек и мочеточников использовано понятие почечно-мочеточниковой единицы (ПМЕ) – renal unit, соответствующей 1 функционирующей почке и 1 мочеточнику.

Комплекс обследования состоял из клинических, лабораторных, радионуклидных, рентгенологических, ультразвуковых, инструментальных, эндоскопических и морфологических методов исследования.

При туберкулезе почки и мочеточника в качестве первого этапа оперативного лечения ЧПНС выполнена 70 больным. Для оценки функциональных резервов деблокированной почки и целесообразности ее сохранения после выполнения

наружного дренирования ВМП, всем им произведена раздельная оценка изменения уровня клубочковой фильтрации. Определение этого параметра выполняли на следующие, 7-9 и 14-16 сутки после отведения мочи.

В пред- и послеоперационном периоде ЧПНС позволяла осуществить антеградную пиелоуретрографию и давала возможность судить о размерах лоханки и чашечек, их тонусе, степени и причинах нарушения пассажа мочи из лоханки по мочеточнику (рис. 1). При антеградной пиелографии показателем достаточной сохранности уродинамики верхних мочевых путей служило поступление контрастного вещества из ЧЛС в мочеточник в первые 3 минуты после его введения. Если тонус верхних мочевых путей не восстанавливался, рентгеноконтрастная жидкость поступала в мочеточник спустя 3-5 минут. Отсутствие контрастного вещества в МП через 20-30 минут после введения его по нефростоме свидетельствовало либо о наличии препятствия в мочеточнике, либо о его сократительной недостаточности.

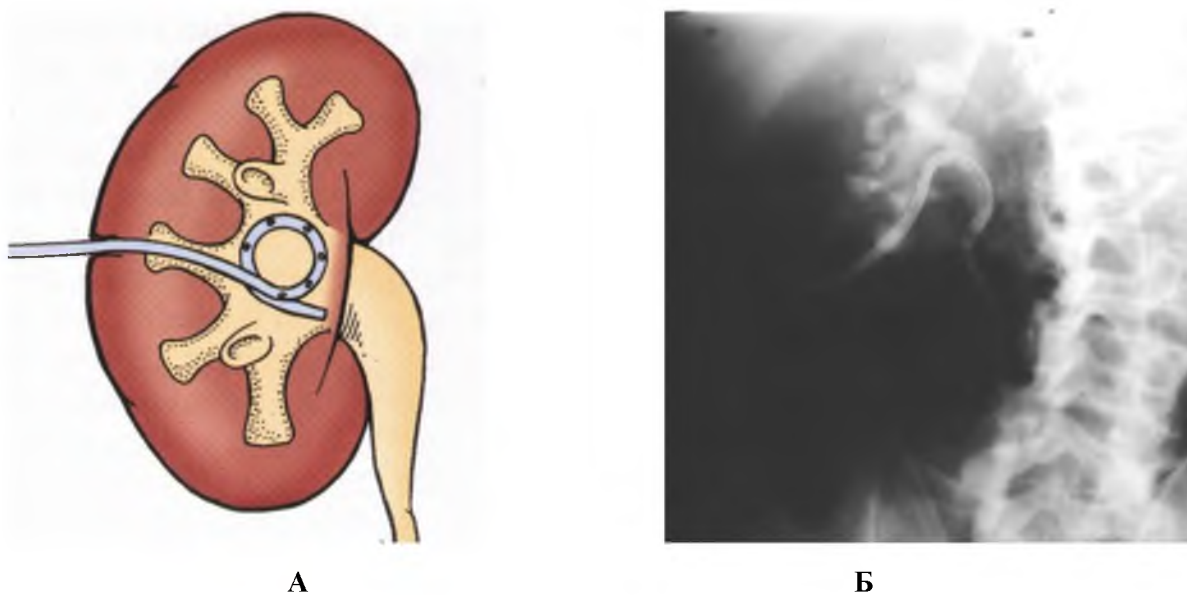


Рисунок 1. Чрескожная пункционная нефропиелостомия:  
 А – схема установки дренажа;  
 Б – антеградная пиелограмма после ЧПНС.

### Результаты и их обсуждение

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) развилась у 130 (89,0%) больных вследствие нарушения оттока мочи из почки, сопутствующего пиелонефрита (90 - 61,6%), туберкулеза обеих почек (50 - 34,2%) или единственной почки (12 - 8,2%). В целом из 168 случаев гидро-

уретеронефроз (ГУН) зарегистрирован до выявления нефротуберкулеза в 104 (61,9%), в остальных 64 (38,1%) - на различных сроках проведения этиопатогенетической терапии, в среднем  $19,8 \pm 6,1$  мес. Динамическое наблюдение за эволюцией ретенционных изменений осуществлялось путем выполнения ультразвукового исследова-



дования почек каждые 1-1,5 месяца. При подозрении на прогрессирование ГУН производили экскреторную урографию. В дальнейшем больные продолжали получать консервативное лечение, длительность которого от момента выявления до оперативной коррекции ГУН составила в среднем  $7,4 \pm 1,0$  мес. Установлено, что этиопатогенетическая терапия на фоне имеющихся ретенционных изменений привела к их регрессу лишь в 6 (3,6%) случаях. В 128 (76,2%) - динамики не получено, а в 34 (20,2%) - зарегистрировано прогрессирование обструктивных явлений.

Бацилловыделение с мочой зарегистрировано у 60 (41,1%) обследованных. Прекращение микобактериурии на фоне ПТГ достигнуто лишь у 12 (20,0%) из них, при этом у части - из-за полной окклюзии пораженного мочеточника. При исследовании почек, которые впоследствии были удалены ( $n=52$ , 31,0%), патоморфологические признаки активности туберкулезного процесса в виде казеозного некроза, эпителиоидно-клеточных гранулем и гигантских клеток Лангханса обнаружены в 42 (80,8%) случае. Только у 10

(19,2%) больных, подвергнутых нефрэктомии, активности специфического процесса в почках не наблюдали, выявлен фиброз интерстициальной ткани, гиалиноз клубочков, санированные каверны. Восстановление оттока мочи привело к снижению ХПН у 37 (52,9%) пациентов после ЧПНС. В целом осуществление этиопатогенетической терапии на фоне обеспечения адекватного оттока мочи позволило сохранить функцию дренированной почки в 59 (84,3%) случаях. Установлено, что после операции в 11 (15,7%) ПМЕ парциальная составляющая клубочковой фильтрации (КФ) составила от 2,5 до 9,0 мл/мин, в среднем -  $7,6 \pm 1,0$  мл/мин. При контрольном исследовании отмечена ее убыль в среднем на  $0,5 \pm 0,2$  на 7-9 сутки и  $1,1 \pm 0,4$  мл/мин - на 14-16 сутки ( $p > 0,05$ ). При колебаниях КФ от  $11,2 \pm 2,3$  до  $19,1 \pm 2,0$  ( $15,2 \pm 2,1$ ) мл/мин зарегистрирован прирост этого показателя на  $6,2 \pm 1,3$  и  $17,5 \pm 3,1$  мл/мин соответственно ( $p < 0,05$ ). Данные о динамике КФ дренированных ПМЕ представлены на рис 2.

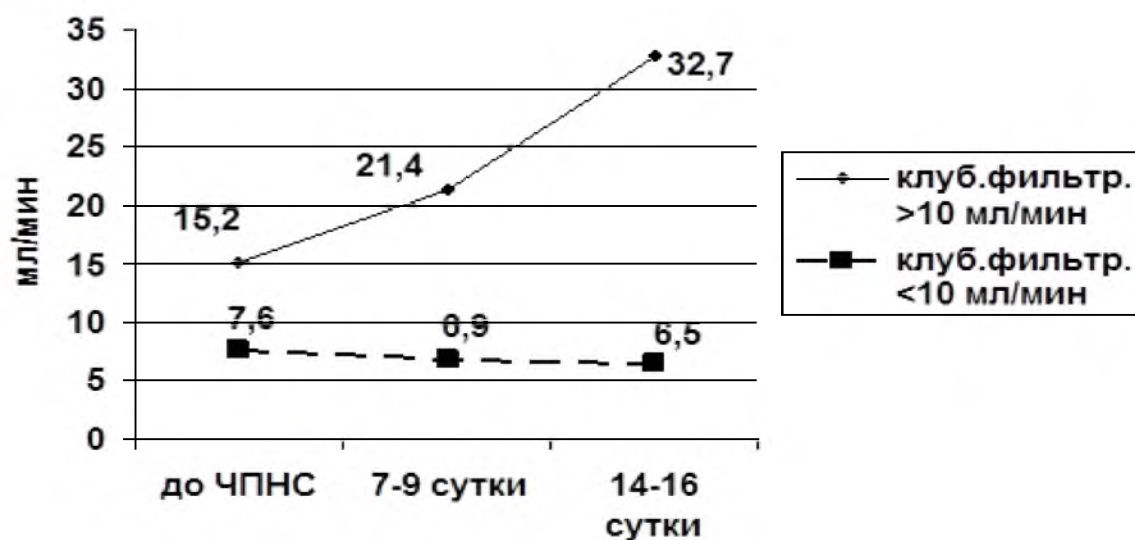


Рис. 2. Динамика клубочковой фильтрации деблокированных почек посредством ЧПНС.

Микобактериурия до декомпрессивных вмешательств выявлена у 12 (17,1%) пациентов. Дренирование полостной системы почки и мочеточника позволило впервые выявить МБТ еще у 15 (21,4%) больных. Осложнения ЧПНС имели место в 5 (7,1%) случаях и заключались, в основном, в выпадении нефростомического дренажа. Всего по этому поводу выполнено 3 повторные ЧПНС. Обострения хронического пиелонефрита купированы консервативно.

### Заключение

Внедрение ЧПНС позволило решить многие спорные вопросы, касающиеся диагностики и методов коррекции патологических состояний, вызывающих развитие ретенционных изменений в верхних мочевых путях. В результате декомпрессии почки получена ценная дополнительная информация о функциональных и резервных ее возможностях при гидроуретеронефрозе. Показано, что при исходном уровне КФ менее 10 мл/мин резервные возможности почки при гидроуретеронефрозе исчерпаны. Когда клиренс креатинина

превышает эту величину, происходит восстановление функции деблокированной почки. В первом случае показана нефрэктомия или нефроуретерэктомия, во втором – реконструктивное вмешательство на мочеточнике. Доказана необходимость первоочередного использования ЧПНС как доступного, малоинвазивного, с минимальным количеством осложнений, метода лечения пациентов с полной обструкцией верхних мочевых путей и почечной недостаточностью. А главное – с отсутствием летальных исходов.

Отведение мочи любыми способами при туберкулезе почки и мочеточника повышает возможность бактериологической верификации диагноза на 21,4%, и позволяет сохранить функциональную способность почек в 84,3% случаев. У больных нефротуберкулезом, осложненным гидроуретеронефрозом, своевременная декомпрессия почки улучшает ее функцию и уродинамику верхних мочевыводящих путей, приводит к снижению количества органоуносящих и увеличению числа реконструктивно-восстановительных операций, оптимизируя результаты комплексного лечения.

#### Литература:

1. Нерсесян А.А., Батыров Ф.А., Меркурьева Я.А. Проблемы современной диагностики и адекватного лечения, впервые выявленного урогенитального туберкулеза // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. - М.: БИ-НОМ. 2003. С. 200.
2. Муравьев А.Н. Суправезикальное отведение мочи в комплексном лечении больных туберкулезом почек и мочеточников: Автореф. дис. ... на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.26 /Муравьев А.Н. - СПб, 2008. - 24 с.
3. Суций Е.А. Особенности клинического течения и хирургического лечения нефротуберкулеза у лиц пожилого возраста: Автореф. дис. ... на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.26 /Суций Е.А.; - СПб, 2009. - 24 с.
4. Зубань О.Н., Скорняков С.Н., Арканов Л.В., Новиков Б.И., Чотчаев Р.М. Оперативное лечение туберкулеза почки с тотальным поражением мочеточника // Урология. -2014. -№2. -С. 29-33.
5. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Хирургия протяженных стриктур мочеточников. - СПб.: «Диалект», 2005. - 257 с.
6. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Реканализация верхних мочевых путей. - СПб: «Диалект», 2011. - 220 с.
7. Батыров Ф.А., Нерсесян А.А., Меркурьева Я.А. Проблемы современной диагностики и лечения урогенитального туберкулеза // Урология. - 2004. -№5. - С. 16-24.
8. Голубев Д.Н., Скорняков С.Н., Новиков Б.И., Вохомская Е.Д. и др. Особенности тактики лечения и исходы туберкулеза мочевых и мужских половых органов /Уральский медицинский журнал. - 2008. -№14 (54).-С. 42-49.
9. Арканов Л.В. Хирургическое лечение туберкулеза почки с тотальным поражением мочеточника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М, 2015. -24 с.
10. Traenzg E., Traenzg E.T., Buzulicg R., Drigoj G., Nicolescu I. The place and the role of histological examination in diagnostic algorithm of urinary system tuberculosis // Rom J Morphology Embryol. – 2005. - №46(2). – P.105-8.
11. Shin K.Y., Park H.J., Lee J.J., Park H.Y., Woo Y.N., Lee T.Y. Role of early endourologic management of tuberculous ureteral strictures // J. Endourol. – 2002, Dec. - №16(10). – P. 755-8.
12. Зубань О.Н., Скорняков С.Н., Арканов Л.В., Новиков Б.И. и др. Энтеропластика протяженных стриктур мочеточника туберкулезного и другого генеза // Урология. - 2014. -№4. - С. 10-15.

## МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Р.М. Курбаналиев<sup>1</sup>, А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, А.А. Еркович<sup>2</sup>, И.В. Колесниченко<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный Медицинский Университет»  
Министерства Здравоохранения России, кафедра урологии,  
г. Новосибирск, Россия

<sup>3</sup> ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина»,  
кафедра урологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В представленной публикации рассмотрены основные вопросы распространения врожденных пороков развития мочеполовой системы в Кыргызстане. освещена сравнительная характеристика структуры данных патологических состояний в России и странах Центральной Европы. Вследствие тесной эмбриогенетической связи мочевой и половой систем человека в 15-30% наблюдений выявлены сочетанные аномалии мочевыделительной и генитальной системы, в 20-30% – САКУТ-синдром, в 28-42% случаев имеется сочетание аномалий мочевыводящих путей с пороками развития других органов и систем.

**Ключевые слова:** Кыргызстан, пороки развития, мочевыводящие пути.

## ЗААРА БӨЛҮП ЧЫГАРУУ СИСТЕМАСЫНЫН ТУБАСА ООРУЛАРЫНЫН МОНИТОРИНГИ

Р.М. Курбаналиев<sup>1</sup>, А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, А.А. Еркович<sup>2</sup>, И.В. Колесниченко<sup>3</sup>

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы КыргызМамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

<sup>2</sup> ФМББМ ЖПБ «Новосибирск Мамлекеттик Медициналык Университет»  
Россия Саламаттык сактоо Министрлиги урология кафедрасы,  
Новосибирск ш., Россия

<sup>3</sup> Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Университети, урология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Мына ушул билдирүүдө заара кана жыныс системасынын тубаса каталыктыгынын Кыргызстанда таралыш суроолору каралып, анын Россияда жана Борбордук Европадагы катталышына салыштырмалуу мүнөздөмө берилди. Адамдын заара жана жыныс системасынын түйүлдүк генетикалык тыгыз байланышынын негизинде, 15-30% пайыздык байкоолордо заара бөлүп чыгаруу жана гениталык системасынын жаш толгон тубаса каталыктары, а 20-30% учурда-САКУТ синдром, а 28-42% учурларда зара бөлүп чыгаруу системасынын тубаса каталыктары башка органдардын же болбосо системалардын тубаса каталыктары менен коштолгон.

**Негизги сөздөр:** Кыргызстан, өнүгүүдөгү тубаса каталыктар, зара чыгаруу жолдору.

## MONITORING OF URINARY SYSTEM CONGENITAL ABNORMALITIES

R.M. Kurbanaliev<sup>1</sup>, A.Ch. Usupbaev<sup>1</sup>, A.A. Erkovich<sup>2</sup>, I.V. Kolesnichenko<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

<sup>2</sup> «Novosibirsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Department of Urology,  
Novosibirsk, Russia

<sup>3</sup> Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Department of Urology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** In this article, there is an observation of distribution of congenital abnormalities of urinary system in Kyrgyzstan, and comparative characteristic of structure of these pathological conditions in Russia and Central Europe. Due to close embryogenic link between urinary and genital systems, in 15-30% of cases there are simultaneous abnormalities of two systems, in -30% – CAKUT-syndrome, in 28-42% there are combined abnormalities of urinary system with other systems.

**Key words:** Kyrgyzstan, congenital abnormalities, urinary system.

**Введение**

В структуре урологических патологий аномалии мочевыводящих путей составляют 40% от всех ВПР различных органов и систем [3, 5].

По данным мониторинга Федерального и Международного регистров (EUROCAT), структура ВПР в России составляет 3,6 -14,7 на 1000 новорожденных, в Европе – 3,1 - 12,5 на 1000 родившихся [1, 5,7].

Согласно данным Национального центра по врожденным дефектам (США), ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн детей с ВПР, в 50% случаев на их фоне развиваются вторичные осложнения, требующие хирургической коррекции [9, 11].

По данным Российской Федерации (РФ) частота ВПР среди новорожденных детей составляет 4-5% (45-50 на 1000 новорожденных), среди них показатели младенческой смертности достигают 35-40% [1, 6].

Среди больных урологического профиля пациенты с различными аномалиями мочеполовых органов составляют 5-12%, причем ВПР мочевыводящих путей занимают третье место в структуре всех пороков развития [7]. На их фоне в 43-80% возникают такие вторичные осложнения как пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, сморщивание почки, артериальная гипертензия [2, 8, 9].

Во многих случаях пороки развития мочевыводящих путей становятся причиной функциональной неполноценности органов. При сочетанных аномалиях верхних и нижних мочевыводящих путей (САКУТ-синдром) нарушается их функциональное состояние за счет развития хро-

нической болезни почек, что приводит к инвалидизации и нарушению трудоспособности пациентов в 74,8% случаев [2, 4,7,10,12].

Разнообразие аномалий и их проявлений в различных возрастных группах остаются предметом изучения клиницистов настоящего времени. Полиморфность, а иногда и отсутствие клинических проявлений ВПР, несвоевременное их распознавание, делает необходимым систематизацию данных патологических состояний с целью выбора метода диагностики и определения тактики ведения и лечения пациентов. Данные аспекты легли в основу настоящей публикации.

**Материал и методы исследования**

В период с 2010 по 2016 г. произведен мониторинг распространенности и частоты развития ВПР мочевыводящих путей с оценкой причинно-следственных связей в различных регионах Кыргызстана, Российской Федерации и странах Центральной Европы.

На базе кафедры урологии и андрологии Республиканского Научного Центра урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики изучены результаты непосредственных клинических наблюдений и архивных материалов 83012 пациентов с ВПР различных органов и систем, из них – у 24895 больных с ВПР мочевыводящих путей.

Из общего числа пациентов выявлено 59,0% детей и 41,0% взрослых с ВПР мочевыводящих путей. Средний возраст детей составил 4,2±2,8, взрослых – 33±2,6.

**Результаты и их обсуждение**

В период с 2010 по 2016 г. в Кыргызстане изучена структура ВПР у детей и взрослых (таблица 1).

Таблица 1

Структура ВПР в Кыргызстане в различных возрастных группах

Годы	Врожденные пороки развития						Пороки мочевыводящих путей					
	Дети		Взрослые		Итого		Дети		Взрослые		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2010	5235	6,3	4310	5,2	9545	11,5	1729	9,6	861	12,6	2590	10,4
2011	5539	6,7	4184	5,0	9723	11,7	1942	10,8	1060	15,5	3002	12,0
2012	6528	7,9	5871	7,0	12399	15,0	2409	13,3	958	14,0	3367	13,5
2013	7493	9,0	6312	7,6	13805	16,6	2846	15,8	1084	15,9	3930	15,8
2014	7425	8,9	5747	6,9	13172	15,9	2712	15,0	911	13,3	3623	14,5
2015	6800	8,2	4830	5,8	11630	14,0	3184	17,6	935	13,7	4119	16,5
2016	7245	8,7	5493	6,6	12738	15,3	3243	18,0	1021	15,0	4264	17,1
Итого	46265	55,7	36747	44,3	83012	100,0	18065	72,6	6830	27,4	24895	100,0

Среди общего количества ВПР, пороки мочевыводящих путей составили 29,9%. Общее соотношение пороков развития мочевыводящих путей к ВПР у детей – 1:3, у взрослых – 1:5.

Этиопатогенетические аспекты возникновения и развития ВПР связаны с нарушением процессов размножения, миграции, дифференциации клеток на III-X неделях внутриутробного

развития в период эмбрионального морфогенеза [1, 6, 7]. Среди факторов возникновения наиболее

значимыми являются наследственные (генетические), экзогенно-обусловленные, мультифакториальные и идиопатические (рисунки 1, 2, 3).



Рисунок 1. Структура причин возникновения ВПР в Кыргызстане.



Рисунок 2. Структура причин возникновения ВПР в России.



Рисунок 3. Структура причин возникновения ВПР в странах Центральной Европы.

Изучена частота и структура ВПР мочевыводящих путей в Кыргызстане по основным классам патологических процессов (рисунок 4).

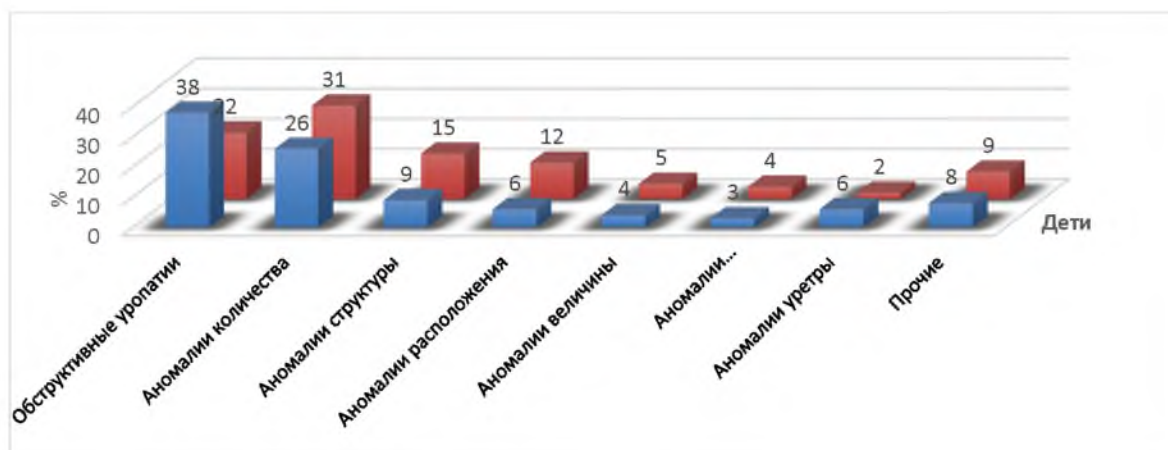


Рисунок 4. Структура заболеваемости ВПР в Кыргызстане по основным классам.

Среди наиболее распространенных ВПР мочевыводящих путей у детей выявлены обструктивные уропатии (38%,  $p < 0,05$ ), у взрослых - аномалии количества почек и мочеточников в виде удвоения, аплазии (31%,  $p < 0,05$ ) и аномалии структуры почек в виде кистозных образований (15%,  $p < 0,05$ ).

Коэффициент рождаемости в Кыргызстане составил более 27 на 1000 населения (3,2 рождения на 1 женщину). По данному показателю республика находится на 85 месте в общемировом рейтинге. Эти значения в последние десять лет подвергались лишь незначительным колебаниям и остаются стабильными из года в год.

Показатель ВПР в структуре смертности новорожденных в Кыргызстане занимает одно из ведущих мест и, прежде всего, зависит от уровня диагностики и оказания медицинской помощи беременным и новорожденным. В 2014-2016 годах количество умерших детей до 1 года составило 20,2 на 1000 новорожденных, из них доля заболеваний ВПР составила 14,8%.

Анализируя распространенность ВПР в различных возрастных группах, структуру младенческой смертности, детской инвалидности, ультразвуковой скрининг как метод ранней диагностики аномалий развития различных органов и систем, нами произведена сравнительная оценка данных фактов среди регионов Кыргызстана, РФ и стран Центральной Европы (рисунки 6,7).

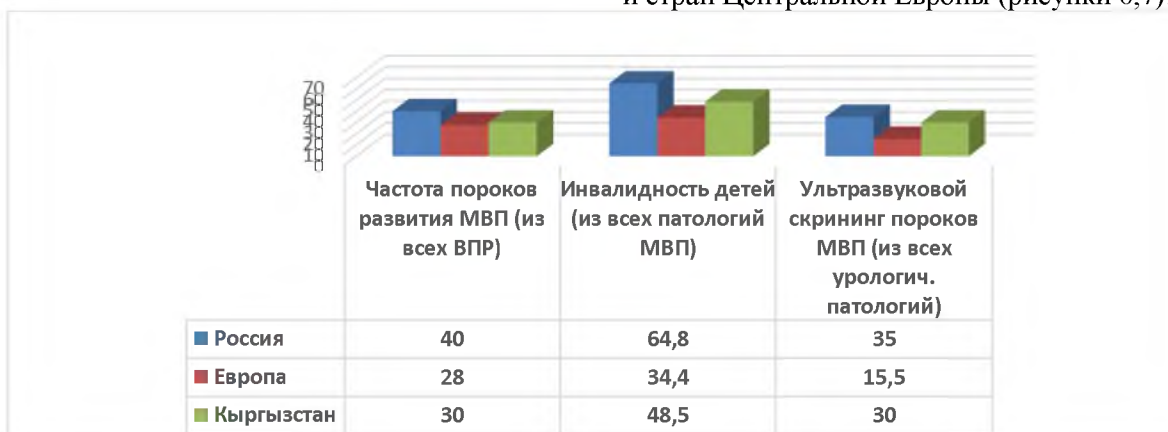


Рисунок 6. Общая структура распространенности ВПР различных органов и систем в разных странах мира.

Исходя из сравнительного анализа всех ВПР выявлена наиболее частая распространенность

аномалий мочевыводящих путей в различных регионах РФ (40%) и Кыргызстана (30%).



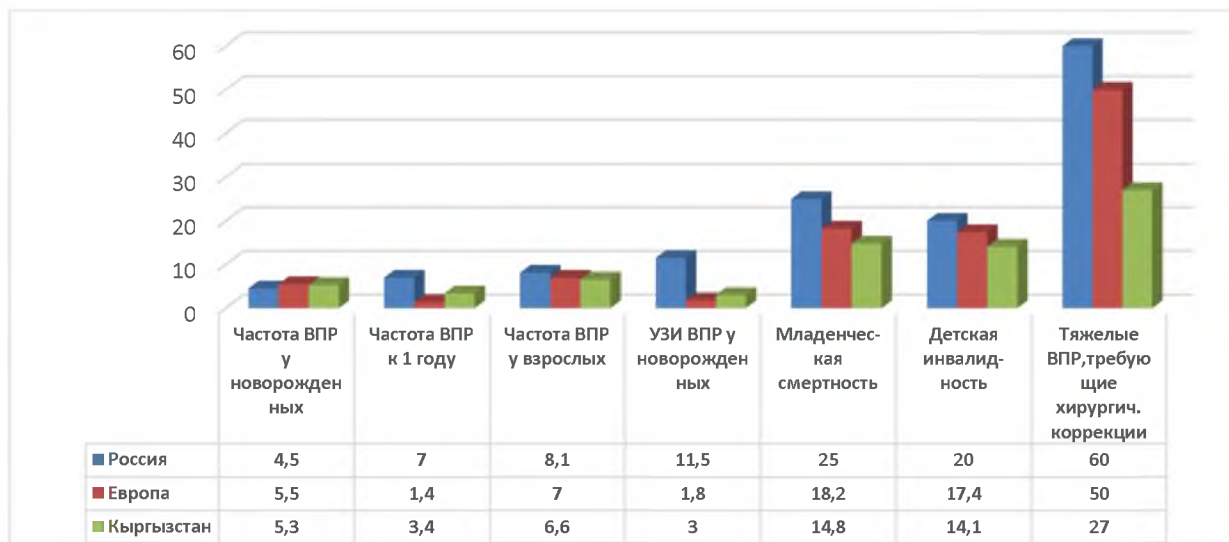


Рисунок 7. Структура ВПР в разных странах мира (ежегодно, %).

Распространенность ВПР у новорожденных превалирует в странах Центральной Европы (5,5%), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой в развитых странах мира и тератогенным действием факторов риска на внутриутробное развитие плода. Частота ВПР у детей первых лет жизни и у взрослых (7,0% и 8,1% соответственно) чаще выявляется в РФ, что говорит о своевременной и информативной диагностике патологических процессов в организме пациента. Тем не менее, риски развития летальных исходов и детской инвалидизации также

чаще диагностируются в РФ, что свидетельствует о позднем обращении пациентов за медицинской помощью, выявлением тяжелых форм ВПР, требующих хирургического вмешательства.

Всем пациентам с ВПР при нарушении уродинамики вследствие обструктивных уропатий произведена хирургическая коррекция.

Структура хирургической активности в Кыргызстане при anomalies мочевыводящих путей с 2010 по 2016 годы представлена на рисунке 8.

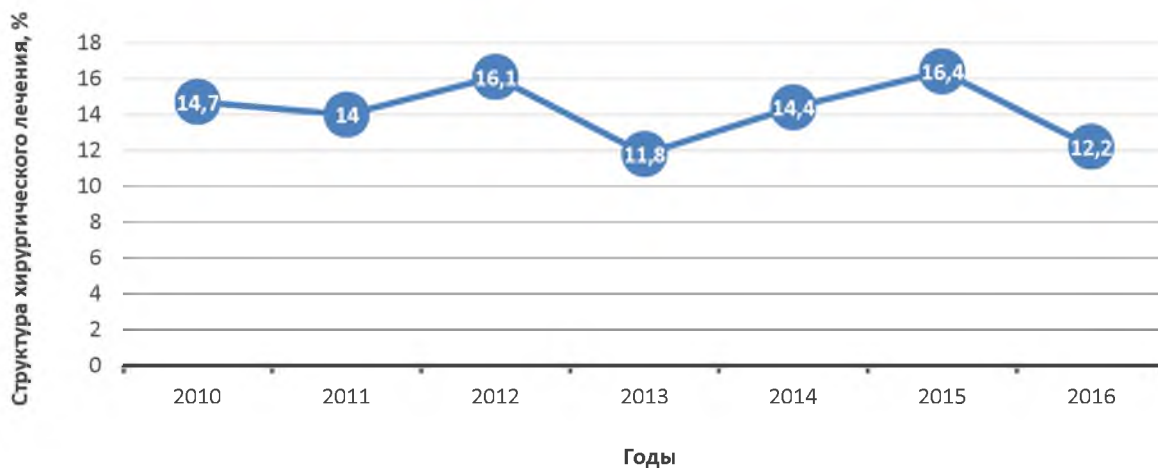


Рисунок 8. Структура хирургического лечения при ВПР мочевыводящих путей.

Хирургическое лечение произведено всем больным с диагностированной гидронефротической трансформацией на фоне обструктивных уропатий различного генеза (стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, aberrantного сосуда, нейромышечной дисплазии мочеточников), аномалий структуры и взаимоотношения

почек с нарушением функционального состояния почек, пузырно-мочеточникового рефлюкса, вторичного камнеобразования, афункциональной почки и др.

Исходя из вышеуказанных исследований, с целью систематизации и детализации всех ВПР нами разработана и внедрена в практическую

урологию рабочая классификация с учетом обследования, лечения и диспансеризации пациентов с аномалиями развития мочевыводящих путей.

Исходя из обращаемости пациентов в различные лечебно-профилактические учреждения республики, определены три клинические группы, согласно которым врачи первичного и вторичного звена определяют методы диагностики и способы ведения и лечения пациентов с ВПР мочевыводящих путей.

К 1-ой группе относятся больных с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в хирургической коррекции при нарушении уродинамики;

К 2-й группе относятся больные с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в динамическом наблюдении с последующей хирургической коррекцией и/или консервативной терапией;

К 3-й группе относятся пациенты с пороками развития мочевыводящих путей, не нуждающихся хирургической коррекции и медикаментозном лечении, но подлежащих динамическому наблюдению амбулаторно.

#### Выводы:

1. Среди больных урологического профиля в Кыргызстане в 25-28% исследованиях выявлены пациенты с различными аномалиями мочеполовых органов.

2. В 20% случаев причины возникновения и развития ВПР связаны с неблагоприятными экзогенными факторами внешней среды, из них немаловажное значение определено действием радиоактивных веществ (урановые, угольные месторождения), использованием пестицидов при посевных и поливных сельскохозяйственных работах, употреблением алкоголя, табакокурения, различных лекарственных препаратов во время беременности.

3. Высокая частота распространения ВПР у пациентов в РФ связана с поздней обращаемости больных за медицинской помощью, выявлением тяжелых и сочетанных форм ВПР, недостаточной осведомленностью населения, а также неудовлетворительными социально-бытовыми условиями в отдаленных регионах России.

4. Тенденция к росту ВПР мочевыводящих путей связана как с увеличением числа рождаемости населения, так и с улучшением диагностики выявляемости аномалий. С целью своевременной диагностики, снижения риска развития осложнений и сохранения трудоспособности пациентов с

ВПР, для врачей всех лечебно-профилактических учреждений республики разработана рабочая классификация, определяющая тактику лечения и диспансерного наблюдения пациентов с аномалиями мочевыводящих путей.

#### Литература:

1. Доброскокова Н.Ф. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов в Новосибирске / Н.Ф. Доброскокова, В.П. Аксенова, А.П.Надеев // Архив патологии. - 2010. - № 1. - С. 16-19.
2. Игнатова М.С. САКУТ-синдром у детей / М.С. Игнатова // М.: Педиатрия. - 2012. -Т. 91, №6. - С. 141-143.
3. Комяков Б. К. Урология / Б.К. Комяков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 464 с.
4. Короткова Ю.А. Инвалидность вследствие врожденной патологии у детей и основные принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации / Ю.А. Короткова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - 36 с.
5. Крыганова Т.А., Длин В.В. Частота аномалий органов мочевой системы и функциональное состояние почек зависимости от степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей / Т.А. Крыганова, В.В. Длин // М.: Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - С.81.
6. Наследственные болезни у детей / М.В.Краснов, В.М.Краснов, А.Г. Кириллов и др. -М., 2011. -380с.
7. Сафонова М.П. Особенности клиники и фенотипических признаков при врожденной гипоплазии почек у детей разного возраста / М.П. Сафонова: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - М., 2014. - С. 5, 9-15.
8. Mutations in 12 known dominant disease-causing genes clarify many congenital anomalies of the kidney and urinary tract / H.Y. Hwang, G.C. Dworschak, S.Kohletal. - KidneyInt, 2014; 85(6): 1429-1433.
9. Renfang S. Genetics of congenital anomalies of the kidney and urinary tract / S. Renfang, V. Yosypiv // PediatrNephrol. - 2011. - № 3. - P. 353-364.
10. Single-gene causes of congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) in humans / A.Vivante, S.Kohl, D.Y. Hwang et al. // PediatrNephrol. - 2014; 29 (4): 695-704.
11. The demographic characteristics of children with chronic kidney disease stages 3-5 in South East England over a 5-year period / J.J. Kim, C.J. Booth, S.Walleretal. // Arch Dis Child. - 2013. - №1. - P. 324-327.
12. Vosypiv I.V. Congenital Anomalies of Kidney and urinary tract: Genetic Disorder? / I.V. Vosypiv // Int. J. Nephrology. - 2012. - P. 909-913.



**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С НЕФРОПТОЗОМ НА ФОНЕ ВИСЦЕРОПТОЗА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ****Ж.С. Мамбетов, Ч.М. Иманалиев**Республиканский научный центр урологии  
при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Хирургическая коррекция патологически опущенной почки в сочетании с опущением внутренних органов находится на стыке нескольких специальностей – урологии, хирургии, гинекологии, однако данные проблемы решаются разобщенно, что негативно отражается на состоянии пациентов и ухудшает их качество жизни. В публикации представлен анализ клинико-функционального состояния почек у пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза, определены диагностические и прогностические критерии возможных осложнений нефроптоза в зависимости от степени опущения внутренних органов.

**Ключевые слова:** нефроптоз, висцероптоз, функциональное состояние.

**НЕФРОПТОЗДУН ВИСЦЕРОПТОЗ МЕНЕН АЙКАЛЫШКАН БЕЙТАПТАРДЫН БӨЙРӨГҮНҮН КЛИНИКАЛЫК АТКАРУУ АБАЛЫНЫН АР КАНДАЙ ДАРАЖАДАГЫ КАТААЛДЫГЫ****Ж.С. Мамбетов, Ч.М. Иманалиев**Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо Министрлигинин  
Улуттук Госпиталга караштуу Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** патологиялык бөйрөктүн ылдыйлашынын ички органдар менен айкалышындагы хирургиялык түзөө урология, хирургия, гинекология адистиктеринин көңүл чордонунда, бирок бул көйгөйлөр туура эмес чечилгенине байланыштуу, бейтаптардын абалына терс таасирин тийгизип жана жашоо шартынын сапатын төмөндөтүүдө. Бул макалада нефроптоздун висцероптоз менен айкалышкан бейтаптардын бөйрөгүнүн клиникалык аткаруу абалынын жыйынтыгы чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** нефроптоз, висцероптоз, иш аткаруу абалы.

**CLINICAL AND FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH NEPHROPTOSIS ON THE BACKGROUND OF VISCEROPTOSIS OF VARIOUS DEGREE OF EXPRESSION****J.S. Mambetov, Ch.M. Imanaliev**Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital  
of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Surgical correction of the pathologically lowered kidney in combination with the omission of the internal organs is at the junction of several specialties - urology, surgery, gynecology, but these problems are solved disconnected, which negatively affects the condition of patients and worsens their quality of life. The publication presents an analysis of the clinical and functional state of the kidneys in patients with nephroptosis against visceroptosis, diagnostic and prognostic criteria for possible complications of nephroptosis are determined depending on the degree of omission of internal organs.

**Key words:** nephroptosis, visceroptosis, functional state.

**Введение**

В структуре урологических заболеваний нефроптоз является одной из частых патологий, при этом частота заболеваемости имеет тенденцию к увеличению среди населения трудоспособного возраста [3].

Нефроптоз часто сочетается с различной степенью выраженности висцероптозом, который взаимно усугубляет течение фоновой и сопутствующей патологии, а также характеризуется высокой частотой осложнений со стороны мочевыводящих путей, органов пищеварительного тракта и женских половых органов.

Следует отметить, что патологически опущенная почка (нефроптоз) в сочетании с патологическим опущением других внутренних органов чаще наблюдается у лиц женского пола, и преимущественно, имеет правостороннюю локализацию вследствие более низкого расположения правой почки и менее развитого связочного аппарата правой почки, нежели левой. Кроме того, провоцирующими факторами риска развития нефроптоза у женщин являются конституциональные особенности женского организма, а также понижение тонуса передней брюшной стенки вследствие беременности и родов [5].

В современной литературе имеется большое количество работ, освящающих различные методы хирургической коррекции нефроптоза [1,2,4]. Однако, вопросам оценки клинко-функциональных нарушений патологически опущенной почки на фоне опущения внутренних органов не уделяется должного внимания, вследствие чего данная мотивация явилась основанием для выполнения настоящего исследования.

**Цель работы:** изучить клинко-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом на фоне висцероптоза различной степени выраженности.

### Материал и методы исследования

Проведена оценка клинко-функционального состояния почек у 55 больных пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза, обследованных в Республиканском Научном Центре урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики г.Бишкек.

Возраст пациентов составил в среднем  $32,8 \pm 2,6$  года, т.е. все пациенты являлись лицами наиболее трудоспособного возраста. Длительность болезни составила  $4,2 \pm 2,8$  лет. Нефроптозом в сочетании с висцероптозом I степени страдали 16 (29,1%) больных, II степени – 27 (49,1%) и III степени – 12 (21,8%) пациентов.

### Результаты и обсуждения

Исследуя жалобы пациентов с нефроптозом различной степени выраженности в каждом конкретном случае, мы выявили признаки основного заболевания и имеющиеся на этом фоне осложнения (рисунок 1).

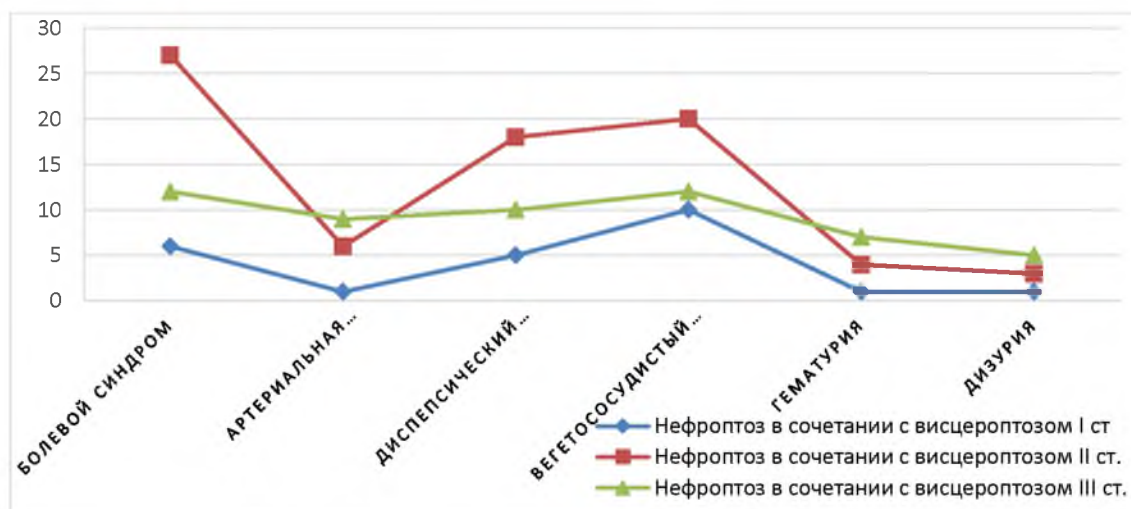


Рисунок 1. Клинические синдромы нефроптоза в сочетании с висцероптозом в зависимости от степени смещения органов.

Наиболее часто пациенты отмечали боли в поясничной области на стороне опущенной почки. При этом боль носила ноющий постоянный характер – у 23 (41,8%) больных, периодический – у 26 (47,3%), приступообразный – у 6 (10,9%) обследованных.

Исследуя клиническую симптоматику у пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза, со стороны верхних мочевыводящих путей были выявлены такие осложнения как пиелонефрит, артериальная гипертензия, ХПН, нефролитиаз, гидронефротическая трансформация (рисунок 2).

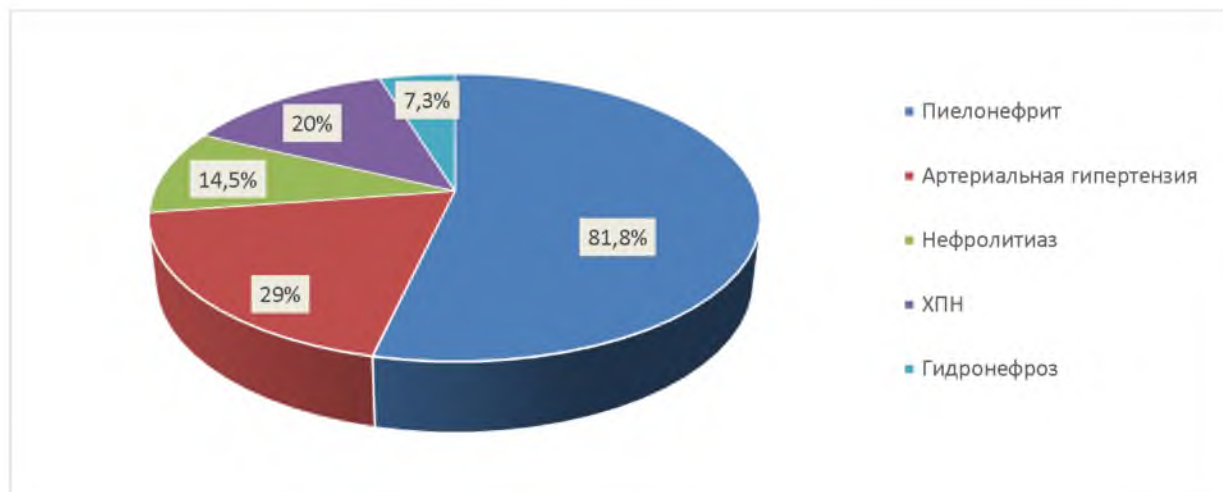


Рисунок 2. Осложнения на фоне нефроптоза, сочетающегося с висцероптозом.

Из сопутствующих осложнений были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы – у 8 (14,5%) обследуемых, желудочно-кишечные расстройства – у 30 (54,5%), недержание мочи у женщин – у 17 (30,9%) пациентов.

Посев мочи для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам выполнен у всех 55 больных, при этом выделена следующая микрофлора: *Escherichia coli* – у 26 (47,3%), *Staphylococcus epidermidis* – у 14 (25,5%), *Proteus mirabilis* – у 4 (7,3%), *Streptococcus haemolitic* – у 3

(5,5%), *Klebsiella* – у 1 (1,8%) больного, отрицательный результат – у 7 (12,7%) пациентов.

Функциональные показатели больных с нефроптозом на фоне висцероптоза, отдельно оценены в зависимости от наличия (n-11) или отсутствия хронической почечной недостаточности (ХПН) (n-44), которые были сравнены с показателями здоровых лиц (контрольная группа, n-15) (табл. 1)

Таблица 1

Распределение функциональных показателей у больных с нефроптозом на фоне висцероптозом по наличию осложнений (ХПН) в исследуемых группах

Показатели	Без ХПН (n-44) M1+m1	С ХПН 1ст (n-11) M2+m2	Контрольная группа (n-15) M3+m3
Диурез, мл	1340+78,2	1020+64,9	1420+83,5
	P	M1 – M2 > 0,05	M2 – M3 > 0,05
Клубочковая фильтрация, мл/мин	98,7+3,6	74,3+4,2	101,5+3,2
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 < 0,01
Канальцевая реабсорбция, %	98,3+0,44	91,4+0,31	99,8+0,52
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 > 0,05
Проба Зимницкого: Максимальный удельный вес	1014+1,26	1008+1,38	1022+0,42
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 < 0,05
Минимальный удельный вес	1010+1,2	1003+1,4	1016+1,3
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 > 0,05
Остаточный азот, ммоль/л	19,8+0,5	26,4+0,7	17,9+1,3
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 < 0,01
Мочевина крови, ммоль/сутки	7,6+0,4	10,6+0,2	5,4+0,7
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 < 0,01
Креатинин крови, мкмоль/л	96,6+1,8	162,8+2,4	86,4+2,3
	P	M1 – M2 < 0,05	M2 – M3 < 0,05
Креатинин мочи, ммоль/сутки	6,8+1,6	9,5+1,4	11,7+0,9
	P	M1 – M2 > 0,05	M2 – M3 < 0,05

Диурез у пациентов с нефроптозом без ХПН, по сравнению с контрольной группой (здоровые лица), имел тенденцию к снижению, но оставался в пределах допустимых показателей нормы. Иной результат получен у лиц с наличием ХПН. Здесь диурез по сравнению с контрольной группой статистически достоверно отличался ( $p < 0,05$ ). Данные клубочковой фильтрации у лиц с ХПН ( $74,3 \pm 4,2$ ) статистически достоверно отличались ( $p < 0,05$ ) с результатами пациентов без ХПН ( $98,7 \pm 3,6$ ), также эти данные отличались от показателей здоровых лиц ( $p < 0,01$ ). Показатели канальцевой реабсорбции оказались почти идентичным и у лиц с нефроптозом и у лиц контрольной группы ( $p > 0,05$ ), но отмечено достоверное их снижение у пациентов с ХПН, по сравнению с другими исследуемыми группами ( $p < 0,05$ ).

Такая же закономерность имела место при анализе исследования пробы Зимницкого, где показатели у пациентов с ХПН статистически достоверно отличались по отношению к исследуемой группе больных с нефроптозом без ХПН и показателями здоровых лиц ( $p < 0,05$ ).

Азотовыделительная функция почки у пациентов с нефроптозом без ХПН оставалась в пределах нормальных показателей, что существенно отличалось от лиц с ХПН, эти различия были статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

На основании проведенной обзорной и экскреторной урографии (в позиции стоя и лежа) у пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза получен ряд рентгенологических признаков (таблица 2).

Таблица 2

Результаты рентгенологического исследования у больных с нефроптозом (n-55)

Рентгенологические признаки	Количество обследованных	
	Абс. число больных	% к общему количеству больных
Без нарушения уродинамики и рельефа чашечно-лоханочной системы	9	16,4
Удлинение и гипотония шеек чашечек	16	29,0
Колбообразное расширение чашечек	22	40,0
Гидронефротическая трансформация	4	7,3
Снижение функции почки	4	7,3
Итого	55	100,0

Таким образом, полученные рентгенологические изменения при проведении экскреторной урографии в орто- и клиностазе свидетельствуют о наиболее частом органическом изменении чашечек почки, приводящем к изменению линии Ходсона.

Рентгеноморфометрические измерения площади почки в соотношении к площади чашечно-лоханочной системы позволили рассчитать показатели ренортикального индекса (РКИ).

Сравнительная оценка РКИ проведенная нами у всех пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза и оценена по степеням опущения органов. Так, у пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза I степени РКИ составил  $69,3 \pm 0,4$ ; II степени –  $68,8 \pm 0,6$ , III степени –  $64,2 \pm 0,7$ .

Таким образом, вследствие длительно текущего и часто рецидивирующего пиелонефрита, наличием симптомов артериальной гипертензии и ХПН, у пациентов с нефроптозом на фоне висцероптоза III степени имеют место признаки, указывающие на формирование нефросклеротических процессов в патологически опущенной почке.

**Выводы:**

Хорошие клинические результаты после хирургической коррекции нефроптоза составляют около 73,6%. Неудовлетворительные послеоперационные результаты связаны с недостаточной оценкой выявления сочетания патологически опущенной почки с опущением других органов, в результате чего после нефропексии сохраняются жалобы пациентов на боли в брюшной полости, нарушение акта дефекации, дизурические расстройства, функциональные нарушения нервной системы. В связи с этим, принимая во внимание частое сочетание нефроптоза с висцероптозом, при обследовании больных с указанной патологией целесообразно проводить комплексное исследование всех органов и систем. Основу диагностического алгоритма должны составлять клинико-лабораторные и лучевые методы исследования с анализом функционального состояния внутренних органов и оценкой степени риска возможных осложнений. Несвоевременная диагностика и неадекватная интерпретация результатов сочетанного опущения внутренних органов

способствует возникновению вторичных осложнений и нарушает функциональное состояние органов и систем организма, нарушая трудоспособность пациентов и ухудшая их качество.

**Литература:**

1. Боков С.П. Оптимизация хирургического лечения правостороннего коло- и нефроптоза / С.П. Боков // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Архангельск, 2004. – 21с.
2. Гафуров М У. Оптимизация хирургического лечения нефроптоза / М.У. Гафуров // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек, 2013. – 24-28 с.
3. Князев Ш.М. К методике хирургического лечения нефроптоза / Ш.М Князев // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Нальчик, 2001. – 20 с.
4. Оношко В.Ф. К вопросу о хирургическом лечении нефроптоза // В.Ф. Оношко // Бюллетень ВСНЦ РАМН. – М., 2011. - №1 (77). – Ч.1 – С. 296-299.
5. Томян А.Г. Патогенетическое обоснование выбора хирургического лечения патологически подвижной почки / А.Г. Томян// Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М., 2007. – 24 с.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ АДАПТАЦИИ И ДЕ-АДАПТАЦИИ К ВЫСОКОГОРЬЮ (Обзор литературы)**

**Б.С. Ниязов<sup>1</sup>, О.Р. Динлосан<sup>1</sup>, Н.К. Абдылдаев<sup>1</sup>,  
Ж.И. Ашимов<sup>1</sup>, С.Б. Ниязова<sup>1</sup>, Б.А. Эраалиев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, кафедра общей хирургии

<sup>2</sup> Национальный хирургический центр  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в статье освещен обзор литературы по особенностям течения раневого процесса в различные фазы перестройки организма при процессах адаптации и деадаптации в условиях высокогорья.

**Ключевые слова:** адаптация, деадаптация, высокогорье, раневой процесс, особенности.

**ЖАРААТ АЙЫГЫШЫ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖАНА ТООЛУУ АРТКА ЫЛАЙЫКТАШТЫРУУ  
КӨНҮҮ (сереп адабиятты)**

**Б.С. Ниязов<sup>1</sup>, О.Р. Динлосан<sup>1</sup>, Н.К. Абдылдаев<sup>1</sup>,  
Ж.И. Ашимов<sup>1</sup>, С.Б. Ниязова<sup>1</sup>, Б.А. Эраалиев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту

<sup>2</sup> Улуттук хирургиялык борбору  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Кыскача мазмуну:** Бул макалада бийикте жараяндарды жана артка ылайыкташтырууда организмди кайра өзгөчөлүктөрүн эске жараат жүрүмүнүн өзгөчөлүктөрү, адабияттар жөнүндө обзор берилген.

**Негизги сөздөр:** айрыкча, кайра жасоо, артка ылайыкташтыруу, тоо кыркалары, уюмду жоюу тартиби.

**PECULIARITIES OF WOUND HEALING PROCESS UNDER ADAPTATION AND READAP-  
TATION BY HIGH ALTITUDES**

**B.S. Niyazov<sup>1</sup>, O.R. Dinlossan<sup>1</sup>, N.K. Abdylдав<sup>1</sup>, J.I. Ashimov<sup>1</sup>, S.B. Niyazova<sup>1</sup>, B.A. Eraaliev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills, Department of General Surgery

<sup>2</sup> National Surgical Center  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** This article presents a review of literature on the peculiarities of wound process, given the characteristics of the restructuring of the organism in adapting processes and readaptation at high altitudes.

**Key words:** adaptation, readaptation, highlands, wound process, especially.

Проблема лечения гнойных ран сохраняет актуальность, не смотря на то, что в последние десятилетия в области экспериментальной и клинической медицины достигнуты, безусловно, определенные успехи.

В последнее время было отмечено, что любые изменения природной среды (урбанизация, естественные и техногенные катастрофы) имеют влияние на течение раневого процесса, так как влияют на изменение биологических свойств раневой микрофлоры и иммунной защиты человека [1]. Условия высокогорья и другие природные особенности не являются исключением.

В последние 50 лет высокогорье особенно привлекает внимание исследователей, в связи с возрастанием его народно-хозяйственного и оздоровительного значения [2,3,4]. Значительная миграция населения в высокогорные районы и

создание в этих условиях социальной инфраструктуры, сходной с низкогорной, приводит к ряду проблем медико-биологического и социального значения. В условиях высокогорья на организм человека оказывают особое влияние условия гипоксии, низкой температуры, высокой ионизации воздуха, ультрафиолетовой солнечной радиации и др., что сказывается на течении самого раневого процесса [5,6,7,8, 9,10]. Проблемы механизмов адаптации организма человека и животных к факторам высокогорья, особенно в Кыргызской Республике являются актуальными [11].

Общеизвестно, что достижение состояния адаптации организма вырабатывается на протяжении определённого отрезка времени, постепенно, ступенеобразно, вследствие чего многие авторы выделяют 3 фазы адаптации к высоко-

рью [2,11, 12,13]. Первая фаза – или фаза «неустойчивой акклиматизации», характеризуется максимальным усилением физиологических функций дыхания, кровообращения и всех кислородотранспортных систем организма. Именно в этой фазе отмечаются проявления состояния дезадаптации из-за несовершенства механизмов приспособления к факторам высокогорья, в особенности к гипоксии. Вторая фаза - "относительной акклиматизации" или переходная фаза, когда активность физиологических функций систем, в особенности связанных с передачей кислорода, в основном возвращаются к исходному уровню, но сохраняют функциональную нестабильность. Третья фаза "полной акклиматизации" представляется медленным возвращением физиологических функций к исходным величинам, соответствующим равнинной местности, и характеризуется стабилизацией большинства измененных физиологических показателей на фоновом или функционально новом уровне, снижением основного обмена и некоторых показателей кровообращения, улучшением захвата кислорода тканями, а также включением на полную мощность приспособительных механизмов на тканевом уровне [14,15,16, 17, 18].

Гиперфункция систем дыхания, кровообращения и крови, выполняя газо-транспортную функцию, обеспечивает срочную адаптацию организма к гипоксии и позволяет приспособить энергетический обмен в клетках к низкому парциальному давлению кислорода [2,13]. Снижение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе - это раздражитель, который действует на все клетки организма [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Экспериментально многими исследователями выяснено, что главным звеном в приспособлении к экстремальным условиям высокогорья и различных климатогеографических зон является адаптация к недостатку кислорода, путем выработки устойчивости к недостаточному насыщению тканей кислородом за счет перестройки функционирования окислительных ферментных систем [2, 3, 13, 14, 20, 26].

Функциональные и морфологические изменения в органах и тканях при действии гипоксической гипоксии в условиях высокогорья достаточно детально описаны во многих монографиях и других научных публикациях [27, 28, 29].

Высокогорная гипоксия создает функциональное напряжение организма, при котором развиваются значительные расстройства различных функциональных систем, что действует сразу на

все клетки систем организма, причем, чем интенсивнее обмен веществ в клетке, тем скорее она ощущает нехватку кислорода [30, 31]

Другие факторы горного климата (резкие колебания температуры воздуха, ультрафиолетовая солнечная радиация, высока ионизация воздуха и др.), помимо пониженного парциального давления кислорода, значительно затрудняют изучение механизмов адаптации к высокогорной гипоксии [2, 31, 32]. Подъем человека в условия высокогорья отражается как на функционировании всех систем организма, так и на течении раневого процесса, и на защитно-приспособительных реакциях [6, 31, 33, 34, 35].

Процесс адаптации к высокогорью, а именно к высокогорной гипоксии индивидуален по продолжительности. Из чего следует, что переход из равнинной местности в условия высокогорья включает вначале экстренные механизмы выживания организма в экстремальных условиях, способствуя более интенсивному снабжению тканей кислородом. Физическая нагрузка в условиях кислородной недостаточности способствует тренировке организма к экономной трате энергии [11, 36, 37].

Освоение высокогорных районов влечет за собой временное пребывание людей на больших высотах, с последующей их деадаптацией к условиям низкогогорья. Сведения о перестройке организма в период деадаптации отражены лишь в немногочисленных работах, и то лишь касаются физиологической характеристики систем [2, 3, 38]. Сам же процесс деадаптации является выражением обратимости любой долговременной адаптации, создавая необходимую предпосылку для формирования новых адаптационных реакций организма в соответствии с требованиями определенной среды [2].

Многие исследователи обращают внимание, что вопросы, связанные с деадаптацией организма после спуска с гор в долину, являются не менее важными, чем вопросы адаптации к высокогорью [39-46].

По данным литературы можно отметить, что перестройка организма в период деадаптации имеет 3-х фазное течение: начальной, переходной и стабильной фаз. Длительность периода деадаптации (реадаптации) пропорциональна сроку пребывания в горах [42].

Глубина и характер перестройки структур и функций систем организма людей и животных, связанной с возвращением из высокогорья в привычные среды, до сих пор изучены недостаточно. Деадаптация (постадаптация, реадаптация) - это

не только отмена адаптации; оба процесса являются противоположными, конкурирующими, и еще не доказано, какой из этих процессов протекает сложнее и тяжелее для организма [13].

Минимальным сроком для достижения устойчивой адаптации в условиях пребывания в горах на высоте 3000 метров, является 30-40 дней [13]. Также отмечается снижение общей резистентности и отрицательное воздействие на реактивность организма в начальный период деадаптации, которое особенно выражено в первые 7 суток периода деадаптации [2, 13, 47, 48].

Сравнительная характеристика изменений, обнаруженных при деадаптации, свидетельствует об однотипности реакций (незначительное усиление функции на 7-е сутки, максимум на 14-е и снижение на 30-е сутки). Однако деадаптация протекает тяжелее, что заметно при сравнении показателей морфо-функционального состояния органов в период деадаптации [3]. Процесс деадаптации к высокогорью имеет те же закономерности течения, что и при адаптации, хотя морфофункциональные изменения в органах происходит тяжелее. Это объясняется тем, что организм вступает в новую адаптацию на неустойчивом фоне, вследствие чего система организма не справляется с дополнительной нагрузкой [2,3].

Состояние адаптивных свойств зависит от состояния ЦНС, в которой комплекс факторов высокогорья вызывает определенные изменения, имеющие значение в обеспечении долговременных, обращенных в будущее, приспособительных реакций и позволяющий животным в определенные дни реадаптации с большим успехом справляться с острой гипоксией [2, 3]. При проведении эксперимента на высоте 4300 м обнаружили, что через 14 дней деадаптации к долине происходило возвращение концентрации ионов Na к исходным показателям [2].

После 35-х суток пребывания на высоте 3200 м, отмечается увеличение сердечного выброса массы циркулирующей крови, скорости кровотока, ЧСС и активности красного ростка костного мозга в течение нескольких суток после спуска с гор, а к 10-15 суткам периода деадаптации происходило постепенное уменьшение указанных параметров, и ни один показатель гемодинамики не отличался от исходных значений уже к 30 суткам [38]. Идентичные результаты других авторов доказывают, что в первую неделю деадаптации, после возвращения с гор, животные хуже переносят анемическую гипоксию, вызванную кровопотерей [38, 42, 49, 50].

В условиях высокогорной деадаптации регенерация крови идет медленнее вследствие появления ингибиторов кроветворения под влиянием гипероксии [38].

При наблюдении за изменениями в период постадаптивной дезадаптации жителей равнин после возвращения из горной местности, имеют характер специфических болезненных или предболезненных состояний, проявляющиеся сразу после спуска с гор или несколько позже [13]. Так у спортсменов, после спуска с высоты более 2700 м над уровнем моря после высокогорных сборов, наблюдается период субъективного ухудшения состояния здоровья и работоспособности. Но, в дальнейшем происходило восстановление работоспособности, и спортсмены показывали более высокие результаты, чем до подъема в горы [51, 52, 53, 54]. Постепенная нормализация состояния организма и повышение работоспособности завершается к 20-25 суткам [50, 55, 56, 57, 58].

После полного обследования больных в условиях низкогогорья, отмечается ослабление специфической резистентности в первый период адаптации, вплоть до 20 суток, снижение массы тела, уменьшение массы селезенки и уменьшение числа лимфоцитов в периферической крови, так как возникает необходимость перестройки приспособительных механизмов, действующих на высоте [2, 3, 13, 41, 42, 47, 48, 59]. Ряд исследователей указывают также и на определенную перестройку эндокринной системы в период деадаптации. Установлено, что деятельность щитовидной железы первоначально резко усиливается, особенно к 7 суткам периода деадаптации, но с течением времени активность желез постепенно снижается и нормализуется к месячному сроку [39, 60]. Этот же факт подтверждает и то, что морфологические и гистохимические исследования надпочечников на 4-е сутки деадаптации обнаруживают делипидизацию с уменьшением холестерина и аскорбиновой кислоты в коре надпочечников, в мозговом слое увеличивается норадреналин, и в лимфатических узлах наблюдается выраженный лимфоцитоз [48].

Восстановление структурных и функциональных изменений во всех системах организма, наступает ближе к месячному сроку, в течение которого происходит перестройка механизмов, закрепленных в горах.

Таким образом, анализ литературных источников указывает, что в период деадаптации к высокогорью в организме наблюдается сложный и волнообразный процесс, сопровождающийся в начальные стадии напряжением адаптивных механизмов, особенно в состоянии резистентности



и постепенным затуханием к концу месяца. Наиболее вероятным периодом возникновения фазы напряжения и снижения функций ряда систем организма ниже исходного уровня будут первые две декады после перехода в низкогорье, причем ее длительность и выраженность во многом зависят от величины воздействия адаптационного стимула, что не может не отразиться на течении патологических процессов, в том числе раневого и восстановительного.

Приведенные выше данные литературы свидетельствуют о разнонаправленных ответных реакциях последствия высокогорья в зависимости от характера патологического процесса; требуют дальнейшего накопления материала и исследования течения раневого процесса и разработки комплексного метода лечения гнойных ран в период деадаптации к действию высокогорья.

#### Литература.

1. *Современные взгляды на патогенез и лечение гнойных ран [Текст] / [Луцевич О.Э., Тамразова О.Б., Шикунова А.Ю. и др.] // Хирургия. - 2011. - № 5. - С. 72-77.*
2. *Заречнова Н.Н., Слынько Т.Н., Карасаева А.Х. Изменение структуры надпочечников при действии алкоголя в период адаптации к высокогорью // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. - 2012. - Т. 12, №2. - С. 60-63.*
3. *Миррахимов ММ Проблемы адаптация и деадаптации человека к высокогорной гипоксии // Специальная и клиническая физиология гипоксических состояний. - Киев, 1979. - ч. I. - С.270-273.*
4. *Сайдахметова ЧТ., Кыдыралиев Т.К., Тилекеева У.М. Состояние сосудов органа зрения экспериментальных животных в процессе их адаптации к высокогорью // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2012. - №4. - С. 111-115.*
5. *Алмерекова А.А. Регенерация крови и эритропоэтическая активность сыворотки при острой постгеморрагической анемии в условиях высокогорья. - Фрунзе, 1965. - С. 33.*
6. *Данияров С.Б., Кононец И.К. Системная и органная гемодинамика в процессе адаптации к высокогорью. /В сб.: Современные аспекты адаптации организма к экстремальным условиям. - Бишкек, 1998. - С. 109.*
7. *Касымов О.Т., Мамбеталиев Б.С. Влияние вахты на функциональные системы и работоспособность горнорабочих с различным режимом адаптации в условиях высокогорья. /В сб. Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. - Бишкек. - 1998. - С. 168.*
8. *Турусбеков Б.Т., Максutow К.М., Кирьянова Р.И. Механизмы высокогорной адаптации при различных функциональных состояниях эндокринной системы. - Фрунзе: Илим, 1979. - С. 140.*
9. *Яковлев В.М. Патогенетические и молекулярные изменения в организме при адаптации и миграции в горах. /В сб.: Современные аспекты адаптации организма к экстремальным условиям. - Бишкек, 1998. - С. 267.*
10. *Слынько Т.Н., Заречнова Н.Н. Морфофункциональные изменения эндокринных органов при действии алкоголя в ранние сроки адаптации к высокогорью // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. - 2016. - Т. 16, №3. - С. 168-171.*
11. *Илиаджиева Л.М., Мадаминова М.А. Состояние вкусового анализатора и его роль в адаптации организма человека к высокогорью // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2011. - №4. - С. 59-62.*
12. *Агаджанян Н.А., Миррахимов М.М. Горы и резистентность организма. - М.: Наука, 1970. - С. 63.*
13. *Исмаилова С.А. Морфометрические показатели сердца равнинных крыс и при долгосрочной их адаптации к высокогорью Алай // Наука вчера, сегодня, завтра. - 2016. - №3 (25). - С. 35-41.*
14. *Войнов В.Б., Вербицкий Е.В. Исследование сомнологических аспектов острой адаптации человека к высокогорью // Физиология человека. - 2014. - Т. 40, №6. - С. 46-57.*
15. *Оморов Т.Б. Сравнительная оценка течения послеоперационного периода у больных острым холециститом в условиях высокогорья и низкогорья // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2016. - №2. - С. 104-106.*
16. *Калужный И.Т., Акматкулова Д.А., Калужная Л.И. и др. Горно-климатическая адаптация и эндокринно-обменные заболевания. Проблемы саногенного и полиогенного эффектов экологических воздействий на внутреннюю среду организма. Матер.междун. Симпозиума. - Чолпон-Ата, 1993. - С. 104-105.*
17. *Матвиенко В.В. Электромикроскопическое исследование легких на фоне повышенной двигательной активности в условиях высокогорья. // Проблемы морфологии. 5 конф.респ.Средней Азии и Казахстана. Ч II. -Чолпон-Ата, 1991. - С. 152.*
18. *Мухамедова И.П. Микроциркуляторное русло поджелудочной железы при адаптации к высокогорью. // Проблемы саногенного и полиогенного эффектов экологических воздействий на внутреннюю среду организма. Матер.междун. Симпозиума. - Чолпон-Ата, 1993. - С. 159.*
19. *Воробьев В.И. Резистентность организма и активность его гипофизарно-адреналовой системы при комбинированном действии гипоксии и высокой внешней температуры. - Ярославль, 1971. - С. 84.*
20. *Воронцов В.А., Русакова Н.Р. Газовый режим организма в период адаптации и дезадаптации к прерывистой гипобарической гипоксии // Физиол. журн. - 1987. -Т.33, №3. - С.33-38.*

21. Дроздовский А. К., Громова И. А., Коротков К. Г. и др. Психофизиологическая адаптация к высокогорью спортсменов-паралимпийцев в подготовительный период // *Адаптивная физическая культура*. - 2012. - № 4 (52). - С. 10-12.
22. Кунгурова В.В. Особенности коры надпочечников животных различного возраста на гипоксию. // Тез.докл. 7 Уральской научн. конф. физиологов, биохимиков, фармакологов с участием практических врачей. – Ижевск. – 1973. - С. 264-265
23. Ходжаев А.Н. Морфологическая характеристика легких у животных при длительной адаптации к высокогорью. Проблемы реактивности и адаптации клеток, тканей, органов. 17 конф.морфол. респ. Средней Азии и Казахстана. – Караганда, 1988. - С. 189-190.
24. Шахламов В.А., Сороковой В.И. Реакция клеток на гипоксию. // *Архив анат.* – 1983. - Т. 85, вып. 7. - С. 12-25.
25. Marotta S.P., Garey M. Effects of Altering Monomine Metabolism on the adrenocortical response to hypoxia. // *Aviat. Space Environ. Med.* – 1975. - 46, II. - P. 1368-1372.
26. Hurtado A. Влияние высоты на человеке // *Хроника ВОЗ-1972*. - Т. 26, №12. - С. 557-562.
27. Барбашова З.И. Современное представление о перестройках клеточного химизма в процессе акклиматизации к гипоксии. В кн: *Кислородная недостаточность*. – Киев, 1963. - С. 380-386.
28. Барбашова З.И. Изменение газообмена как следствие приспособительных сдвигов клеточного дыхания. В кн: *Газообмен в условиях высокогорья*. Сб. научн. Тр. Киргиз. мед. ин-та. – 1967. - С. 55.
29. Джумалиева А.Д., Ботомбекова А.Б. Влияние поджелудочной железы на показатели красной крови, резистентность миокарда и содержание в них миоглобина у адаптированных к высокогорью и реадaptированных к низкогогорью белых крыс. / *Адаптация организма к высокогорью (горная медицина)* // Сб. науч. Тр. – Фрунзе. – 1978. - Т. 125. - С. 24-27.
30. Березовский В.А. Реактивность и резистентность при гипоксии. / *Адаптация и резистентность организма в условиях гор: сб. науч. тр.* – Киев, 1986. - С. 10-22.
31. Слоним А.Д. Физиологические изменения в организме человека в горах. // *Экологическая физиология животных*. - Л.: Наука, 1982. - Ч 3. - С. 393-398.
32. Агаджанян Н.А. Организм и газовая среда обитания. – М, 1972. - С. 125.
33. Айдаралиев А.А. Оценка и прогноз функционального состояния организма человека в экстремальных условиях среды. / В сб.: *Современные аспекты адаптации организма к экстремальным условиям*. – Бишкек, 1998. – С. 39.
34. Коваленко Е.А., Катков А.Ю., Семенце В.Н. и др. Кислородный режим организма человека в условиях крайних степеней гипобарической гипоксии // *Патол. физиология и эксперим. терапия*. – 1987. - № 4. – С. 26-31.
35. Чернова Т.Г., Чернова С.В. и др. Влияние экстремальных факторов внешней среды на заживление ран. – Минск. – 1981. - С. 419.
36. Мухамедова С.Г., Мираков Р.С.О компенсаторно-адаптационной функции единственной почки в период дезадаптации к высокогорью экспериментальная работа // *Вестник Авиценны*. - 2011. - № 3 (48). - С. 130-134.
37. Попов В.В., Зарифьян А.Г., Головастенко Л.В. и др. Адаптивные резервы системы внешнего дыхания у спортсменов в условиях высокогорья. Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологических воздействий на внутреннюю среду организма. Матер. междунар. симпозиума. - Чолпон-Ата, 1993. - С. 183-184.
38. Тилис А.Ю. Участие системы крови и кровообращения в процессе адаптации к высокогорной гипоксии и в условиях реадaptации // *Адаптация организма человека и животных к экстремальным факторам среды: Матер. Симпоз.* – Новосибирск, 1970. - С. 113-115.
39. Бердиев Н.Б. Адаптация и естественная резистентность животных в условиях высокогорья / *Казанск. Ветеринар. ин-т*. – Казань, 1980. - С. 37.
40. Аралбаев Т.А., Боронбаев С.В., Дюшеналиев Б.Д. Ожоговая болезнь в условиях высокогорья. // *Горная медицина: Сб. науч. тр., посвященный 50-летию института*. – Фрунзе, 1989. - С. 83-90.
41. Бердиев Н.Б. Метаболические и иммунологические приспособительные реакции организма в условиях высокогорья в эксперименте // *Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии. Тр. Респ. симпозиума*. – Душанбе, 1983. - С. 76-77.
42. Корольков В.И. Физиологические аспекты адаптации к гипоксии и дезадаптации при различных двигательных режимах / *Ин-т Медико-биол. проблем МЗ СССР*. - М., 1983. - С. 37.
43. Andrew M. Operation Everest: coagulation system during prolonged compression to 282 Torr. // *J. Appl. Phys.* - 1987. - v. 63, №(3). - P. 1262-1267.
44. Kobrick J. Operation Everest lack of an effect of extreme altitude on visual contrast Sensitivity. // *Aviat. Space Environ. Med.* – 1988. - 59 (2). - P. 160-164.
45. Ивлев Ю.Ф., Лавренченко Л.А. Снижение теплоизоляции при адаптации к высокогорью у чернокотной жестковолосой мыши (*Lophuromys melanopus, petter*) // *Доклады Академии наук*. - 2016. - Т. 466, №6. - С. 738.
46. Wagner P. Operation Everest pulmonary gas exchange during simulated ascent of Mt/ Everest. // *Phys.* – 1987. - № 67(6). - P. 2348-2359.

47. Зверькова Е.Е. Динамика общей резистентности крыс в период реадaptации после тренировок в измененной газовой среде // Физиолог. журн. СССР им. Сеченова. - 1985. - Т.71, №4. - С.523-526.
48. Тихонова Г.П. Морфология надпочечной железы в период реадaptации после длительного стрессового воздействия // Проблемы эндокринологии. - 1977. - №4. - С.85-89.
49. Туркменов М.Т. Восстановительный период параметров гемодинамики как показатель физической выносливости организма в процессе высокогорной адаптации и деадаптации // Кровообращение в условиях высокогорной и экспериментальной гипоксии: Матер. докл. - Фрунзе, 1982. - С.132-133.
50. Nicogossian A., Pool S., Rambaut P. Cardiovascular response to space flight // Physiologist. - 1983. - Vol. 26, №6. - P. 78.
51. Гиппенрейтер Е.Б., Малкин Б.Б. Основные итоги работы важнейших высокогорных станций, лабораторий и исследовательских экспедиций // Физиология человека в условиях высокогорья. Руководство. - М.: Наука, 1987. - С. 4-19.
52. Федоров В.И. Исследование динамики тренировочных нагрузок в среднегорье и спортивных результатов в период реакклиматизации у бегунов на средние и длинные дистанции. - СПб. - 1973. - С. 28.
53. Хван М.У. К вопросу об акклиматизации в среднегорье и последующей реакклиматизации на равнинной местности. - М., 1980. - С. 30.
54. Махмудова Ж.А. Состояние системы гемостаза при катехоламинолом повреждении миокарда в условиях кратковременной адаптации к высокогорью на фоне введения нормодипина. // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2011. - №3. - С. 97-101.
55. Гуровский Н.Н., Газенко О.Г. Общее состояние членов экспедиции после приземления. // Результаты медицинских исследований выполненных на орбитальном научно-исследовательском комплексе "Салют-6". - М., 1986. - Т. 14. - С. 160.
56. Мираков Р.С., Мираков Х.М., Мухамедова С.Г. Особенности изменения электролитного баланса у собак с единственной резецированной почкой при реадaptации к высокогорью // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2013. - Т. 56, №1. - С. 82-87.
57. Мираков Р.С., Мухамедова С.Г., Мираков Х.М. Функциональная деятельность почек интактных собак в период реадaptации к высокогорью // Вестник Авиценны. - 2012. - №1 (50). - С. 144-147.
58. Слынько Т.Н., Заречнова Н.Н. Влияние дефицита гормонов на изменения некоторых эндокринных органов в поздние сроки реадaptации к гипоксии // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - Т. 7, №4. - С. 232-233.
59. Китаев М.И., Тулебеков Б.Т., Собуров К.А. Иммунологические аспекты высокогорной постадаптации // Высокогорная адаптация и деадаптация. - Фрунзе. - 1984. - С.35-41.
60. Кнопт Я., Махо Л., Тигранян Р.А. и др. Гормоны щитовидной железы у крыс после полета на биоспутнике "Космос-936" // Косм. биол. И авиакосм. мед. - М. - 1983. - Т.17, № 4. - С.83-84.

**ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОМОРФОЛОГИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ**

**Т.М. Топчубаева, Р.Р. Тухватшин, К.И. Асекова**

Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Впервые проведен морфологический анализ клеток эпителия слизистой влагалища у 52 женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ. В ходе исследования у лиц основной группы регистрировались клетки с атипичными ядрами и с микроядрами.

**Ключевые слова:** цитоморфологический анализ, эпителий влагалища, атипичные ядра, урановое хвостохранилище.

**УРАН КАЛДЫКТАРЫ ЖАЙГАШКАН РЕГИОНДУН АЯЛ ТУРГУНДАРЫНЫН ВАГИНАЛДЫК БЫЛЖЫР ЧЕЛИНИН ЭПИТЕЛИАЛДЫК КЛЕТКАЛАРЫНЫН ӨЗГӨРҮҮСҮНДӨГҮ ЦИТОМОРФОЛОГИЯСЫНА НЕГИЗГИ МҮНӨЗДӨМӨ**

**Т.М. Топчубаева, Р.Р. Тухватшин, К.И. Асекова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Алгачкы жолу уран калдыктары жайгашкан региондун 52 аял тургундарынын вагиналдык былжыр челинин эпителийине цитоморфологиялык анализ жүргүзүлдү. Изилдөө учурунда, негизги группанын изилденүүчүлөрүнүн вагиналдык эпителийинде өзгөчө түзүлүштөгү ядро жана микродролору менен клеткалар кездешери байкалды.

**Негизги сөздөр:** цитоморфологиялык анализ, вагиналдык эпителий, өзгөчө түзүлүштөгү ядролор, уран калдыктары сакталуучу жайлар.

**KEY FEATURES OF CHANGES THE CYTOMORPHOLOGY OF MUCOUS VAGINAL EPITHELIAL CELLS IN WOMAN LIVING AT ZONE OF URANIUM TAILINGS**

**T.M. Topchubaeva, R.R. Tuhvatshin, K.I. Asekova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** At first was held morphological analyses cells of mucosa vaginal epithelium of 52 women's, living at the zone of uranium tailings. During analyses were registered cells with atypical nucleus and micronucleus persons of main group, which in norm are absent.

**Key words:** cytomorphology analyses, vaginal epithelium, atypical nucleus, uranium tailings.

**Введение**

Покровные ткани, такие как слизистые, состоящие из эпителия, являются первичным фактором защиты, непосредственно выступающими слоями при влиянии различных воздействий. Данная работа посвящена исследованию изменений морфологии клеток и клеточных структур эпителия влагалища у местных жительниц, проживающих в селе Каджы – Сай Тонского района Иссык-Кульской области [1,5].

Целостность поверхностного слоя влагалища, который состоит из плоского многослойного неороговевающего эпителия, связана с состоянием женской репродуктивной системы, тогда как цитоморфологический анализ может послужить индикатором ее состояния [2,3,4]. И таким образом, можно определить состояние барьерных функций слизистой оболочки.

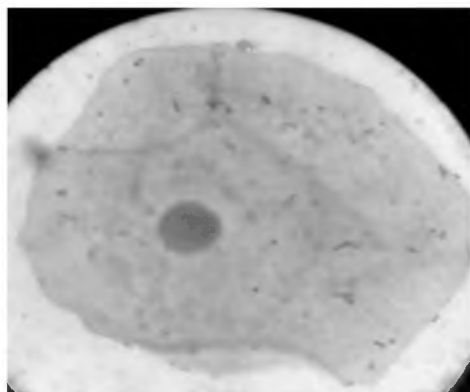
Цель данной работы заключается в оценке морфологического состояния клеток слизистой влагалища у местных жительниц, проживающих вблизи уранового хвостохранилища.

**Материал и методы исследования**

Объектом исследования послужили влагалищные мазки 52 женщин в возрасте от 20-65 лет - местных жителей Тюпского района села Каджы-Сай и 20 женщин в возрасте от 23-57 лет, проживающих в городе Бишкек (контрольная группа). Препараты для исследования приготовлены следующим образом: мазки брали специальным гинекологическим шпателем во время гинекологического обследования, наносились тонким слоем на предметное стекло, высушивались на воздухе и фиксировались метанолом. Препараты окрашивали азур-эозином по Романовскому, дифференцировали слабым раствором уксусной кислоты, и препараты

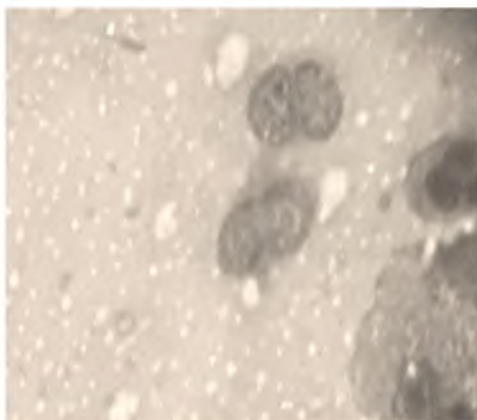
оценивались под микроскопом с увеличением в 90-х.

В процессе исследования учитывались возраст и дни менструального цикла у пациенток, так как в каждой фазе менструального цикла наблюдается рост и изменения трофики цитоплазмы клеток под



**Рис. 1.** Клетка поверхностного слоя эпителия, имеющая нормальную структуру ядра у женщин контрольной группы ( x90).

У здоровых женщин в позднюю фолликулиновую фазу, на 12-й день менструального цикла диаметр клеток поверхностного слоя эпителия влагалища в среднем составлял  $35 \pm 2,1$  нм, при этом не обнаруживают какие-либо морфологические изменения: овальное прекилотическое ядро, с ровными краями чаще всего было расположено в центре цитоплазмы (Рис.1). Ядро четко ограничивается от цитоплазмы более интенсивной окраской и занимает ее малую часть. При окраске азур-эозином по Романовскому ядра клеток приобретали темно-синий цвет, а цитоплазма – розовый. Клетки слизистой влагалища дают нормальную структуру без атипичных ядер, что свидетельствует о целостности их хромосомного аппарата.

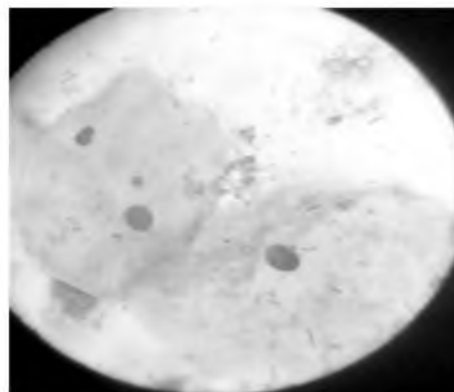


**Рис. 3.** Клетки базального слоя влагалищного эпителия у женщин основной группы при митозе клетки (x90).

влиянием женских половых гормонов: эстрогенов и прогестероном.

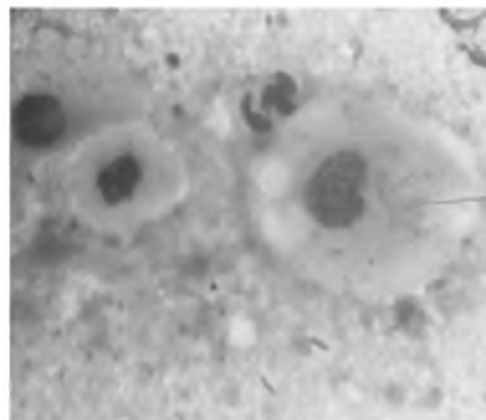
#### Собственные результаты и обсуждения

В ходе исследования влагалищных мазков у опытной группы и контрольной регистрировались различные показатели количества клеток с микроядрами и аномальными ядрами.



**Рис. 2.** Клетки поверхностного слоя эпителия у женщин основной группы с микроядрами в периферии цитоплазмы ( x90).

У пациенток в позднюю фолликулиновую фазу, на 13-й день менструального цикла обнаруживаемые эпителиальные клетки влагалища содержат дополнительные микроядра (Рис. 2). Основное ядро занимает меньшую часть цитоплазмы, края клеток ровные. Диаметр эпителиоцитов в среднем составляет  $30 \pm 1,2$  нм, тогда как микроядра находятся на периферии цитоплазмы. Интенсивность окраски ядер и микроядер одинаковая (так как ядерный аппарат клеток имеет кислую среду, и поэтому принимает темно- синюю окраску в реакции с азуром из красящего комплекса). Присутствие микроядер в клетках указывает на неполноценность диплоидного набора хромосомы в этих клетках.



**Рис. 4.** Клетка с перинуклеарной вакуолью промежуточного слоя влагалищного эпителия у женщин основной группы (x90).

У обследуемых пациентов основной группы в фолликулиновую фазу на 5 день менструального цикла видны клетки базального слоя, регистрируемые во время процесса митоза (Рис. 3). В норме клетки базального слоя имеют крупное ядро, занимающее всю поверхность цитоплазмы, диаметр достигает в среднем  $18 \pm 1,2$  мкм. У половозрелых женщин с нормальным течением менструального цикла клетки базального слоя в мазках не обнаруживаются, так как они являются клетками глубокого слоя, но при патологии и в менопаузе в препаратах составляют значительную часть клеток.



**Рис. 5.** Двухядерная клетка промежуточного слоя эпителия влагалища у женщин основной группы (x90).

У обследуемых женщин в фолликулиновую фазу на 6-й день менструального цикла в препарате обнаруживаются кроме эпителиальных клеток, лейкоциты-нейтрофилы, влагалищная коккациллярная флора (Рис.5). Цитоплазма клеток влагалищного эпителия четко ограничена, в центре расположены аномальные ядра. Так, на препарате видны 2 тесно примыкающие друг к другу ядерные структуры, примерно равные по размеру, разделенные друг от друга небольшой щелью. В среднем диаметр клеток с аномальными ядерными структурами составляет менее 25 мкм, тогда как в норме такие клетки с атипичной структурой, у женщин контрольной группы не регистрировались.

У женщин основной группы в постменопаузе наблюдались эпителиальные клетки парабазального слоя слизистой, с измененной структурой ядра. В данном препарате (Рис. 6) представлена «псевдопаракератотическая» клетка парабазального слоя с интенсивно- базофильной блестящей цитоплазмой. Края ядра и цитоплазмы ровные, но ядра приобретают продольную структуру, хотя обычно парабазальные эпителиоциты имеют ядра овальной или округлой формы. Измененная цитоморфология этой клетки указывает на хромосомную патологию ядерного аппарата.

#### Заключение

Таким образом, у женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ в ходе исследования эпителия влагалища наблюдались клетки с атипичными

У обследуемых женщин в фолликулиновую фазу на 8-й день менструального цикла размеры клеток промежуточного слоя влагалищного эпителия несколько меньше, чем поверхностные, их диаметр составляет менее 25 мкм (Рис. 4). Ядро клеток занимает значительную часть цитоплазмы. Края цитоплазмы ровные и окрашиваются интенсивнее, чем цитоплазма поверхностных эпителиоцитов. Ядра неправильной формы, имеют изогнутости. Также обнаруживается перинуклеарные вакуоли, которые указывают на раннюю стадию апоптоза, тогда как в контрольной группе они выявлялись редко.



**Рис. 6.** Клетка парабазального слоя эпителия у женщин основной группы (x90).

ядрами и с микроядрами, которые в норме не должны присутствовать во влагалищных мазках.

Такая клеточная патология хромосомного аппарата возникает при нарушении митоза, так как процесс митотического деления клеток особенно чувствителен к воздействию факторов. Именно в стадии митоза - метафазе, когда происходит веретена деления возникают патологические образования микроядер и формирование атипичных ядер эпителиальных клеток под влиянием факторов, цитокинетического характера.

#### Литература:

1. Колмакова Т.С, Белик С.Н, Морзуль Е.В, Севрюков А.В. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 31с. Использование микроядерного теста для оценки эффективности лечения аллергии у детей, – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 31с.
2. [www.studopedia.org](http://www.studopedia.org) Морфология эпителиальных клеток влагалища, [Электронный ресурс]: доступ от 11.02.2014.
3. Гистология, цитология и эмбриология /под редакцией проф.Афанасьев Ю.И, проф. Юриной Н.А, пятое издание, 2002.- 715с.
4. Нугис В.Ю, Хвостунов И.К, Козлова М.Г. Ретроспективная цитогенетическая оценка дозы. Уровни аббераций хромосом в отдаленные сроки после острого внешнего облучения в различных ситуациях. 2015, том 55, с.341-354.
5. Быковченко Ю.Г, Быкова Э.И, Белеков Т, Тухватшин Р.Р. Техногенное загрязнение ураном биосферы Кыргызстана.-Бишкек: АО Алтын-Тамга, 2005.164с

**КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ****А.М. Туманбаев**Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В эпидемиологических исследованиях прошлых лет обязательным являлось исследование уровней заболеваемости в зависимости от условий проживания. Во многих работах, в том числе зарубежных, показано, что условия проживания людей могут повлиять на частоту распространенности многих злокачественных новообразований. В зарубежной литературе в настоящее время широко распространены научные исследования, касающиеся образа жизни, социальных условий, питания, и других, где описаны эпидемиологические результаты, проведенные в крупных мегаполисах или сельских аграрных регионах.

В данной работе представлены интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости раком поджелудочной железы в Кыргызстане с учетом проживания в городе или селе, а также региона страны.

**Ключевые слова:** рак поджелудочной железы, интенсивные показатели, экстенсивные показатели.

**КЫРГЫЗСТАНДА АШКАЗАН АСТЫНДАГЫ БЕЗИНИН ЗАЛАЛДУУ ШИШИК  
ОРУУСУНУН КЛИМАТТЫК ЖАНА ГЕОГРАФИЯЛЫК  
ТАРКАЛУУСУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ****А.М. Туманбаев**Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян Университети  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Акыркы жылдары эпидемиологиялык изилдөөлөрдө жашоо шарттарына жараша дартка чалдыгуу көрсөткүчтөрүн изилдөө милдеттүү болуп саналат. Көптөгөн илимий, анын ичинде чет элдик иштерде, элдердин жашоо шарттары залалдуу шишик оруусунун көп түрлөрү басымдуулук арымына терс таасирин тийгизиши мүмкүн экенин көрсөтүп турат. Азыркы учурда чет элдик жазууларда жашоо жана коомдук шарттарына, тамак-аш, жана башка шарттарга байланыштуу ири илимий-изилдөөлөрдө эбегейсиз чон мегаполистерде же айыл чарба аймактарында жүргүзүлгөн эпидемиологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыктары кецири таралган.

Бул макалада Кыргызстанда ашказан астындагы безинин залалдуу шишик дартынын, өлкөнүн региондорундагы, шаар же айылдардагы интенсивдүү жана стандартташтырылган көрсөткүчтөрү көрсөтүлөт.

**Негизги сөздөр:** ашказан астындагы бездин залалдуу шишик дарты, интенсивдүү, экстенсивдүү көрсөткүчтөрү.

**CLIMATE-GEOGRAPHICAL PECULIARITIES  
OF PANCREATIC CANCER PREVALENCE IN KYRGYZSTAN****A.M. Tumanbaev**Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** In epidemiological studies of last years, it was mandatory to study the incidence rates depending on the living conditions. In many works, including foreign ones, it is shown that living conditions of people can affect the frequency of the prevalence of many malignant tumors. In the foreign literature scientific researches concerning a way of life, social conditions, a food, and others where epidemiological results spent in large megacities or rural regions are now widely distributed.

This article presents intensive and extensive ratings of the incidence of pancreatic cancer in Kyrgyzstan, residing in the city or village of the country.

**Key words:** pancreatic cancer, intensive ratings, extensive ratings.



### Введение

Ежегодно в мире регистрируется до 200 000 новых случаев заболевания раком поджелудочной железы (РПЖ), из которых до 90% умирают в течение года после установления диагноза [2]. По некоторым данным РПЖ является четвертой по значимости причиной смерти от рака среди мужчин и женщин, будучи ответственным за 6% всех онкологических заболеваний. В настоящее время большинство случаев РПЖ и смертей от него происходит в развитых странах, где заболеваемость и смертность находятся между 7 и 9 случаев на 100 тыс. населения у мужчин и 4,5 и 6 на 100 тыс. населения у женщин, с более низкими показателями в развивающихся странах. Среди развивающихся стран самые высокие показатели отмечаются в странах Центральной и Южной Америки [3, 4].

Во всем мире РПЖ занимает 13 место по заболеваемости и 8-е как причина смерти от рака [2,5]. Большинство других стран имеют показатели заболеваемости 8-12 случаев на 100 000 человек в год. В некоторых районах мира, РПЖ достаточно редко встречается, например, заболеваемость в Индии составляет менее 2 случаев на 100 000 [6].

В зарубежной литературе в настоящее время широко распространены научные исследования, касающиеся образа жизни, социальных условий, питания, и других, где описаны эпидемиологические результаты, проведенные в крупных мегаполисах, сельских аграрных, а также климатогеографических регионах [1, 7].

**Цель исследования.** Изучить показатели заболеваемости раком поджелудочной железы в различных климато-географических регионах Кыргызстана.

### Материалы и методы

Исследование охватывает период с 2000 по 2010 гг. (11 лет). Материалом исследования служили данные о всех случаях рака поджелудочной

железы у взрослых по материалам Национального центра онкологии, Ошского Межобластного Центра Онкологии и онкологического отделения Жалал-Абадской областной больницы. Для исключения дубликатов была проведена алфавитизация массива данных.

Учет осуществлялся на основе заполнения учетной формы «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом «Рак поджелудочной железы» – форма №090/у. Извещение заполняется всеми врачами медицинских организаций всех ведомств, любой подчиненности и формы собственности на каждый вновь выявленный (впервые в жизни диагностированный) случай заболевания злокачественным новообразованием рака поджелудочной железы.

Рассчитаны интенсивные, экстенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости на 100 тысяч населения. Статистическая обработка проведена с помощью электронных таблиц Excel. Данные представлены в виде относительных (р) и средних величин (М) и их стандартных ошибок средней ( $\pm m$ ). Статистическую значимость различий между средними величинами оценивали по критерию Стьюдента-Фишера (t).

### Результаты исследования.

За исследуемый период было зарегистрировано 1198 случаев рака поджелудочной железы. Соотношение мужчин и женщин было следующим – 604 мужчин и 594 женщин или 1,02, т.е. было практически одинаковым.

В Кыргызской Республике сельское население преобладает и составляет около 65% от всей популяции страны. Нам было интересно узнать, каков уровень заболеваемости РПЖ в зависимости от проживания, в сельской или городской местности (табл. 1). В сельской местности проживало 695, а городской – 503 больных с раком поджелудочной железы.

Таблица 1

Заболеваемость раком поджелудочной железы в Кыргызской Республике в зависимости от проживания в городе и селе

Место проживания	Среднегодовая численность популяции (15 и > лет)	Количество зарегистрированных случаев	Показатель заболеваемости
Город	1276640	503	3,58±0,07
Село	2137809	695	2,95±0,09
<b>Все население</b>	<b>3414449</b>	<b>1198</b>	<b>3,18±0,2</b>

Результаты исследования показали, что заболеваемость раком поджелудочной железы в городской популяции была зарегистрирована на уровне  $3,58 \pm 0,07$  на 100 тысяч, тогда как в сельской местности показатель был достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже и равен  $2,95 \pm 0,09$ .

Из 1198 больных РПЖ наибольшее число пациентов было зарегистрировано в трех регионах – г. Бишкеке – 306 (25,5%), Чуйской и Ошской областях – 257 (21,5%) и 225 (18,7%) человек, со-

ответственно. Показатель заболеваемости наиболее высокий был в г. Бишкеке  $5,8 \pm 0,7$  на 100 тысяч. Затем по уровню заболеваемости РПЖ находились Чуйский и Нарынский регионы – 4,1 на 100 000 населения. Необходимо отметить, что, несмотря на то, что в Нарынской области было зарегистрировано всего 72 больных (6,0% от всех пациентов), показатель заболеваемости был довольно высоким и составил  $4,1 \pm 0,2$  на 100 000 населения (табл. 2).

Таблица 2

Показатели заболеваемости раком поджелудочной железы по регионам

Регионы	Число больных		Заболеваемость на 100 тысяч населения
	Абс.	%	
г. Бишкек	306	25,5	$5,8 \pm 0,7$
Чуйский	257	21,5	$4,1 \pm 0,3$
Ошский	225	18,7	$2,9 \pm 0,3$
Джалал-Абадский	135	11,3	$2,1 \pm 0,2$
Таласский	42	3,5	$2,8 \pm 0,3$
Нарынский	72	6	$4,1 \pm 0,2$
Иссык-Кульский	122	10,2	$3,9 \pm 0,3$
Баткенский	39	3,3	$1,4 \pm 0,2$
<b>Республика</b>	<b>1198</b>	<b>100</b>	<b><math>3,18 \pm 0,2</math></b>

Относительно высокий показатель заболеваемости РПЖ был зарегистрирован в Иссык-Кульской области  $3,9 \pm 0,3$  на 100 тысяч. Самый низкий уровень заболеваемости РПЖ был отмечен в Баткенской области –  $1,4 \pm 0,2$  на 100 тысяч. Относительно средние уровни заболеваемости были зарегистрированы в Таласской, Джалал-Абадской и Ошской областях –  $2,8 \pm 0,3$ ,  $2,1 \pm 0,2$  и  $2,9 \pm 0,3$ ,

соответственно. При сравнении интенсивных показателей населения больных раком поджелудочной железы города Бишкек со всеми областями критерий  $t$  больше 2, имеется статистическое достоверное отличие между сравниваемыми областями ( $P < 0,05$ ) (табл. 2).

Показатели удельного веса больных и заболеваемости РПЖ в Кыргызской Республике приведены также на рисунках 1-2.

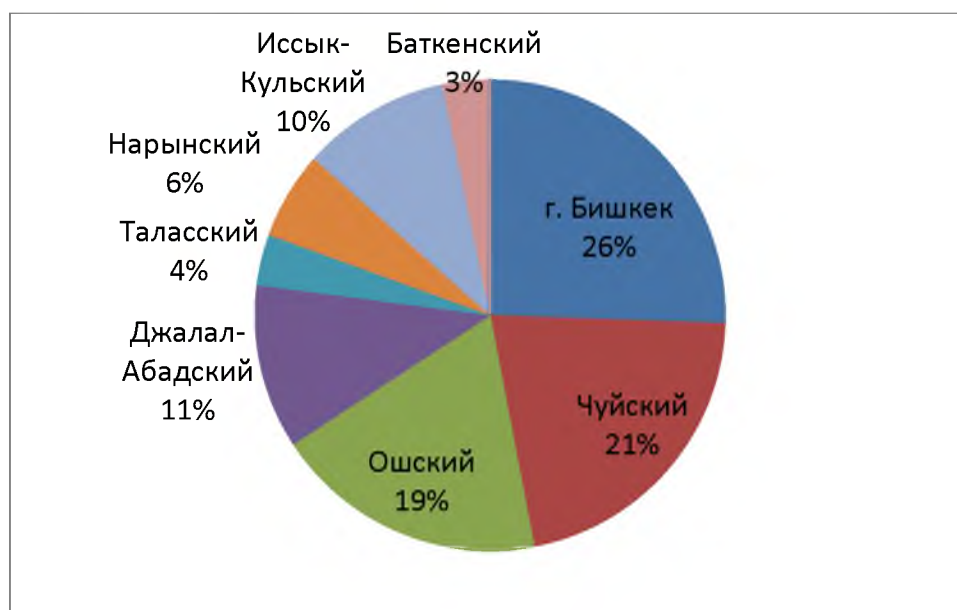


Рис. 1. Удельный вес пациентов РПЖ по регионам Кыргызской Республики (2000-2010 гг.).

При изучении показателей заболеваемости РПЖ по районам КР было выявлено, что имеются места с относительно высокими уровнями заболеваемости (рис. 3). В таких районах, как Кара-

Суу, Кара-Балта показатель заболеваемости РПЖ был зарегистрирован на уровне 7,51 и 7,45, соответственно на 100 тысяч населения.

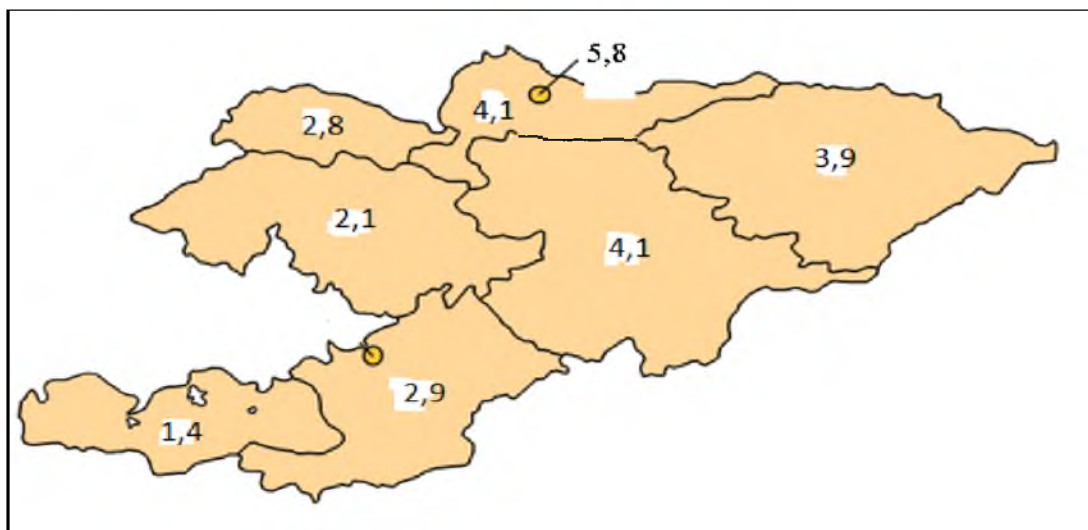


Рис. 2. Заболеваемость раком поджелудочной железы в Кыргызстане по областям.

Относительно высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы в Тюпском, Жумгалском, Атбашинском районах, а также в г.Оше, Жалал-Абаде, Таласе, Майлуу-Суу и Бишкеке, где значения колебались от 5,0 до 6,0 на 100 тысяч. Возможно, отрицательное воздействие загрязненности окружающей среды радиоактивными веществами на показатели заболеваемости злокачественными опухолями имеется не

только в г. Майлуу-Суу, но и в Тюпском и Атбашинском районах. В г. Кара-Балта (Жайылский район) на протяжении многих десятилетий действовал завод по обогащению урана. Атбашинский и Тюпский районы находятся на границе с регионом КНР, где длительное время проводились испытания ядерного оружия.



Рис. 3. Районы с высоким уровнем заболеваемости РПЖ.

В связи с вышесказанным не согласуются показатели заболеваемости в отдельных сельских районах. Так, наиболее высокая заболеваемость

отмечена в Кара-Сууйском районе Ошской области (7,51 на 100 000 населения). Возможно, в данном случае имеет значение бесконтрольное при-

менение в сельских районах, в которых выращивали хлопок, химических удобрений и дефолиантов. Эти вещества отравляли почву и воду и в конечном итоге могли оказаться в пищевых продуктах употребляемых населением. Возможно относительно высокая заболеваемость в г. Талас связана с тем, что большинство населения занималась выращиванием табака.

Нам представляется, что относительно высокая заболеваемость в городах Кара-Балта (7,45), Майлуу-Суу (6,56), а также в сельских райцентрах Джумгал (4,25), Тюп (4,58), Ат-Башы (4,90) связана с возможным загрязнением почвы и воды в них радиоактивными веществами. В городах Кара-Балта и Майлуу-Суу в советское время действовали производства по обогащению урановых руд. А такие районы как Джумгалский, Тюпский, Атбашинский могли быть загрязнены радиоактивной пылью после испытания ядерного оружия в Китайском полигоне Лоб-Нор.

#### **Заключение**

Жители городов заболевают чаще (3,58 на 100 тысяч населения), чем сельской местности – 2,95 на 100 тысяч, разница статистически достоверна ( $P < 0,05$ ). Уровень заболеваемости в некоторых регионах (гг. Бишкек, Ош, Кара-Балта, Майлуу-Суу и Кара-Суу) более высокий. Наиболее вероятной причиной этого являются экологические и техногенные факторы.

#### **Литература:**

1. Камарли З.П. *Общая и онкологическая заболеваемость в экологически неблагоприятных регионах Кыргызстана* / З.П. Камарли // *Экологический вестник Кыргызстана*. – 1997. – №2. – С. 5-7
2. Кубышкин В.А. *Рак поджелудочной железы* / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский. – М.: Медпрактика. – М., 2003. – С. 375
3. Сидоренко А.М. *Эпидемиология рака поджелудочной железы в XX и начале XXI века* / А.М. Сидоренко, А.И. Шевченко, И.С. Кугаенко // *Патология*. – 2013. – №1 (27). – С. 10-13.
4. Файнштейн И.А. *Лечение местнораспространенного рака тела и хвоста поджелудочной железы* / И.А. Файнштейн, Р.К. Валиев // *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. – 2010. – Т. 21., № 3. – С. 14-19.
5. Lowenfels A.B. *Epidemiology and risk factors for pancreatic cancer* / A.B. Lowenfels, P. Maisonneuve // *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. – 2006. – V.20. – P.197–209.
6. *Pancreas cancer is unrelated to the workplace in Los Angeles* / T.M. Mack, J.M. Peters, M.C. Yu et al. // *Am J Ind Med*. – 1985. – V.7. – P.253–66.
7. O'Sullivan A. *Pancreatic cancer* / A. O'Sullivan, H.M. Kocher. // *Br Med J Clin Evid*. – 2007. – V.11. – P.409–37.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, Т.З. Кожоналиев<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>2</sup>, А.Д. Абдырасулов<sup>1</sup>,  
Т.Э. Тургунбаев<sup>2</sup>, Б.Т. Токонов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР,  
<sup>2</sup> КГМИП и ПК,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** С каждым годом возрастает число женщин, вступающих в период менопаузы. Одно из распространенных воспалительных заболеваний среди женщин в постменопаузальном периоде является цистит, который составляет 30-40% от общего числа уропатологий.

Диагностика и лечение расстройств мочеиспускания у женщин в периоды менопаузы представляют одну из серьезных проблем современной урогинекологии.

**Ключевые слова:** постменопауза, цистит, эстрогенодефицит.

**КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЛАБОРАТОРИЯЛЫК АГЫМЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ, ПОСТМЕНОПАУЗА МЕЗГИЛИНДЕ ЦИСТИТ ДАРТЫН АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО**

**А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, Т.З. Кожоналиев<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>2</sup>, А.Д. Абдырасулов<sup>1</sup>,  
Т.Э. Тургунбаев<sup>2</sup>, Б.Т. Токонов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> КР ССМ УГ алдындагы Республикалык урология илимий борбору,  
<sup>2</sup> КММКД ж КЖИ

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме:** Жыл сайын менопауза мезгилине өткөн аялдардын саны өсүп бара жатат. Постменопауза мезгилиндеги аялдардын арасында кецири тараган сезгенүү ооруларынын бири болуп цистит саналат. Цистит уропатологиялардын жалпы санынын 30-40% түзөт.

Менопауза мезгилиндеги аялдардын заара чыгаруусунун бузулуу дартын аныктоо жана дарылоо заманбап урогинекологиядагы олуттуу көйгөйлөрдүн бири болууда.

**Негизги сөздөр:** постменопауза, цистит, эстрогенжетишсиздик.

**CLINICAL LABORATORY PECULIARITIES OF FLOW, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CYSTITIS IN POSTMENOPAUSAL PERIOD**

**A.Ch. Usupbaev<sup>1</sup>, T.Z. Kozhonaliev<sup>1</sup>, V.N. Evsiukov<sup>2</sup>, A.D. Abdyrasulov<sup>1</sup>,  
T.E. Turgunbaev<sup>2</sup>, B.T. Tokonov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Republican Scientific Center of Urology under NG MH KR,  
<sup>2</sup> Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Every year, the number of women entering the menopause increases. One of the most common inflammatory diseases among women in the postmenopausal period is cystitis, which equal to 30-40% of the total number of Uropathologies.

Diagnosics and treatment of disorders of women urination during menopause represent one of the major problems of modern urogynecology.

**Key words:** postmenopausal, cystitis, estrogen deficiency.

**Актуальность.** Одно из распространенных воспалительных заболеваний среди женщин в постменопаузальном периоде является цистит, который составляет 30-40 % от общего числа уропатологий [1,4]. В настоящее время в большинстве развитых стран мира идет увеличение продолжительности жизни среди женщин. По данным ВОЗ, продолжительность жизни женщин после 50 лет колеблется от 27-32 лет. С каждым годом возрастает число женщин, вступающих в

период менопаузы. В 1990 году 467 миллионов женщин находились в периоды постменопаузы. В ближайшие годы эта цифра возрастает и к 2030 году достигнет 1,2 млрд. [2]. Фоновым заболеванием в развитии инфекционного процесса в мочеполовом тракте нередко является гинекологические заболевания, сахарный диабет и др. [3,4].

Диагностика и лечение расстройств мочеиспускания у женщин в периоды менопаузы пред-

ставляют одну из серьезных проблем современной урогинекологии. Это связано с целым рядом причин, таких как специфические анатомо-физиологические особенности, наследственность, характер сексуальной жизни, условия труда в быту и на производстве, психическое здоровье, аллергический и гормональный фон и др. Надо отметить, что данная патология достаточно редко упоминается в научной литературе и прежде всего по причине чрезвычайной ее сложности, с охватом как минимум двух смежных дисциплин - урологии и гинекологии, что достаточно часто приводит к разнице в воззрениях врачей урологов и гинекологов на принципы диагностики и лечения этой категории больных [2,4]. Абактериальный или непрерывно рецидивирующий бактериальный, интерстициальный цистит на фоне прогрессирующего эстрогенодефицита, протекающий у женщин в пери-, мено- и постменопаузальный период, в том числе и период хирургической менопаузы с характерным только ему симптомокомплексом (хронический болевой синдром – жжение, рези в области гениталий, усиливающиеся при мочеиспускании и имитирующие острый цистит чаще на фоне относительного благополучия в анализах мочи «генитально-пузырная алгия»), хронические дизурические расстройства в виде синдромов «ожидания» и «остаточной» мочи, императивные позывы, вплоть до стрессорного, а в тяжелых запущенных случаях и вынужденного неудержания мочи.

Как известно, после 45-50 лет в организме женщины происходит постепенное естественное прекращение выработки женских половых гормонов-эстрогенов. Из-за их недостатка происходят изменения слизистой оболочки мочевого тракта: она истончается, нарушается ее функция, теряется способность противостоять патогенным микроорганизмам. Это приводит к одним из характерных проявлений недостатка эстрогенов у женщин «элегантного» возраста – урогенитальным расстройствам [4,8,9]. Гинекологические проблемы - чувство сухости и зуд во влагалище; появление выделений; болезненность при половой близости и при гинекологическом осмотре. Сугубо урологическими проблемами являются частые болезненные позывы, недержание при небольшой физической нагрузке, кашле или смехе, ночные мочеиспускания, часто циститы. На практике чаще всего встречается «смешанный» вариант недержание мочи, хотя и с преобладанием одного из видов расстройств [2,8].

Чаще всего болезнь диагностируется в постменопаузе, когда гормональная функция

яичников угасает. Уротелий мочевого пузыря покрыт защитным слоем протеогликанов, выполняющих антиадгезивную функцию. Гликопротеин, покрывающий слизистую, препятствует ее повреждению и раздражению мочой как агрессивным химическим фактором. Также он выполняет антисептическую функцию. Защитный слой уротелия разрушается в менопаузальный период, что связано с дефицитом эстрогенов. Это и становится предпосылкой для развития цистита. Также в период постменопаузы вероятной причиной рецидивирующего течения цистита считают урогенитальную атрофию [6]. На ее фоне снижается бактериостатическая активность слизистой оболочки мочевого пузыря, связанная с выработкой специфических мукополисахаридов и секреторного иммуноглобулина А (sIgA). При нормальном функционировании иммунной системы в моче и отделяемом из цервикального канала могут содержаться интерлейкины и интерфероны [5].

Основанием для более глубокого изучения этой проблемы является неадекватное ведение, неполноценное лечение или отсутствие комплексного лечения для довольно многочисленной категории больных – женщин в период менопаузы. Вышеуказанные данные свидетельствуют о необходимости разработки единой тактики диагностики и больных с циститом в постменопаузе.

**Цель:** Совершенствование диагностики и лечения, а также повышения качества жизни у больных неспецифическим циститом в постменопаузе.

#### **Материалы и методы**

Под наблюдением в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР находилось 60 пациенток менопаузального возраста (50-75 лет) с инфекциями нижних мочевыводящих путей острым циститом. Все больные жаловались на частое и болезненное мочеиспускание, боли в области мочевого пузыря, пиурию. Также больные жаловались на диспареунию, сухость и жжение во влагалище. Почти все пациенты ранее неоднократно получали противовоспалительное лечение в амбулаторных условиях. В биохимических анализах крови и мочи у всех больных патологические изменения отсутствовали. Цистоскопическая картина у 27 больных показала атрофичность и бледность слизистой мочевого пузыря; у 16 больных гиперемия, отечность, инъецированность сосудов слизистой оболочки дистального отдела уретры; у 17 больных тригонит. На УЗИ утолщение стенок мочевого пузыря обнаружено у всех больных. По данным обзорных

и экскреторных урограммах и нисходящих цистограммах функциональное состояние почек не нарушено. Уродинамические обследования показали, что мочевого пузыря почти у всех больных норморефлекторный, но из-за учащенного мочеиспускания и недостаточного наполнения во время исследования результаты оказались неполностью достоверными. При исследовании гормонального статуса у всех больных отмечалась понижение эстрадиола в сыворотке крови от 70 до 20 пмоль/л. При осмотре наружного отверстия уретры на гинекологическом кресле отмечалась бледность слизистой оболочки, атрофичность, деформация и втянутость.

Больные были распределены на 2 группы: первая группа - контрольная - 28 больных, где проводилась традиционная терапия, основная 32 больных.

1-ю группу составили 28 больных, в возрасте 50-65 лет (средний возраст  $57,6 \pm 2,3$  года). Им произведено стандартное лечение цистита: назначение заместительной гормональной терапии, редпузырных и парауретральных блокад с лидокаином, инстилляция мочевого пузыря антисептическими растворами, назначение седативных препаратов. За больными велось динамическое наблюдение в течение 1 года с возобновлением стандартного лечения при рецидивах заболевания.

2-ю группу составили 32 больные, в возрасте 55-75 лет (средний возраст  $63,5 \pm 2,5$  года). Дополнительно к фоновой медикаментозной терапии пациентки этой группы получали «Цистибакт» по 1 таб. 1 раз на ночь 10 дней. Препарат изготовлен из компонентов клюквы, основным действующим веществом являются проантоцианидины.

Ближайшие результаты терапии были изучены у всех 60 больных обеих групп через 2 недели. Отдаленные результаты терапии изучены через год от начала лечения.

#### Результаты

Через 2 недели терапии в основных группах дизурические явления исчезли у 92 и 95% пациентов соответственно, что достоверно отличалось от группы контроля - 76 и 82% лиц аналогичного возраста на 14-е сутки. В основных группах больных, получавших «Цистибакт», нормализация анализов мочи к концу терапии достигнута у 82 и 78% больных, что достоверно выше группы контроля (80 и 63% соответственно).

Влияние эффективности лечения «Цистибакта» в последующие 3 месяца изучали по критериям «реинфекция» и «сохранение ремиссии» в основных и группах контроля (табл. 1).

Таблица 1

Сохранение ремиссии у пациентов с ИНМП

Группа	Наличие инфекции	Сохранение ремиссии
I основная		30 (98%)
II контрольная	1 (10%)	9 (90%)
I основная		28 (96%)
II контрольная	1 (7,2%)	12 (63%)

Приведенные в табл. 1 данные свидетельствуют об эффективности 2х недельного приема «Цистибакта» в «сохранении ремиссии» у пациентов основной группы в течение последующих 3 месяцев наблюдения, в контрольной группе у 2х пациентов (10 и 7,2%) зарегистрирована реинфекция, что говорит о снижении иммунитета. Аналогичная закономерность прослеживается в отношении результатов «сохранение ремиссии» в основной группе, где в течение 3 месяцев наблюдения после курса лечения у 98 и 96% обследованных сохранялись нормальные анализы мочи, что достоверно выше показателей групп контроля - 90 и 63%- у пациенток аналогичного возраста. Побочные действия при использовании «Цистибакта» у пациентов основных групп не зарегистрированы.

#### Заключение

Результаты наблюдений показали высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость 2х недельного курса приема препарата «Цистибакта» в сочетании с заместительной гормонотерапией при остром цистите у женщин в постменопаузе, также полученные данные продемонстрировали эффективность терапии при сохранении ремиссии в последующие 3 месяца.

Рациональный индивидуальный подбор лекарственных средств для терапии постменопаузального цистита помогает решить ряд медико-социальных и психологических проблем, тем самым повышает качество жизни больных и социальную активность.



**Литература:**

1. Материалы симпозиума: Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных. М., 1999; 32
2. Березовская Ю.А., Демина О.А., Строни Р. Лечение недержания мочи у пациенток в перименопаузе // Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология. - 2008г. - №5. - С.383-387.
3. Stamm W.E., Hooton T.H. Management of urine tract infections in adults. *N.Eng.J.Med.* 1993;329:1328-34.
4. Cox C.E. Urine tract infection: the role of antimicrobial therapy. *Inf Dis. Clin. Pract.* 1998; 7 (3 Suppl.):3126-32.
5. Sobel J.D., Kaye D. Urine tract infections: In: Mandel G. L. e. a. eds. *Principle and practice of infections diseases.* 4 th ed. N.Y. 1995; 662-90.
6. Matthew E., Jorbach S.Z. *Pactice guidelines: urine tract infections.* -IDCP. -1995; Vol.4:241-54.
7. Hooton T.M., Stamm W.E. *Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary Tract infection.* -*Infections Disease Clinics of North America* 1997; 11(3):551-81.
8. Балан В.У. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия). Дисс. д-ра мед. наук. М., 1998.
9. Костова М.Н., Прилепская В.Н., Быковская О.В. Дистрофические и атрофические процессы нижнего отдела половых путей: современный взгляд на проблему. *Гинекология-экстравыпуск.* 2006; 1:3-5
10. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Современный взгляд на патогенетическую терапию урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. *Журнал РОАГ.* 2006; 4:3-6.
11. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Роль эстриола в терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. *Урология.* 2007; №3.
12. Смертник В.П. Медицина климактерия. - Литера. 2006.
13. Юренова С.В., Каменецкая Г.Я. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. *Гинекология.* 2007; 2(9): 40-43.
14. Smoller J.W., Pollack M.H., Wassertheil-Smoller S., Brunner R., Curb D., Torner J., Oberman A., Hendrix S.L., Hsia J., Sheps D.S. Panic attacks, dayly life ischemia, and chest pain in postmenopausal women. *Psychosom Med.* 2006; 68(6); 824-832.

**ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА  
В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**А.Ч. Усупбаев, Б.А. Кабаев, А.А. Усупбаева,  
А.С. Иманкулова, Н.Ж. Садырбеков**

Республиканский научный центр урологии  
при Национальном Госпитале Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** несмотря на современные достижения в области здравоохранения, проблема развития инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в послеоперационном периоде, не имеет тенденции к снижению. Использование периоперационной антибиотикопрофилактики позволяет сократить частоту возникновения ИСМП. В данной работе показано сокращение частоты возникновения ИСМП при применении периоперационной антибиотикопрофилактики у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

**Ключевые слова:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, периоперационная антибиотикопрофилактика, трансуретральная резекция.

**УРОЛОГИЯЛЫК ТАЖРЫЙБАДАГЫ ОПЕРАЦИЯ МЕЗГИЛИНДЕ  
АНТИБИОТИК МЕНЕН АЛДЫН АЛУУ**

**А.Ч. Усупбаев, Б.А. Кабаев, А.А. Усупбаева,  
А.С. Иманкулова, Н.Ж. Садырбеков**

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин  
Улуттук урология илимий борбору  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме:** Саламаттык сактоо жагында заманбап жетишкендиктерге карабастан, операциядан кийин медициналык жардам менен байланыштуу инфекциянын өнүгүүнүн көйгөйү тенденциянын төмөндөтүү байкалбайт. Операция мезгилинде антибиотик менен алдын алуу МЖБИнин пайда болуунун жыштыгын төмөндөтөт. Ушул иште операция мезгилинде антибиотик менен алдын алуудан кийин залалсыз простата безинин гиперплазиясынын бейтаптарда МЖБИнин жыштыгы төмөндөгөнүн көрсөтөт.

**Негизги сөздөр:** Простата безинин залалсыз гиперплазиясы, медициналык жардам менен байланыштуу инфекция, операция мезгилинде антибиотик менен алдын алуу, трансуретралдык резекция.

**PERIOPERATIVE ANTIBIOTICOPROPHYLACTICS IN UROLOGICAL PRACTICE**

**A.Ch. Usupbaev, B.A. Kabaev, A.A. Usupbaeva, A.S. Imankulova, N.Zh. Sadyrbekov**  
Republican Scientific Center of Urology

at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Despite the current achievements in the field of health, the problem of the development of infection associated with the provision of medical care (ISMP) in the postoperative period, does not tend to decrease. The use of perioperative antibiotic prophylaxis can reduce the incidence of IMS. In this paper, we show a reduction in the incidence of ISMP with perioperative antibiotic prophylaxis in patients with benign prostatic hyperplasia.

**Key words:** Benign prostatic hyperplasia, Infections associated with medical care, perioperative antibiotic prophylaxis, transurethral resection.

**Актуальность.** Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) представляют одну из актуальных проблем здравоохранения во всем мире.

Результаты самого крупного исследования, выполненного в рамках всемирного контроля за нозокомиальной инфекцией (SENIC), показали,

что ИМВП являются наиболее частыми (42%) в структуре послеоперационных инфекционных осложнений при урологических вмешательствах, а частота ИОХВ (инфекции области хирургического вмешательства) в урологии достигает от 8 до 12% по данным различных авторов [1,2,4,7]. Кроме того, при урологических вмешательствах

способствующими факторами риска развития ИСМП являются длительное наличие мочевых катетеров, промывные системы и другие факторы [3, 11, 12, 14,].

По данным Всемирной Организации здравоохранения инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) занимают первое место в мире в структуре среди всех ИСМП и возникают у 29-44% госпитализированных больных [4, 7]. По мнению ряда авторов, основными причинами госпитальной инфекции мочевых путей являются восходящий путь инфекции через уретральные катетеры и дренажи, несоблюдение санитарно-гигиенических требований, высокая резистентность возбудителей к антимикробным препаратам [10, 11, 18].

По данным различных авторов, ИСМП у мужчин, перенесших открытые хирургические и эндоурологические операции, развиваются с частотой 11–30% [18, 19]. Кроме того, ИСМП после трансуретральной резекции (ТУР) доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) достигает 28% [2, 4]. Это обусловлено вскрытием во время операции инфицированных ацинусов предстательной железы, а также нестерильным ирригационным раствором.

Послеоперационные воспалительные осложнения у пациентов урологического стационара значительно ухудшают результаты хирургического лечения и общее состояние здоровья пациентов, тем самым увеличивая длительность госпитализации и стоимость стационарного лечения [12, 13].

Одним из наиболее эффективных методов профилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений является периоперационная антибиотикопрофилактика,

направленная на создание бактерицидных концентраций антибиотика в тех тканях, в которых происходит бактериальная контаминация во время операции [11, 18].

Основная цель периоперационной антибиотикопрофилактики – предупреждение развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, снижение летальности, стоимости лечения и продолжительности пребывания больного в урологическом стационаре [13–19].

В урологической практике проводят профилактику развития как симптоматической инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) (острый пиелонефрит, простатит, эпидидимит, уросепсис), так и тяжелой раневой инфекции.

Риск инфицирования во время операции зависит от состояния пациента, вида хирургического вмешательства и длительности операции, а также от окружающих факторов [6, 7].

**Цель исследования** - Снижение частоты инфекционно-воспалительных осложнений после урологических вмешательств путем внедрения периоперационной антибиотикопрофилактики

#### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 120 больных, получавших оперативное лечение в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале МЗ КР. Все больные мужского пола от 41 до 79 лет были госпитализированы по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы в период с августа по декабрь 2016 года. Распределение больных по возрасту даны в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст	Количество больных	
	Абс.	%
От 41 до 50 лет	13	10,8
От 51 до 60 лет	40	33,3
От 61 до 70 лет	48	40
Старше 70 лет	19	15,9
Всего	120	100

Всем пациентам по индивидуальным показаниям были выполнены ТУР предстательной железы (60 больных) или открытая аденомэктомия (60 больных) (табл. 2). Участники исследования были разделены на 2 группы: пациенты основной

группы (n = 60) получали периоперационную антибиотикопрофилактику, пациентам контрольной группы (n = 60) была назначена только симптоматическая терапия.

Таблица 2

Распределение больных по характеру оперативных вмешательств

Возраст	Количество больных (%)	
	ТУР аденомы предстательной железы	Открытая аденомэктомия
От 41 до 50 лет	6 (10%)	7 (11,7%)
От 51 до 60 лет	20 (33,3%)	20 (33,3%)
От 61 до 70 лет	24 (40%)	24 (40%)
Старше 70 лет	10 (16,7%)	9 (15%)
Всего	60	60

Для периоперационной антибиотикопрофилактики в первой группе использовался препарат из группы цефалоспоринов третьего поколения – цефтриаксон, который назначался по схеме 1 г внутривенно за 30 минут-1 час до операции, а затем внутривенно 2 р/сут в течение 4 дней в послеоперационном периоде. Препарат был выбран в связи с тем, что он обладает следующими свойствами: широкий спектр действия и наличие бактерицидного эффекта в отношении основных возбудителей инфекционно-воспалительных осложнений у мужчин, которым проводились инвазивные и открытые хирургические виды лече-

ния в урологическом стационаре; выведение почками в неизменном виде (до 70%); создание и поддержание постоянного бактерицидного эффекта в моче вне зависимости от pH среды; хорошая переносимость препарата, низкий уровень побочных эффектов.

Все пациенты находились под наблюдением в послеоперационном периоде на предмет развития инфекционно-воспалительных осложнений до выписки из стационара. Инфекционно-воспалительные осложнения у больных развивались, как правило, к 5–9-му дню послеоперационного периода (табл. 3).

Таблица 3

Частота развития ИСМП

Операция	Исследуемая группа n-60		Контрольная группа n-60	
	Кол-во оперированных	Частота ИСМП (%)	Кол-во оперированных	Частота ИСМП (%)
ТУР	30	3 (10%)	30	9 (30%)
Открытая аденомэктомия	30	6 (20%)	30	12 (40%)
Всего	60 (100%)	9 (15%)	60 (100%)	21 (35%)

### Результаты исследования

В контрольной группе из 60 оперированных больных наблюдалось 21 (35%) случай ИСМП. Из них, в группе из 30, перенесших ТУР аденомы предстательной железы выявлено 9 (30%) случаев ИСМП, из 30 пациентов с открытой аденомэктомией - 12 (40%) случаев ИСМП. Наиболее частыми инфекционно-воспалительными осложнениями у пациентов, подвергшихся хирургическим вмешательствам на предстательной железе, являлись: пиелонефрит; ИОХВ; уретрит; фуникулит; орхоэпидидимит; простатит; цистит.

В исследуемой группе пациентов, которым проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика, из 60 прооперированных больных

выявлен 9 (15%) случаев ИОХВ. У пациентов, перенесших ТУР аденомы предстательной железы из 30 больных выявлено лишь 3 (10%) случая ИСМП, данный показатель в 3 раза меньше по сравнению с уровнем ИСМП контрольной группы. У 30 пациентов, перенесших открытую аденомэктомию- данный показатель уменьшился в 2 раза сравнительно с контрольной группой, и составил 6 (20%) случаев ИСМП.

Всем пациентам проводилось бактериологическое исследование мочи и идентификация возбудителя (табл. 5). Основными выявленными возбудителями были: *Staphylococcus spp*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*. и др.

Структура ИСМП

ИСМП	Исследуемая группа n=60		Контрольная группа n=60	
	ТУР аденомы n=30	Открытая аденомэктомия n=30	ТУР аденомы n=30	Открытая аденомэктомия n=30
Пиелонефрит	-	-	3(10%)	2(6,6%)
ИОХВ	-	2(6,6%)	-	4(13,3%)
Уретрит	-	1(3,3%)	1(3,3%)	1(3,3%)
Простатит	1 (3,3%)	1(3,3%)	2(6,6%)	2(6,6%)
Цистит	1(3,3%)	1(3,3%)	1(3,3%)	1(3,3%)
Орхоэпидидимит	1(3,3%)	-	1(3,3%)	1(3,3%)
Фуникулит	-	1(3,3%)	1(3,3%)	1(3,3%)
Всего	3 (10%)	6 (20%)	9 (30%)	12 (40%)



Рисунок 1. Этиологическая структура выделенных микроорганизмов.

Кроме того, в исследуемой группе продолжительность послеоперационного пребывания больного в стационаре сократилось на 2 койко-дня у больных после открытой аденомэктомии, на 3 койко-дня после ТУР аденомы предстательной железы сравнительно с контрольной группой.

Проводя периоперационную профилактику, мы ставили цель предупредить возникновение у пациентов инфекционных осложнений, связанных с хирургическим вмешательством, а также развитие как симптоматической инфекции мочевых путей (острого пиелонефрита, простатита, цистита, орхоэпидидимита, уросепсиса), так и тяжелой раневой инфекции [4, 7].

При выборе препарата для проведения периоперационной профилактики учитывались его основные характеристики и возможности для решения поставленной задачи.

#### Выводы:

1. Полученные результаты клинического наблюдения свидетельствуют о том, что проведе-

ние периоперационной антибиотикопрофилактики позволило снизить частоту возникновения ИСМП с 35% в контрольной группе до 15% в исследуемой группе.

2. Применение ПАП при ДГПЖ в 2 раза снижает количество послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у мужчин, перенесших открытую аденомэктомию, и в 3 раза у больных, перенесших ТУР аденомы предстательной железы.

3. Внедрение периоперационной антибиотикопрофилактики позволило сократить послеоперационное пребывание в стационаре на 2 койко-дня у больных после открытой аденомэктомии, на 3 койко-дня после ТУР аденомы предстательной железы.

#### Литература

1. Набер К. Оптимальная терапия инфекций мочевыводящих путей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 1999. №1 (1). С. 23-30.

2. Гресь А. А. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при хирургическом лечении больных ДГПЖ с сопутствующим хроническим простатитом // *Медицинские Новости*. 1999. № 10. С. 61–63.
3. Лопаткин Н.А. Инфекционно-воспалительные осложнения после эндоурологических операций. В кн.: *Всероссийское научное общество урологов. Пленум: материалы*. Киров, 2000. С. 253-263. Мартов А.Г., Гуцин Б.Л.
4. Даренков А.Ф. Трансуретральная электрорезекция при хроническом простатите и ее осложнениях // *Урология и нефрология*. 1989. №1. С. 18-23. Симонов В.Я., Кузьмин Г.Е., Кошкаров И. И.
5. Knopf H.J. Nosocomial infections after transurethral prostatectomy // *Eur. Urol*. 1999; 36: 207-212. Weib P., Schafer W., Funke P. J.
6. Перепанова Т.С. Комплексное лечение и профилактика госпитальной инфекции мочевых путей: дис. ... д-ра мед. наук. 1996.
7. Деревянко И.И. Этиологическая структура возбудителей воспалительных неспецифических урологических заболеваний и динамика их резистентности к широко применяемым антибиотикам // *Урология и нефрология*. 1997. №3. С. 13-18. Котлярова Г.А., Кондратьева Е.М и др.
8. Кошкаров И.И. Трансуретральная резекция при хроническом простатите и его осложнениях: дис. ... канд. мед. наук. М, 1989.
9. *Руководство по урологии/ под ред. Н.А. Лопаткина*. М.: Медицина; 1998. Т. 3. С. 479-484.
10. Colo A. Incidence and risk factors of bacteriuria after transurethral resection of the prostate // *Eur. Urol*. 2001; 39 (3): 272–276. Lucet J.C., Rufat P., Botto H., Benoit G., Jardin A.
11. Перепанова Т.С. Основные принципы антибактериальной терапии и профилактики госпитальной инфекции: метод. указания. М., 2005.
12. Гришина Т.И. Нарушение иммунитета в хирургической практике // *Медицинская газета*. 26.04.2006. № 30. С. 8–9.
13. Венцел Р.П. Внутрибольничные инфекции: пер. с англ. М.: Медицина, 1990.
14. Яковлев В.П. Рациональная антимикробная фармакотерапия: руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра, 2003. Яковлев С.В.
15. Страчунский Л.С. Современная антимикробная химиотерапия: руководство для врачей. М.: Боргес, 2002. 436 с. Козлов С.Н.
16. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.: Боргес, 2002. Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н.
17. Белобородова Н.В. Алгоритмы антибиотикотерапии: руководство для врачей. М, 1999. Богданов М.Б., Черненко Т.В.
18. Merle V. Nosocomial urinary tract infections in urologic patients: assesment of a prospective surveillance program including 10 000 patients // *Eur. Urol*. 2002; 41: 483-489. Germain J.M, Bugel H., Nouvellon M., Lemeland J. F., Czernichow P., Grise P.
19. Naber K.G. Guidelines on Urinary and Male Genital Tract Infections // *European Association of Urology*, 2000-2003. Bergman B., Bishop M C., Bjerklund Johansen T.E., Botto H., Lobel B., Jimenez Cruz F., Selvaggi F.P.

## СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, У.К. Кулукеев<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>2</sup>, А.Д. Абдырасулов<sup>1</sup>, Т.Э. Тургунбаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР,

<sup>2</sup> КГМИ и ПК,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Интраоперационные повреждения мочеполовых органов имеют самый разнообразный характер, который в ряде случаев впечатляет своей обширностью. Поздняя диагностика повреждений мочеполовых путей приводит к формированию мочевого затека и свищей, развитию уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности, что существенно ухудшает непосредственные результаты реконструктивно-восстановительных операций и затрудняет послеоперационную реабилитацию пациентов. В данной работе показаны хирургические пути коррекции при подобных ситуациях.

**Ключевые слова:** Повреждения, мочеполовые органы, мочевой затек, свищи, оперативное лечение.

## ОПЕРАЦИЯ ДАН КИЙИНКИ ЗААРА АККЫЧТЫН ЖАНА ТАБАРСЫКТЫН КАБЫЛДООЛУРУНУН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ОЦДОО ЖОЛДОРУ

А.Ч. Усупбаев<sup>1</sup>, У.К. Кулукеев<sup>1</sup>, В.Н. Евсюков<sup>2</sup>, А.Д. Абдырасулов<sup>1</sup>, Т.Э. Тургунбаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу

Улуттук госпиталдын алдындагы Республикалык илимий урология борбору,

<sup>2</sup> Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификация көтөрүү институту,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Заара чыгаруу, жыныс органдарына операция убагындагы кабылдоосу кээ бир учурларда өзүнүн кенендиги менен таасирлентет жана абдан ар түрдүү мүнөзгө ээ. Заара чыгаруу, жыныс жолдорунун кабылдоосунун дартынын кеч аныкталышы зааранын жайылышына, тешик пайда болушуна, уретерогидронефроз, өнөкөт пиелонефрит, өнөкөт бөйрөк жетишсиздигинин өнүгүшүнө алып келет, булар болсо кайра калыбына келтирүү операцияларынын жыйынтыгын түздөн түз төмөндөтөт жана операциядан кийинки бейтаптып калыбына келүүсүн оорлотот. Бул иште ушундай учурларды хирургиялык жол менен ондоо көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** Кабылдоо, заара чыгаруу-жыныс органдары, зааранын жайылышы, тешиктер, хирургиялык дарылоо.

## SURGICAL CORRECTION METHODS OF URETER AND URINE BLADDER'S POSTOPERATIONAL INJURES

A.Ch. Usupbaev<sup>1</sup>, U.K. Kulukeev<sup>1</sup>, V.N. Evsukov<sup>2</sup>, A.D. Abdyrasulov<sup>1</sup>, T.E. Turgunbaev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Republic science centre of urology under National Hospital of Ministry of Health Kyrgyz Republic,

<sup>2</sup> Kyrgyz state medical institute of retraining and advanced training, department of special surgical assistance, Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Intraoperative trauma urogenital's organs can have the mostvarious character, which in some cases impresses with the extensiveness. The late diagnostics damage of urogenital way leads to formation fistulas which through that passing urinabrings to development hydroureteronephrosis, chronic pyelonephritis and chronic kidney insufficiency which worsens result of reconstructive and recovery operation which complicate postoperative rehabilitation of patients.

**Key words:** damage, urogenital organ, the passing urina through, fistules, surgery treatment.

**Актуальность.** Повреждения мочеточников и мочевого пузыря при хирургических, акушерско-гинекологических и урологических вмешательствах, не имеют тенденции к снижению и остаются на прежнем достаточно высоком уровне. В известной степени это связано с расширением

показаний к операциям на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, а в онкологической практике – со стремлением любой ценой избавить пациента от опухоли [1]. За последние десятилетия повреждения мочевыводящих путей обусловлены также широким внедрением



эндоскопических методов лечения [2,3,4,5]. Вместе с тем, в литературе отсутствует определение ятрогении в хирургической практике, которое позволило бы отграничить такие повреждения от осложнений, возникающих в ходе и после оперативных вмешательств. Интраоперационная травма мочевыводящих путей может иметь самый разнообразный характер, который в ряде случаев впечатляет своей обширностью. Кроме непосредственного разной степени тяжести механического воздействия на мочеточник, мочевого пузырь и уретру в ходе самого хирургического вмешательства, послеоперационное скопление экссудата и присоединение вторичной инфекции увеличивают риск ишемического некроза их стенок [6,7,8,9]. Поздняя диагностика повреждений мочевыводящих путей приводит к формированию мочевых затеков и свищей, развитию уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности, что существенно ухудшает непосредственные результаты реконструктивно-восстановительных операций и затрудняет послеоперационную реабилитацию пациентов [10,11]. Только у 20-25% больных травма мочеточников диагностируется во время операции. В большинстве же случаев такие повреждения выявляются после операции, в том числе и в отдаленные сроки после ее выполнения [2]. Запоздавшая диагностика и, как следствие, необратимые нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей и функции почек заканчивается органоуносящей операцией. Последствиями ятрогенных травм мочевыводящих путей являются урогенитальные свищи. Наиболее часто в клинике встречаются пузырно-влагалищные свищи, причиняющие тяжелые моральные и физические страдания больным [12,13]. Несмотря на многовековой опыт лечения больных с мочеполювыми свищами, результаты этих операций остаются неутешительными и в настоящее время. Так, рецидивы фистул, по данным ряда авторов, возникают у 10% оперированных

больных, а послеоперационная летальность колеблется от 2 до 7,4% [2,14,15]. Полного излечения после фистулографии, в том числе после повторных операций, удается достичь только в 62 - 96,5% случаев, то есть в среднем у каждой 9-10-й женщины возникает рецидив свища [16, 17]. Значительные трудности возникают при лечении сочетанных повреждений мочеточников и мочевого пузыря.

Существующее многообразие методов восстановления проходимости мочеточников, закрытия дефектов мочевого пузыря все еще не позволяет достичь стопроцентного результата в лечении таких больных, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочевыводящих путей, что и определяет актуальность нашей работы.

**Цель:** Оптимизация результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников и мочевого пузыря, а также улучшение качества жизни больных.

#### Материалы

Нами изучены 167 больных с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей и их осложнениями, наступившими в ходе различных оперативных вмешательств, которым было выполнено комплексное обследование и хирургическое лечение в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР в период с 1996 по 2016 годы.

Ятрогенными повреждениями мы считаем случайную травму органов мочеполовой системы во время хирургических вмешательств, сосудов и тканей, не являющихся объектом данной операции. Среди всех больных с такими повреждениями мужчин было 16 (9,6%) и женщин - 151 (90,4%). Возрастной диапазон колебался от 18 до 78 лет и в среднем составил  $46,2 \pm 8,9$  лет.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст больных в годах	Количество мужчин		Количество женщин		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30	-	-	5	3,0	5	3,0
31-40	-	-	31	18,6	31	18,6
41-50	2	1,2	71	42,2	73	43,6
51-60	6	3,6	31	18,4	37	22,2
61-70	8	4,8	9	5,4	17	10,4
Старше 70	-	-	4	2,4	4	2,4
Всего	16	9,6	151	90,4	167	100,0

Как видно из таблицы, большинство больных было наиболее трудоспособного возраста от 41 до 60 лет -110 (65,9%) человек. Значительное превосходство женщин (90,4%) среди наблюдаемых нами больных объясняется тем, что подавляющее большинство ятрогенных повреждений мочеполовых органов произошло в ходе акушерско-гинекологических операций (83,8%). В основном больные поступали в плановом порядке и только 18 (10,8%) из них были госпитализированы по

экстренным показаниям. Причинами экстренной госпитализации являлись: обструктивная анурия, болевой синдром, обострение инфекционно-воспалительного процесса в почках и мочевыводящих путях или диагностированная в другом стационаре травма мочевыводящих путей. Распределение обследованных больных по локализации этих повреждений приведены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по локализации ятрогенных повреждений мочевыводящих путей

Локализация повреждений	Количество пациентов	
	абс.	%
Мочеточник	106	63,5
Мочевой пузырь	44	26,3
Комбинированные повреждения	12	7,2
Всего	167	100,0

Основную группу больных с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей составили пациенты с травмами мочеточников (63,5%). Повреждения мочевого пузыря, осложненные мочевым затеком или формированием мочепузырно-влагалищного или пузырно-кишечного свища, мы наблюдали у 44 (26,3%) больных. У 12 (7,2%) пациентов была диагностирована комбинированная травма мочевого пузыря и мочеточников. Им выполнялись различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Среди 167 больных с ятрогенной травмой мочеточников, мочевого пузыря, у 130 (77,8%) выявлены разной степени ретенционные изменения со стороны ВМП. Одностороннее нарушение уродинамики диагностировано у 89 (68,5%), двустороннее - у 41 (31,5%) пациентов. Хронический пиелонефрит имел место у 123 (73,7%) больных. Нарушение функции почек наблюдалось у 54 (32,3%), в том числе у 23 была выявлена латентная стадия ХПН, у 11 - компенсированная, у 2 больных имелась интермиттирующая стадия ХПН.

Помимо основных восстановительных оперативных вмешательств на предшествующих этапах выполнялись: перкутанная нефростомия, люмбото-

мия, декапсуляция почки, нефростомия, уретерокутанеостомия, разного рода гинекологические операции, экстирпация прямой кишки, нефроуретерэктомия и предшествующие различные пластические операции на мочеточниках.

Таким образом, повреждения мочеточников и мочевого пузыря возможны практически при любых оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза. Частота ятрогенной травмы МВП возрастает пропорционально росту технически сложных и нестандартных операций в хирургии и гинекологии. Большинство травм мочеточников и мочевого пузыря возникают при попытках хирургов, гинекологов захватить и лигировать кровоточащие сосуды. Учитывая близкое анатомическое расположение МВП и органов малого таза, необходимо всегда помнить об этом.

Мочевой пузырь может быть поврежден при влагалищных и внутритазовых операциях. Под нашим наблюдением находилось 44 (26,3%) пациентов с осложнениями послеоперационных повреждений мочевого пузыря. У всех этих больных сформировались различного рода мочевые свищи. Изолированная ятрогенная травма мочевого пузыря произошла у 44 (26,3%) пациентов. Причины этих повреждений представлены в табл. 3.

Таблица 3

Виды операций, при которых произошли ятрогенные повреждения мочевого пузыря

Виды операций	мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экстирпация матки			16	36,3	16	36,3
Операция Вертгейма и лучевая терапия			11	25	11	25
Кесарево сечение			12		12	27,2
Резекция прямой кишки	2	4,5			2	4,5
ТУР простаты	1	2,2			1	2,2
Всего	3		41		44	100

Исходя из данных, приведенных в таблице, основной причиной ятрогенной травмы мочевого пузыря у женщин послужила экстирпация матки у 16 (36,3%), а у мужчин резекция прямой кишки у 2 (4,5%). У 12 (27,2%) больных повреждения мочевого пузыря были диагностированы в ходе гинекологических операций. Этим пациентам нами произведено ушивание дефекта мочевого пузыря двухрядным непрерывно узловым викри-

ловым швом с дренированием его катетером Фолея. Послеоперационных осложнений не было. В дальнейшем осложнением данной травмы явилось образование пузырно-влагалищного, пузырно-ректального и уретро-влагалищного свищей.

Характер операций, при которых произошли ятрогенные сочетанные повреждения МВП, указаны в таблице 4.

Таблица 4

Виды операций, при которых произошли ятрогенные сочетанные повреждения мочевого пузыря и мочеточников

Виды операций	мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экстирпация матки			7	58,3	7	58,3
Операция Вертгейма и лучевая терапия			3	25,1	3	25,1
Медицинский аборт			1	8,3	1	8,3
Ошибочная операция на мочевом пузыре	1	8,3				
Всего	1	8,3	11	91,7	12	100

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств, выполненных больнымс сочетанными повреждениями мочевого пузыря и мочеточников

Оперативные вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
Трансвезикальная фистулография и УЦА	9	75,5
Уретероцистоанастомоз и ушивание дефекта мочевого пузыря	3	24,5
Всего	12	100

Из таблицы 5 следует, что большинству (83,3%) пациентов сочетанные повреждения мочевого пузыря и мочеточников удалось ликвидировать, произведя уретероцистоанастомоз в различных модификациях.

Таким образом, из всех наблюдаемых нами больных было успешно реабилитировано 165 (98,8%) пациентов, из них 97,4% после первичной реконструктивно-восстановительной операции, выполненной после поступления в стационар, и 1,4% потребовалась повторная операция. В виду поздней диагностики и гибели почки 7,8% из обследованных пациентов выполнена нефрэктомия.

**Выводы:**

1. Основными причинами ятрогенных повреждений являются оперативные вмешательства по поводу гинекологических, акушерских (кесарево сечение) и онкологических заболеваний как у женщин, так и мужчин (рак сигмовидной кишки, прямой кишки и др.). Наиболее часто повреждения имели место на уровне тазового отдела мочеточников и внебрюшинный отдел мочевого пузыря. Сроки выявления повреждений существенно влияли на выбор метода и срока реконструктивно-восстановительных операций.

2. При повреждениях, выявленных в момент операций целесообразно восстановить проходимость мочеточника, а при установлении ближайших и отдаленных сроков тип операции зависит от функционально-морфологического состояния почек и воспалительных изменений на месте и вокруг повреждения.

3. Разработанный и внедренный метод пластики пузырно-влагалищных свищей обеспечивает клиническое выздоровление и заслуживает внедрения в урологических отделениях.

4. Использование разработанных подходов к хирургическому лечению ятрогенных повреждений мочеточника и мочевого пузыря позволили добиться хороших результатов в ближайшие сроки после операции у 98,8% больных.

**Литература:**

1. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Хирургия протяженный стриктурмочеточников // СПб. - Неский диалект. - 2005. - 257 с.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии // М.: Медицина, 1986. - 147 с.
3. Лоран О.Б., Газимагомедов Г.А. Принципы лечения мочеточниково-пузырно-влагалищных свищей // Урол. и нефрол. - 1993. - №2. - С. 5-7.

4. Петров С.Б. Диагностика и лечение больных травмой мочеполовой системы // X. Российский съезд урологов. Материалы. - М., 2002. - С. 493-503.
5. Liu C.H., Wang P.H., Liu W-M et al. Ureteral injury after laparoscopic surgery // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 1997. - Vol. 4. - №4. - P. 69-77
6. Александров В.П., Борисов А.Е. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении урологических заболеваний // Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии: Сб. науч. работ, посвященный 100-летию кафедры урологии и андрологии СПбМАПО. - СПб., 2001. - С. 64-67.
7. Багишов А.А. Оперативное лечение повреждений мочевых путей в акушерской и гинекологической практике: Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Баку, 1993. - 17 с.
8. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок // Минск, 1994. - 107 с.
9. Кан Д.В., Пронин В.И. Урологические осложнения при лечении онкологических заболеваний органов таза. - М.: Медицина, 1988. - 256 с.
10. Горбачев А.Г. Врачебно-трудовая экспертиза при урологических заболеваниях // Л.: Медицина, 1986. - 221 с.
11. Webster G., Maggio M. The management of chronic interstitial cystitis by substitution cystoplasty // J. Urol. - 1989. - Vol. 141. - №2. - P. 287-291.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи // М.: МЕДпресс, 2001. - 189 с.
13. Gold R., Groutz A., Gordon D., Lessing J. Bladder perforation during tensionfree vaginal tape procedure - does it matter? // BJU. - Vol. 94. - Suppl. 2. - 2004. - P. 262
14. Fabrizio M.D., Kavoussi L.R., Jackman S. et al. Laparoscopic nephrectomy for autotransplantation // Urology. - 2000. - Vol. 55. - X. 1. - P. 145.
15. Faure G. L'autotransplantation renale a place en urologie // Ann. Urol. - 1984. - Vol. 18. - №3. - P. 149-151.
16. Вайнберг З.С. Неотложная урология. - М.: Московский рабочий, 1997. - С. 123-152.
17. Вайсман Л.А. Повреждение мочевого пузыря при грыжесечении // Клиническая хирургия. - 1975. - №4. - С. 57-58.



**КӨПҮРӨЧӨ ТИШ ПРОТЕЗДИН ТУЛКУСУН ТУУРА ЭМЕС ЖАСАЛЫШЫНЫН  
СЕБЕБИНЕН ПАЙДА БОЛУУЧУ БЫЛЖЫР КАБЫКЧАНЫН ООРУСУ  
ЖАНА АНЫ ДАРЫЛОО**

**У.А. Амираев<sup>1</sup>, С.М. Эргешов<sup>1</sup>, Р.У. Амираев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

<sup>2</sup> Кыргыз илим изилдөө курортология жана калыбына келтирүү институту  
Таш-Дөбө а., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Пациенттер үчүн тиштердин мааниси өтө зор. Ошондуктан тиштердин узакка кызмат кылуусун кассыздандыруу үчүн, аларды дайыма таза күтүү үчүн аракеттенүү зарыл. Тиштин катуу тканы кариес менен ооруп калгыдай болсо, аны тез арада кыттоо керек. Шартка байланыштуу тишти өз убактысында дарылабагандыктан сактоого мүмкүн болбой калганда тишти жулуу менен, тиш катарында кемтик пайда болот. Кемтик чектелген жана чектелбеген болуп бөлүнөт. Тиш катарындагы чектелбеген кемтикте кийме тиш протездери жасалат. Алар такталуу жана доголуу болуп бөлүнөт. Ал эми тиш катарынын чектелген кемтигине бекилме көпүрөчө протези жасалат. Бул макалада көпүрөчө тиш протезинин туура эмес жасалуусунун натыйжасында пациенттердин көп кыйналуусуна дуушар болушуна алып келет, ал тургай протезди мөөнөтүнөн мурда алынышына шарт түзөт.

**Негизги сөздөр.** Пациенттер, көпүрөчө бекилме тиш протези, жуулуп туруучу аралык, татаалдашуу.

**БОЛЕЗНЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ТЕЛА  
НЕСЪЁМНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**У.А. Амираев<sup>1</sup>, С.М. Эргешов<sup>1</sup>, Р.У. Амираев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

<sup>2</sup> Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения  
с. Таш-Дөбө, Кыргызская Республика

**Резюме.** При поражении твердых тканей зубов кариесом необходимо их срочно запломбировать, но если своевременно не было оказано квалифицированное лечение, из-за осложнения кариозной болезни эти зубы подвергаются удалению. С удалением зубов в зубном ряду возникают дефекты. Дефекты бывают включенные и концевые. В концевых дефектах изготавливаются съёмные зубные протезы, такие как пластиночные и бюгельные. При включенных дефектах изготавливаются мостовидные и консольные. В этой статье показано какие осложнения могут возникнуть в результате неправильной моделировки тела мостовидного протеза. При этом пациент может страдать от выраженных болей, что приводит к преждевременному снятию протезов.

**Ключевые слова.** Пациенты, несъемные мостовидные протезы, промывной промежутки, осложнение.

**MUCOUS MEMBRANE DISEASE IN THE CASE OF INAPPROPRIATE MODELING  
OF FIXED BRIDGE BODY AND ITS TREATMENT**

**U.A. Amiraev<sup>1</sup>, S.M. Ergeshov<sup>1</sup>, R.U. Amiraev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, Kyrgyz Republic

<sup>2</sup>Kyrgyz scientific institute of Balneology and rehabilitation treatment  
Tash-Debe v. Kyrgyz Republic

**Abstract.** Teeth are of great importance for full digestion. That is why it is very important to take care of teeth. In lesion of tooth hard tissue with caries, they need to be filled, but due to caries disease complications they will be extracted. The defects occur in dentition due to teeth extraction. Defects may be included and terminal. In terminal defects there are constructed removable prostheses such as laminar and clasp. In included defects bridge and cantilevered prostheses are constructed. This article demonstrates complications which may be as the result of incorrect modeling the body of bridge prosthesis. More over the patient may suffer from pains and it leads to untimely removing of these prostheses.

**Key words:** Patients, non-removable (fixed) bridges, wash gap, complication.

Ар кандай себептер менен тиш катарында чектелген жана чектелбеген кемтиктер пайда болгондо, бекилме жана алынма протездер жасалат. Чектелген кемтикте кемтикти чектеп турган таяныч болуучу тиштер жакшы абалда болсо, бекилме көпүрөчө тиш протези жасалат. Көпүрөчө тиш протези таяныч бөлүктөн жана тулкудан турат [1,2].

Протездин тулкусу тиш катарынын маңдай аймагында былжыр кабыкчага тийип турат, ал эми каптал аймакта былжыр кабыкчага тийгизбей, аралык калтырылуу зарыл [3].

2015-жылы аяк оона (сентябрь) айынын башында биздин кафедрага Б. аттуу пациент сол жак бетим, кулагым, жаак сөөгүм жана тамагым дайыма сыздап ооруйт, бетимдин сол жагында кулактын тушунда теринин астында тоголок шишик пайда болду деген арыздануу менен кайрылды.

Манжалар менен сыйпалап кармап көргөнүбүздө жүгөрүдөй шишик колго урунуп, билинип турду.

Хирург стоматолог консультация жасаганда, алар жактан эч кандай себеп болбогонун тастыктады, шишиктен башка эч нерсе таппады, себеби дайынсыз болду.

Биз (ортопед жана терапевт стоматологдор) оозунан тиш катарын көргөнүбүздө, пациенттин оозунда таянычы 33 35 37 болгон астыңкы жаакта металл керамикадан жасалган көпүрөчө тиш протези бар экен. Рентгенге тартып көргөндө 37 тиштин өзөгү (пульпасы) бар болуп чыкты, ага толук металлдан куюлган жасалма коронка, 33, 35 тиштерде өзөктөрү алынып каналдары толук кытталыптыр, 33 34 35 36 тиштер металл керамикадан жасалган. Бул көпүрөчө тиш протездин жасалганына 2 жыл болуптур. Протез

коюлгандан жарым жылдан кийин аз-аздан пациенттин сол бет жагы ооруп баштаган. Оору кээде ооруп кайра басылып калуучу экен. Акыркы 6 айдан бери оору күчөп, шишиктин пайда болгонун пациент байкаптыр.

Көпүрөчө протездин тулкусунун былжыр кабыкча жагын зонд менен текшергенде, ал ээр сыяктуу болуп жасалганы билинди, зонд өтпөй калды.

Биз көпүрөчө тиш протезин кесип алууну сунуш кылдык. Пациент макул болду. Көпүрөчө протез алынгандан кийин 35 тиштин уурт бетинде бүйлөгө тийишип турган кариес бар экениги аныкталып, ага кыт коюулду. 34 жана 36 жок тиштин ордун толуктаган көпүрөчө тиш протезинин тулкусу былжыр кабыкчаны басып жоор кылган жери көрүнүп турду (1-сүрөт). Көпүрөчө тиш протезинин тулкусу ээр сыяктуу жасалыптыр (2-сүрөт). Альвеола чорчогунун бетиндеги былжыр кабыкча жука экен, Суппле боюнча II класс. Ошондуктан протездин металл сынчы былжыр кабыкчага батып, жоор кылып жибергендиктен пациент ооруну сезген.

Пациент протезди алгандан сон 2 жума протезсиз жүрүп келгенден кийин мурунку оорулары жок болгонун жана бетиндеги шишиктин кичирейип жок болуп бара жатканын айтты. Биз карап көргөнүбүздө шишиктин жок болуп бара жатканын аныктадык.

Пациентке кайра таянычтары ошондой эле болгон конструкциядагы көпүрөчө тиш протезин кайталап жасадык. Протездин тулкусу альвеола чорчогунун былжыр кабыкчасына тийгизбей аралык конструкциясы менен жасалды. Пациенттин протезди кийип жүргөнүнө 3 жума болду, мурунку арыздануу кайталанган жок.



Б  
✓ 1-сүрөт. Былжыр кабыкчанын жоор болгон жерлери (Б).



2-сүрөт. Көпүрөчө 36 тиштин протездеги тулкусу ээр сыяктуу жасалган.

Ошентип, пациенттин оорусунун пайда болушунун себеби, көпүрөчө тиш протезинин тулкусун ээр сыяктуу жасалып, былжыр кабыкчаны басып койгондуктан ушундай оору пайда болгон.

Көпүрөчө тиш протезин жасаганда маани берилбеген ушундай клиникалык каталыктын натыйжасында бейтаптар канча кыйналууга дуушар болду жана протезди өз мөөнөтүнөн мурда кесип алууга туура келет. Ал тургай мындай көрүнүш залалдуу ооруларга да дуушар кылышы мүмкүн.

Демек, каптал жакка жасалган көпүрөчө тиш протезинин тулкусу былжыр кабыкчага тийбей туруусу зарыл, ал жерге тамак тыгылбай, чыгып, жуулуп туруу керек. Көпүрөчө протездин тулкусу мандай тиштер жок болгондо көпүрөчө протез жасалганда гана былжыр кабыкчага тийип туруу керек.

### **Адабият:**

1. *Амираев, У.А. Тиш салуунун техникасы / У.А. Амираев, Р.У. Амираев, Д.У. Амираева. – Бишкек: Бийиктик, 2009. – 479 с.*
2. *Амираев, У.А. Тиш катарынын кемтиктерин ортопедиялык дарылоо / У.А. Амираев. - Бишкек: Алтын Принт, 2015. – 169 с.*
3. *Гаврилов, Е.И. Ортопедическая стоматология / Е.И. Гаврилов, А.С. Щербаков. - М: Медицина, 1984. - 185 с.*
4. *Лебеденко, И.Ю. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. Практическая медицина / И.Ю. Лебеденко, В.В. Еричев, Б.П. Марков. – Москва, 2012. – 511 с.*
5. *Копейкин, В.Н. Ортопедическая стоматология / В.Н. Копейкин. - М: Медицина. – 512 с.*



**СИМУЛЬТАННОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЛЕВОЙ ПОЧКИ С ТАЗОВОЙ ДИСТОПИЕЙ  
(анализ клинического случая)**

**А.Т. Байгазаков, Н.А. Маманов, Усон уулу Б.**  
Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье рассмотрен случай успешного симультанного лапароскопического лечения больной с полиорганной аномалией внутренних органов (мультикистозная дисплазия левой почки с тазовой дистопией, однорогая матка) в сочетании с полипозом желчного пузыря и спаечной болезнью брюшной полости. Произведена симультанная лапароскопическая операция – адгезиолизис, холецистэктомия, нефрэктомия слева, тубэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационное стационарное пребывание больной составило 4 суток. Показана высокая диагностическая и лечебная эффективность лапароскопических технологий в симультанной хирургии.

**Ключевые слова:** мультикистозная дисплазия почки, симультанная операция, лапароскопия.

**ЖАМБАШ ДИСТОПИЯСЫ МЕНЕН СОЛ БӨЙРӨКТҮН МУЛЬТИКИСТОЗДУК  
ДИСПЛАЗИЯСЫН СИМУЛЬТАНДЫК ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО  
(клиникалык ишин талдоо)**

**А.Т. Байгазаков, Н.А. Маманов, Усон уулу Б.**  
Эндовидеохирургиялык борбору ЮРФА-Clinic,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макалада ички органдардын полиоргандык аномалиянын (жамбаш көндөйүндө жайгашкан сол бөйрөктүн мультикистоздук дисплазиясы, бир мүйүздүү жатын) өт баштыкчасынын полипозу жана ич көндөйүнүн жабышып калуу оорусу менен айкалышкан оорулууну симультандык лапароскопиялык дарылоонун ийгиликтүү байкоосу каралды. Симултандык лапароскопиялык операция – адгезиолизис, холецистэктомия, сол нефрэктомия, тубэктомия – жасалды. Операциядан кийинки мөөнөтү татаалдыксыз өттү. Оорулуунун операциядан кийинки бейтапканада жатуусу 4 сутканы түздү. Симултандык хирургияда лапароскопиялык технологиялардын дарт аныктоодо жана дарылоодо жогорку натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** бөйрөктүн мультикистоздук дисплазиясы, симултандык операция, лапароскопия.

**SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC TREATMENT OF MULTICYSTIC DYSPLASIA  
OF THE LEFT KIDNEY WITH PELVIS DYSTOPIA (analysis of clinical case)**

**A.T. Baigazakov, N.A. Mamanov, Uson uulu B.**  
Endovideosurgical center YURFA-Clinic,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** the article considers case of successful simultaneous laparoscopic treatment of a patient with multiple organ anomalies of internal organs (multicystic dysplasia of the left kidney with pelvic dystopia, unicorn uterus) combined with gallbladder polyposis and adhesive disease of the abdominal cavity. Simultaneous laparoscopic surgery was carried out - adhesiolysis, cholecystectomy, left nephrectomy, tubectomy. The postoperative period proceeded without complications. Postoperative inpatient stay of the patient was 4 days. High diagnostic and therapeutic efficacy of laparoscopic technologies in simultaneous surgery is shown.

**Key words:** multicystic kidney dysplasia, simultaneous operation, laparoscopy.

**Введение**

Врожденные аномалии развития внутренних органов – это стойкие патоморфологические изменения органа, выходящие за пределы нормальных анатомических вариаций и развивающиеся вследствие нарушения процесса эмбриогенеза [1].

Мультикистозная дисплазия почек является врожденной аномалией, при которой почечная паренхима замещается кистами различного размера. Данная аномалия в основном бывает односторонней; двусторонняя локализация отмечается в 20% случаев [2]. Форма и размеры кист при мультикистозе могут быть разнообразными,

стенки их состоят из фиброзной ткани с участками гиалиноза и кальциноза; между кистами располагается фиброзная и соединительная ткань. Мультикистозная почка характеризуется скудной клинической симптоматикой, выявляется случайно при обследовании, а также при УЗИ по поводу различных заболеваний, не относящихся к мочевой системе [1, 2].

В нашей клинической практике имеется одно наблюдение полиорганной аномалии внутренних органов, состоящей из мультикистозной дисплазии левой почки с тазовой дистопией и однорогой матки, сочетающейся со спаечной болезнью брюшной полости и полипозом желчного пузыря. В доступной нам литературе мы не встретили подобных случаев и решили поделиться данным интересным и редким клиническим наблюдением.

Больная Ш.С.Ш., 59 лет, история болезни №171-Х-39, госпитализирована в ЮРФА-Clinic 23.03.2015 г. для симультанного лапароскопического лечения с предварительным диагнозом «Цистаденома левого яичника. Полипоз желчного пузыря». В анамнезе пациентку беспокоили боли и увеличение живота за счет объемного образования брюшной полости в течение 5-6 лет. Прошла УЗИ 26.02.2015 г., определили кисту левого яичника. Рекомендовано оперативное лечение. В 2002 г. больная перенесла лапаротомию, овариоцистэктомию справа. Страдает сахарным диабетом 2 типа. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Общий кожный покров и склеры обычной окраски. АД 140/80 мм рт.ст. Пульс 76 в мин. Живот увеличен в нижнем отделе, участвует в дыхании, в надлобковой области имеется послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, болезнен в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 136 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты –  $6,0 \times 10^9/л$ , Л-39%, Н-53%, Э-2%, М-6%, тромбоциты –  $270 \times 10^9/л$ , СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд.вес – 1010, белок – 0,3 г/л, глюкоза - полож, лейкоциты – 5-8 в поле зрения, эпителий – 5-8 в поле зрения, эритроциты – отр, соли – оксалаты, бактерии – отр. Биохимический анализ крови: ПТИ – 90,4%, фибриноген – 4,880 г/л, протромбиновое время – 21 секунд, глюкоза крови – 14,26 ммоль/л, гликолизированный гемоглобин – 10,5%, АЛТ – 0,14 мккат/л, АСТ – 0,07 мккат/л, общий билирубин – 10,4 мкмоль/л, тимоловая проба – 4 Ед, креатинин –

70,28 мкмоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, амилаза крови – 70,7 Е/л, HBsAg – отр., anti-HCV-сум.а/тела – отр., сифилис сумм.а/тела – отр. РЭА – 3,46 нг/мл, СА-125 – 17,2 МЕ/мл, калий - 3,87 ммоль/л, натрий – 146,2 ммоль/л.

УЗИ: полип желчного пузыря, диффузные изменения печени, цистаденома малого таза больших размеров (10x11) мм, вероятно исходящую из левого яичника. Хронический пиелонефрит. Викарная гипертрофия правой почки. Вторично сморщенная левая почка.

МРТ: данные за неоплазму (цистаденому?) левого яичника с выстоянием в брюшную полость, субмукозная миома задней стенки матки. Состояние после операции цистэктомии справа.

26.03.2015 г. произведена симультанная лапароскопическая операция: адгезиолизис, холецистэктомия, нефрэктомия слева, тубэктомия.

Ход операции: через разрез в umbilical области в брюшную полость проведен 10-мм троакар и создан пневмоперитонеум в режиме 12 мм рт.ст. При ревизии в брюшной полости патологической жидкости не обнаружено, в нижнем этаже имеется висцеро-париетальный спаечный процесс. Желчный пузырь не увеличен, расположен свободно без спаек. Матка однорогая с аномальным отсутствием левого яичника и отклонена вправо. От матки ближе ко дну отходит единственная маточная труба. Правый яичник отсутствует (был удален в 2002 г.). В забрюшинном пространстве малого таза имеется солидное опухолевидное образование эластической консистенции с бугристой и дольчатой поверхностью, содержащее жидкость и достигающее в размере 10x9x6 см. Кистозное образование верхним полюсом доходит до корня брыжейки тонкой кишки, которая вместе с брыжейкой и сосудами интимно припаяна с образованием. Также единственная маточная труба была на всем протяжении припаяна к данному кистозному образованию. Произведена стандартная лапароскопическая холецистэктомия. Желчный пузырь эвакуирован через эпигастральный порт, который затем был ушит. Больная переведена в положение Тренделенбурга. Петли кишечника отведены краниально. Маточная труба отсечена от матки и мобилизована от брыжейки. Рассечена брюшина брыжейки тонкой кишки, послойно образование отделено от брыжейки и проходящих в ней сосудов. Произведена пункция кистозного образования, эвакуировано около 100 мл прозрачной жидкости. Дальнейшее выделение образования сопровождалось выраженным диффузным кровотоком из сосудов, питающих кистозное образование, его капсула васкуляризована, при тракции

легко рвется с развитием интенсивного кровотечения. С техническими трудностями образование мобилизовано. При этом обнаружена трубчатая структура, отходящая от образования и идущая в левое забрюшинное пространство. Рядом с этой трубчатой структурой находилась основная артерия. Трубчатая структура открывается в полость кистозного образования. Холангиостомической канюлей произведена ее канюляция, при этом канюля до конца свободно проходит по трубчатой структуре. Через нее введен раствор метиленового синего, но где она заканчивается выяснить не удалось. На трубчатую структуру наложены 2 клипсы и она отсечена. Произведено удаление кистозного образования. Макропрепарат эвакуирован в эндоконтейнере. Санация и контроль гемостаза. В малый таз подведен дренаж. Общая кровопотеря составила около 500 мл.

Гистологическое заключение №769-03-26/03-15: 1. Почка – поликистоз, кистозная дисплазия почечной ткани, олигомеганефрония, хронический пиелонефрит. 2. Хронический холецистит с холестерозом, железистые полипы желчного пузыря. 3. Маточная труба – огрубение ворсин, атрофия слизистой.



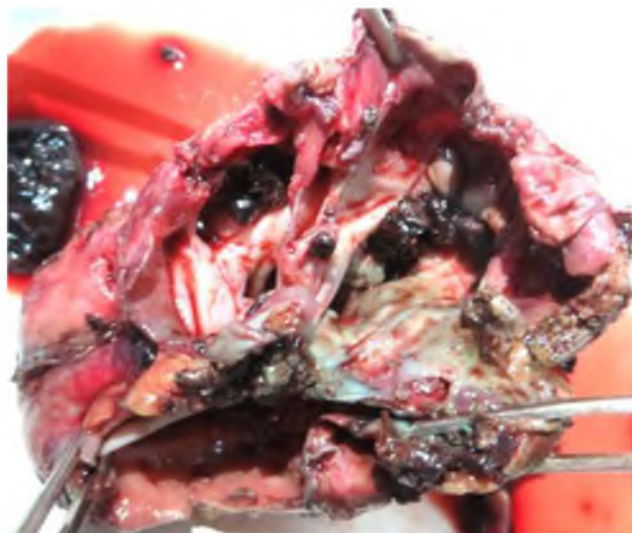
Рис. 1. Макропрепарат: мультикистозная дисплазия левой почки: множественные кистозные полости почечного синуса, с перегородками и истонченной паренхимой.

Большая до сих пор находится под нашим наблюдением. Состояние удовлетворительное,

### Результаты и обсуждение

При контрольном УЗИ патологии в брюшной полости не выявлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии через 4 суток после операции с заключительным клиническим диагнозом «Полиорганная аномалия. Мультикистозная дисплазия левой почки с тазовой дистопией. Викарная гипертрофия правой почки. Хронический пиелонефрит. Однорогая матка. Полипоз желчного пузыря. Хронический холецистит. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации».

При ретроспективном анализе данного клинического наблюдения необходимо уточнить, что вначале нам не было ясно, что это аномальная почка, которая была расположена забрюшинно в тазовой области и верхним полюсом доходила до корня брыжейки тонкой кишки. Подозрение, что это почка у нас появилось лишь в конце операции, когда нам удалось полностью выделить почку с трубчатыми структурами ее ворот, лигировать сосуды и мочеточник. Последний в виде трубчатой структуры отходил от образования в забрюшинное пространство. Правильной ориентации мешало также и то, что почка была подвергнута мультикистозной дисплазии (рис. 1).



жалоб не предъявляет. На рисунке 2 можно оценить косметический результат проведенной симультанной лапароскопической операции.



Рис. 2. Общий вид кожных ран больной (через неделю после операции)

#### **Заключение**

Приведенный клинический случай еще раз демонстрирует высокую эффективность лапароскопических технологий в симультанном оперативном лечении сочетанных патологий, в т.ч. и при полиорганных аномалиях.

#### **Литература:**

1. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. Киев. 1987: 416.
2. Крыганова Т.А., Длин В.В. Частота аномалий органов мочевой системы и функциональное состояние почек в зависимости от степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии* 2016; (3): 81-86.

**БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ - КАК ОДНА ИЗ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИИ  
В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА**

**Колбай уулу Э., М.К. Жаманкулова**

Кыргызская государственная медицинская академии им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье даны результаты лечения 4 больных с болезнью Фурнье. Это заболевание, при котором сохраняется высокий уровень летальности. Все больные были мужского пола, все они оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки и стабилизации состояния. Двое больных поступили в состоянии инфекционно-токсического шока. Умер один больной. Основным методом лечения болезни Фурнье остается хирургический метод.

**Ключевые слова:** Болезнь Фурнье, гнойно-септическое заболевание, инфекционно – токсический шок, некротизирующий фасциит, хирургическое лечение.

**ФУРНЬЕ ДАРТЫ – ХИРУРГДУН ИШ ТАЙЖРЫЙБАСЫНДАГЫ  
ЭЦ ООР ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН БИРИ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы  
Колбай уулу Э., М.К. Жаманкулова**

**Корутунду:** Макалада Фурнье дартына чалдыккан 4 бейтаптын дарылоо жыйынтыгы берилди. Бул дарттын кесепетинен өлүм деңгээли жогору сакталууда. Бейтаптардын баары эркектер болгон жана шашылыш түрдө операцияга алынган. Операцияга чейин бейтаптардын оор абалын турукташтыруучу даярдыктар өткөзүлгөн. Эки бейтап инфекциондук-токсикалык шок абалында бейтапканага түшкөн. Бир бейтап өлдү. Хирургиялык операция – Фурнье дартын дарылоодогу негизги ыкма.

**Негизги сөздөр:** Фурнье дарты, ириң-септикалык дарт, инфекциондук-токсикалык шок, некротизация фасциит, хирургиялык дарылоо.

**DISEASE FOURNIER AS ONE OF THE SEVERE FORMS OF INFECTIONS  
IN SURGERY PRACTICE**

**Kolbai uulu E., M.K. Zhamankulova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** The article presents the results of treatment of 4 patients with Fournier's disease. This is a disease with a high level of mortality. All patients were male; all of them were operated on emergency basis after the preoperative preparation and stabilization. Two patients enrolled in the state of infectious - toxic shock. One patient died. The main method of treatment of the disease Fournier is a surgical method.

**Keywords:** Fournier's disease, septic disease, infectious - toxic shock syndrome, necrotizing fasciitis, surgical treatment.

**Введение**

В последнее время отмечается рост обращений в хирургические стационары с редкими гнойно-воспалительными заболеваниями. Одним из них является гангрена Фурнье, которое впервые описал Жан Альфред Фурнье 1883 году. Это заболевание представляет собой разновидность некротизирующего фасциита, спровоцированного проктологическими, урологическими, дерматовенерологическими воспалительными заболеваниями.

В настоящее время под гангреной Фурнье подразумевается острая некротизирующая ин-

фекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области, распространяющуюся на переднюю брюшную стенку.

Точных данных о распространенности гангрены Фурнье нет, однако можно утверждать о том, что это заболевание чаще поражает мужчин, но в литературе также описаны случаи поражения женщин.

Этиология заболевания изучена недостаточно. Большинство авторов считают, что причиной развития гангрены Фурье служит инфекция, проникающая экзогенным путем в случае повреждения защитного барьера при заболеваниях

урогенитального тракта, колоректальной зоны, кожи наружных половых органов и промежности [1, 2, 3]. Часто у больных имеются факторы для развития гангрены Фурнье: сахарный диабет, хронический алкоголизм или состояние иммуносупрессии в случае применения кортикостероидов и химиотерапии у онкобольных [4, 5].

Диагностика и лечение гангрены Фурнье нередко затруднены из-за агрессивного и быстрого течения заболевания, низкой частоты встречаемости и неосведомленностью врачей о данной патологии. Летальность высокая - от 31 до 50%, в зависимости от площади поражения, при поражении тканей мошонки и полового члена - до 80% [6, 7].

Хотя, гангрена Фурнье описана ещё в XIX веке, это заболевание недостаточно изучено. В связи с учащением случаев гангрены Фурнье в хирургических стационарах возникла необходимость изучения данной патологии, что явилось причиной нашего исследования.

**Цель работы** – улучшить результаты лечения больных с гангреной Фурнье.

#### **Материалы и методы**

С 2013 по 2015 год в хирургических отделениях ГКБ №1 на стационарном лечении находились 4 больных, поступивших по экстренной хирургической службе. Все больные были мужского пола. Возраст их колебался от 42 до 56 лет. Давность заболевания до обращения в клинику варьировал от 4 до 16 суток.

У одного больного гангрена Фурнье развилась после вскрытия острого парапроктита в районной больнице, после развития осложнений больной переведен в Городскую клиническую больницу №1, это еще раз подтверждает о неосведомленности врачей о гангрене Фурнье. При обследовании больного выявлен сахарный диабет 2 типа, что является фактором риска развития данного заболевания. У остальных 3 больных связать возникновение заболевания с чем-либо не удалось, однако все они утверждали о появлении болезненности в перианальной области в начале заболевания. Исходя из этого, можно предположить, что гангрена Фурнье была осложнением острого парапроктита.

Всем больным при поступлении проведены общеклинические обследования (общий анализ крови и мочи, сахар крови, рентген ОГК, УЗИ внутренних органов).

#### **Результаты и их обсуждение**

Все больные при поступлении жаловались на интенсивные боли в области промежности, изменение цвета кожи мошонки, повышение температуры тела до 39°C.

При поступлении состояние всех 4 больных оценивалось как тяжелое, у 2 из них были признаки инфекционно-токсического шока тяжелой степени. Тяжесть состояния была обусловлена длительным токсикозом организма.

При обследовании больных были выявлены факторы риска – у одного имелся сахарный диабет, у одного – наркозависимость.

Уровень лейкоцитов в крови варьировал от 12,4 до 16,1x10<sup>9</sup>/л. У всех больных наблюдался нейтрофильный сдвиг лейкоформулы влево от 17% до 39%, в среднем 24,5%.

В связи с тяжелым состоянием больных, тяжелой интоксикацией всем больным до операции проведена предоперационная подготовка. Больным вливали кристаллоидные и коллоидные растворы, проводилась гемотрансфузионная терапия – свежезамороженная плазма, симптоматическая терапия, общий объем вливаемой жидкости доходил до 3,0 литров. После стабилизации состояния и гемодинамических показателей больных брали на операцию. Все больные оперированы в течение 2 часов от момента поступления, им проведено вскрытие гнойников с расширенной некрэктомией, под внутривенным наркозом. Во всех случаях, при вскрытии гнойников выделялось гнойное отделяемое со зловонным запахом, мышцы приобретали цвет «вареного мяса», при иссечении практически не кровоточили, поверхность и полость гнойника обрабатывали антисептическими растворами, двоим больным кроме обработки кислородосодержащими препаратами, проводили обработку 0,02 % раствором декаметоксина.

Антибактериальную терапию начинали уже до оперативного вмешательства. Всем больным назначена схема антибактериальной терапии цефтриаксон 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки, метрид 100,0 внутривенно капельно 2 раза в сутки, такая схема антибиотиков была достаточно эффективной и больные не нуждались в смене антибактериальной терапии.

Местное лечение всех пациентов включало перевязки, обработка растворами перекиси водорода 3%, ванночки в растворе перманганата калия, двоим больным проводили обработку раневой поверхности 0,02% декаметоксином. Необходимость повторных некрэктомий возникла у одного пациента, которое проводилось на 5-е сутки после операции из-за распространения гнойного процесса на медиальную поверхность бедра.

При посеве отделяемого из ран рост микрофлоры получен у 3 больных - у 1 больного выявлен *Streptococcus species*, у 1 - *Streptococcus viridians*, у 1 - *Proteus Reflgeri*.

После стабилизации состояния и наступления фазы грануляции одному больному на 41-е сутки после операции произведена реконструкция мошонки местными тканями. Двое больных еще не явились на повторный осмотр и пластику мошонки.

Умер один из 4 больных, что составило 25% летальности. Больной умер на 7-е сутки после операции, поступивший в стационар на 5-е сутки после начала заболевания в тяжелом состоянии с явлениями выраженной интоксикации и полиорганной недостаточности. Продолжительность стационарного лечения остальных 3 больных в среднем составила 14,7 койко-дня (от 12 до 18 суток).

В литературе уже имеются наблюдения с успешным лечением данной патологии, мы же приводим наблюдение больного с летальным исходом.

Больной Л., 51 года, госпитализирован в хирургическое отделение 14.09.15 с жалобами на боль в области мошонки, и заднего прохода, повышение температуры тела. Болел в течение 5 суток, перенаправлен в городскую клинику из районной больницы. Состояние больного тяжелое, температура тела 38°C, пульс 106 в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании, перитонеальных симптомов нет, физиологические отправления не нарушены. Ректальное исследование: на 3 см выше заднего прохода по передней стенке пальпируется инфильтрат, уходящий вверх, верхняя граница инфильтрата недостижима. Мошонка отечна, кожа ее гиперемирована, местами темно багрового цвета, особенно слева, при пальпации болезненна, отмечены крепитация, флюктуация. Лабораторно в общем анализе крови – лейкоцитоз  $17,7 \times 10^9/\text{л}$ , сахар крови – ммоль/л. Диагноз: Болезнь Фурнье; острый параректальный парапроктит. Сахрный диабет 2 типа. Больной опе-

рирован в неотложном порядке, под внутривенным наркозом произведено вскрытие гнойника, эвакуировано около 70 мл жидкого, зловонного гноя с гнилостным запахом, при дальнейшей ревизии затеки не обнаружены, мягкие ткани пропитаны гноем. Полость промыта 3% раствором перекиси водорода, 0,02 % раствором декаметоксина, дренирована резиновыми трубками. На фоне продолжающейся дезинтоксикационной терапии, применения антибиотиков широкого спектра действия и местного лечения состояние больного продолжало ухудшаться. Возник обширный некроз мягких тканей мошоночно-промежностно-ягодичной области с переходом на половой член и медиальную поверхность бедра. 17.09.15 под внутривенным наркозом произведена неотложная операция: ревизия гнойной полости мошоночно-промежностно-ректально-ягодичной области, обширная некрэктомия в пределах визуально неизмененных тканей, вскрытие флегмоны бедра, дренирование пельвиоректального гнойника. После операции во время перевязок производили этапную некрэктомию. Проводили перевязки с растворами перекиси водорода, декаметоксина, мазью левомеколь.

Наряду с местным лечением, больному активно проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, гемотрансфузионная терапия, вливали белковые препараты. Несмотря на все проводимые мероприятия по излечению от болезни Фурнье, больной умер на 7-е сутки после первой операции.

#### **Выводы:**

По нашим наблюдениям можно сделать вывод, что болезнь Фурнье до настоящего времени остается серьезным гнойно-септическим заболеванием, которое в нашей республике поздно диагностируется и больные поступают уже при развитии инфекционно-токсического шока. Позднее обращение обусловлено неосведомленностью врачей об этой патологии, а также самих больных. Это заболевание, при котором сохраняется высокий уровень летальности. В статье мы осветили основные аспекты этиологии, клинических проявлений и лечения болезни Фурнье, а также показали собственные результаты лечения данного заболевания. Необходимо помнить, что основным методом лечения болезни Фурнье остается хирургический, поэтому, чем раньше выполнена операция, тем больше шансов спасти больного.



**Литература:**

1. Diego Rodrigues E., Correias Gomez M.A., Martin Garcia B. et al. Fournier's gangrene after vasectomy // *Arch. Esp. Urol.* - 2000. - Apr.; 53 (3). - P. 275-278.
2. Gurdal M., Yucebas E., Tekin A. et al. Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gangrene. Analysis of 28 cases // *Urol. Int.* - 2003. - 70 (4). - P. 286-290.
3. Mejean A., Codet Y.P., Vogt B. et al. Fournier's gangrene involving all of the scrotum: treatment by multiple repeated surgical excisions, diversion colostomy, triple antibiotic therapy and postoperative intensive care // *Prog. Urol.* - 1999. - Sep.; 9 (4). - P. 721-726.
4. Kohagura K., Sesoko S., Tozawa M. et al. A female case of Fournier's gangrene in a patient with lupus nephritis // *Nippon Jinzo Gakkai Shi.* - 1998. - Jul; 40(5). - P. 354-358.
5. Tahmaz L., Erdemir F., Kibar Y. et al. Fournier's gangrene: report of thirty-three cases and a review of the literature // *Int. J. Urol.* - 2006. - 13 (7). - P. 960-967.
6. Гангрена Фурн'є: наш досвід лікування / О. О. Строй, В. В. Дмитрієнко, А. М. Мицик [та ін.] // *Урологія.* - 2004. - Т. 8, №3. - С. 79-82.
7. Yaghan R. J. Fournier's gangrene: changing fase of the disease / R. J. Yaghan, T. M Al-Jaberi, I. Bani-Hani // *Dis. Colon Rectum.* - 2000. - Vol. 43, N9. - P. 130.



**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ  
ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Н.Б. Табынбаев<sup>1</sup>, О.Б. Жуков<sup>2</sup>, С.П. Боровский<sup>1</sup>, Ж.Д. Жумагазин<sup>1</sup>,  
Н.Б. Малаев<sup>1</sup>, Т.А. Курманов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,  
г. Астана, Казахстан

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина  
– филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ,  
г. Москва, Россия

**Резюме:** В статье описаны результаты использования методики химиоэмболизации пациентам при раке предстательной железы. Была выполнена суперселективная химиоэмболизация простатических артерий нагружаемыми микросферами. Результаты лечения оценены через один месяц. Показана эффективность эндоваскулярных методов при лечении рака предстательной желез в виде восстановления самостоятельного мочеиспускания, уменьшение остаточной мочи, снижения простат специфического антигена.

**Ключевые слова:** предстательная железа, рак предстательной железы, эмболизация простатических артерий, химиоэмболизация.

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛДУУ ШИШИК УЧУРУНДАГЫ ПРОСТАТАНЫН  
АРТЕРИЯСЫНЫН ХИМИОЭБОЛИЗАЦИЯНЫН БИРИНЧИ ТАЖРЫЙБАСЫ**

**Н.Б. Табынбаев<sup>1</sup>, О.Б. Жуков<sup>2</sup>, С.П. Боровский<sup>1</sup>, Ж.Д. Жумагазин<sup>1</sup>,  
Н.Б. Малаев<sup>1</sup>, Т.А. Курманов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> «Онкология жана трансплантологиянын Улуттук илимий борбору»  
Астана ш., Казахстан

<sup>2</sup> Н.А. Лопаткин атындагы илим-изилдөө жана интервенциондук радиологиялык урология институту  
– МЗ РФ «Улуттук медицина-изилдөөлүк радиология борбору» ФГБУ филиалы.  
Москва ш., Россия

**Резюме:** Макалада простата безинин залалдуу шишик учурундагы бейтаптарга химиоэмболизация пайдаланган ыкмалар баяндалган. Простатанын артерияларга жүктөлгөн микросфералар менен суперселективдик химиоэмболизация аткарылды. Даарылонун жыйынтыгы бир айдан кийин бааланган. Эндоваскулярдык ыкмалардын өзү заара кылуу, зааранын калдыгы төмөндөгөнү, простата спецификалык антиген төмөндөгөнү түрдүү натыйжасы көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** простата беги, простата безинин залалдуу шишиги, простатанын артериялардын эмболизациясы, химиоэмболизация.

**THE FIRST EXPERIENCE OF CHEMOEMBOLIZATION OF THE PROSTATIC ARTERIES  
IN PROSTATIC CANCER**

**N.B. Tabynbaev<sup>1</sup>, O.B. Zhukov<sup>2</sup>, S.P. Borovsky<sup>1</sup>, ZH.D. Zhumagazin<sup>1</sup>,  
N.B. Malayev<sup>1</sup>, T.A. Kurmanov<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> National Scientific Center of Oncology and Transplantation",  
Astana, Kazakhstan

<sup>2</sup> Research Institute of Urology and Interventional Radiology named after N.A. Lopatkin,  
Moscow, Russia

**Summary.** The article describes the results of using the technique of chemoembolization to patients with prostate cancer. Was performed superselective chemoembolization of prostatic arteries loaded microspheres. The results of treatment were assessed one month. The efficiency of endovascular techniques in the treatment of prostate cancer in the form of recovery of spontaneous urination, decrease residual urine, and decrease in prostate specific antigen.

**Keywords:** prostate, prostatic cancer, prostatic artery embolization, chemoembolization.

**Введение**

Рак предстательной железы (РПЖ) наиболее распространенное злокачественное новообразование у мужчин. Тенденция к увеличению продолжительности жизни населения в развитых странах, современные диагностические медицинские технологии и результат работы скрининговых программ по ранней выявляемости злокачественных новообразований являются основными причинами прогрессивного прироста уровня заболеваемости РПЖ в индустриально развитых странах, в том числе и России, с достижением уровня заболеваемости более 30 на 100 тыс. мужского населения [1,2-4]. Пик заболеваемости РПЖ приходится на возрастную категорию 70-75 лет и выше. Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет и выраженная соматическая патология ограничивают использование радикальной простатэктомии и наружной лучевой терапии.

Оптимизация существующих и поиск новых малоинвазивных методов лечения, которые отличаются малой травматичностью, быстротой проведения, сокращением времени проведения или отсутствием необходимости анестезиологического пособия, а также позволяющих достичь максимальной эффективности и радикальности без существенного снижения качества жизни является одной из актуальных задач современной медицины. В последние годы отмечается повышенный интерес врачей различных специальностей к новой отрасли медицины – эндоваскулярной хирургии, называемой так же рентгенохирургией или интервенционной радиологией. Основа данного направления была заложена в 50-ые годы прошлого столетия С. Сельдингером, разработавшим методику чрезкожной пункции кровеносного сосуда с последующей его катетеризацией. Достоинствами эндоваскулярных вмешательств являются минимальная инвазивность, низкий операционный риск, сокращение времени восстановительного периода, отсутствие необходимости в проведении анестезиологического пособия, возможность проведения у пожилых людей и у пациентов с тяжелой соматической патологией. Первоначально использование эндоваскулярной эмболизации в урологической практике нашло свое применение при купировании опасных для жизни кровотечений из мочевого пузыря и предстательной железы (ПЖ). Эмболизация артерий ПЖ использовалась в течение многих лет для остановки кровотечения в связи с прогрессирующим РПЖ, а также для остановки кровотечения после операций на ПЖ [5-7,9]. В России группа из урологов и эндоваскулярных

хирургов впервые с положительным эффектом применила химиоэмболизацию при раке предстательной железы в 2015 г. [8]

Химиоэмболизация (ХЭ) – это инновационный метод лечения злокачественных новообразований различной локализации, сочетающий в себе эмболизацию артерии, питающей опухоль, эмболизирующим материалом, в состав которого введен противоопухолевый препарат.

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность проведения суперселективной рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации у пациентов с локализованным раком предстательной железы.

**Материал и методы**

В АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» в 2016 году была внедрена методика суперселективной химиоэмболизации простатических артерий при раке предстательной железы (РПЖ). Четверым пациентам при РПЖ была выполнена суперселективная химиоэмболизация простатических артерий, насыщаемыми микросферами MeritMedical (США) диаметром 50-120 мкм. Химиопрепаратом для проведения данной процедуры послужил доксорубицин в дозировке 50 мг. У двух из четырех больных с РПЖ была гормоно-резистентная форма. У трех пациентов был РПЖ Т3б NоMo стадии, у одного 2б стадии, гистологически верифицированы, число Глисона 7, 7, 8, 9. Все четверо имели затрудненное мочеиспускание, количество остаточной мочи было от 54 до 98 мл. У одного из них, по данным ультразвуковой сонографии, имелось выраженное расширение верхних мочевых путей. По данным ТРУЗИ, средний объем предстательной железы составил 63 см<sup>3</sup>. Средний уровень ПСА был 17 нг/мл.

Методика выполнения состояла из следующих этапов: производилась обработка операционного поля, использовался чаще правосторонний бедренный доступ. Проводилась местная анестезия места пункции, затем по методике Сельдингера производилась пункция и установка интродьюсера в артерию. Выполнялась брюшная аортография и серийная тазовая ангиография, после чего производилась селективная и суперселективная катетеризация и ангиография нижнепузырных артерий, с последующим выполнением химиоэмболизации (рис. 1-2). Нами использовались микросферы 50-120 мкм с доксорубицином. Завершающим этапом выполняли контрольную ангиографию, удаляли катетер из артерии и проводили гемостаз.

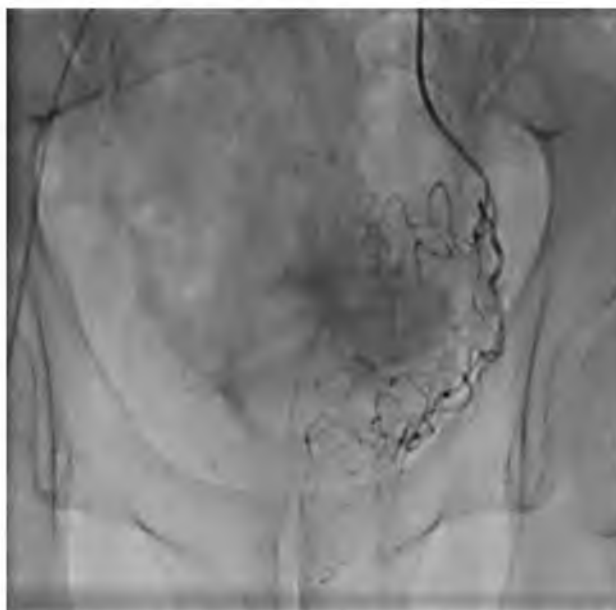


Рисунок 1. Пациент В., 68 лет. Рак предстательной железы 2б стадии. Суперселективная химиоэмболизация простатических артерий с левой стороны.

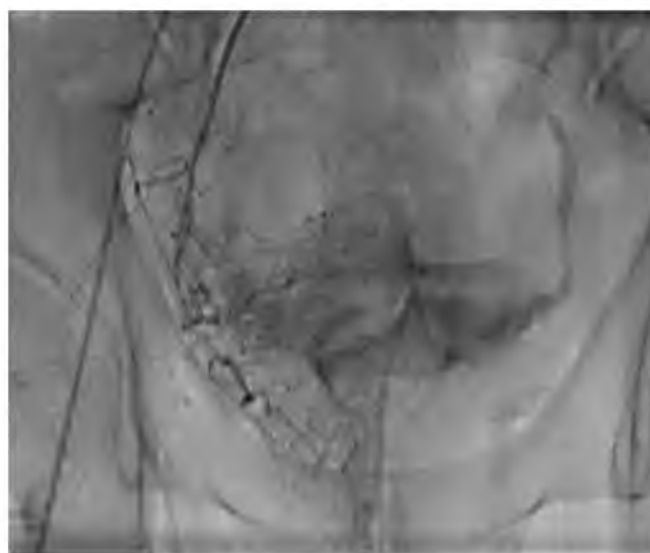


Рисунок 2. Пациент В., 68 лет. Рак предстательной железы 2б стадии. Суперселективная химиоэмболизация простатических артерий с правой стороны.

Все пациенты были выписаны на третий день после оперативного вмешательства. Все пациенты были приглашены на контрольный осмотр при РПЖ через один месяц после химиоэмболизации.

Результаты лечения оценивались по общему их состоянию, жалобам с оценкой симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS, уменьшению объема предстательной железы и количеству остаточной мочи. У больных с РПЖ определялся уровень ПСА в динамике.

#### Результаты

В раннем послеоперационном периоде у 2-х пациентов наблюдался умеренный болевой синдром, который был купирован после применения ненаркотических анальгетиков. В анализах крови никаких патологических сдвигов обнаружено не было. Место пункции в области установки интродьюсера в бедренную артерию у все пациентов было без каких-либо изменений.

Основные показатели результативности проведенной терапии больных с РПЖ до лечения и в динамике через 1 месяц после лечения представлено в виде таблицы.

Основные показатели результативности химиоэмболизации у пациентов с раком предстательной железы

Группы больных	Объем ПЖ, мм <sup>3</sup>		Количество остаточной мочи, мл		Уровень ПСА, нг/мл		IPSS баллы	
	до лечения	через 1 мес.	до лечения	через 1 мес.	до лечения	через 1 мес.	до лечения	через 1 мес.
РПЖ	63	38	76	50	17	5	10.2	5.8

При контрольном обследовании пациентов через 1 месяц после лечения установлено, что у всех пациентов, имеющих обструктивную симптоматику, отмечено улучшение мочеиспускания. Согласно шкале IPSS градиент уменьшения шкалы через 1 месяц после операции составил 37,4+3,6 %, индекс качества жизни L изменился и в среднем составил 3,2

У одного пациента с РПЖ с 2-х сторонним расширением верхних мочевых путей отмечено их значительное сокращение пиелозктазии с 3,8 см до 2,1 см. У всех пациентов количество остаточной мочи не превышало в среднем 50 см<sup>3</sup>. По данным контрольного ТРУЗИ объем предстательной железы уменьшился в среднем с 63 до 38 см<sup>3</sup>, что составило 43%.

#### Обсуждение

Проблема лечения пациентов с РПЖ, имеющих выраженную сопутствующую патологию и не подлежащих радикальному лечению и/или гормональной терапии, является актуальной в онкоурологии. На сегодняшний день таким пациентам предлагаются альтернативные методы лечения, такие как HIFU-терапия, криотерапия и радиочастотная абляция. Химиоэмболизация при РПЖ является довольно новым и эффективным методом лечения, расширяющими возможности медицинской помощи различным группам пациентов. Опыт химиоэмболизации при РПЖ показал эффективность и безопасность ее применения у пациентов, не подлежащих радикальному лечению.

Данные методики операций нуждаются в более широком применении среди пациентов, когда интеркурентные заболевания не позволяют выполнить радикальные операции по поводу РПЖ и его гормоно-рефрактерной форме. Перспективным направлением для применения этого метода должно являться лечение больных с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционно-анестезиологическим риском. В перспективе последующих многоцентровых исследований и увеличение наших знаний в этой области помогут ответить на вопрос о необходимости применения химиоэмболизации в ликвидации

продолженного роста и местного локального рецидива рака предстательной железы. Данные методики ведения больных можно рекомендовать для применения в клинической практике крупных урологических и многопрофильных лечебно-профилактических учреждений. Предварительные результаты и небольшое количество пациентов с коротким сроком наблюдения не дают оснований для окончательных выводов длительности и необходимости в повторных сеансах проведения химиоэмболизации при РПЖ, однако по мере накопления опыта можно будет представить четкий протокол ведения этой категории больных.

#### Заключение

На сегодняшний день методика химиоэмболизации в онкологии получила широкое распространение при лечении опухолей различной локализации. Это объясняется ее эффективностью, т.к. химиоэмболизация сочетает в себе механизмы регионарной химиотерапии и эмболизации питающих опухоль сосудов, ведущей к ишемии и некрозу пораженной ткани. Наш первый опыт химиоэмболизации при локализованном РПЖ показал эффективность и безопасность применения у пациентов, не подлежащих радикальному лечению.

#### Литература:

1. Jeong CW, Park YH, Ku JH, Kwak C, Kim HH. Minimally invasive management of postoperative bleeding after radical prostatectomy: transarterial embolization. *J Endourol.* 2010 Sep; 24(9): 1529-33.
2. Carnevale FC, Motta Leal Filho JM, Antunes AA, Cerri LM, Baroni RH, Marcelino AZ. Quality of life and symptoms relief support prostatic artery embolization for patients with acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia. // *J Vasc Interv Radiol.* 2012. Vol. 23, N. 3. P. 4.
3. JM Pisco, L.C. Pinheiro, T. Bilhim /Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia // *J. Vasc. Interv. Radiol.* - 2011. - Jan. - Vol. 22 (1). - P. 11-9.
4. F.C. Carnevale, A.A. Antunes, JM da Motta Leal Filho [et al.] / Prostatic artery embolization as a primary treatment for benign prostatic hyperplasia: preliminary results in two patients // *Cardiovasc. Interv. Radiol.* - 2010. - Vol. 33. - P. 355-361.

5. К.Г. Нотов, Г.В. Ким, А.Ю. Добряк, И.Д. Сазонова, И.А. Домахин, И.В. Ковров, И.М. Феликов. Результаты эмболизации артерий простаты – метода хирургического лечения доброкачественной гиперплазии простаты. // *Медицина и образование в Сибири*. 2015, №5.
6. Е.А. Яковец, А.И. Неймарк, А.А. Карпенко, Я.В. Яковец. Эмболизация артерий предстательной железы в лечении больных аденомой предстательной железы с высоким хирургическим риском // *Андрология и генитальная хирургия*. 2010. №1. С. 38-43.
7. Неймарк А.И., Тачалов М.А., Неймарк Б.А., Арзамасцев Д.Д., Торбик Д.В. Использование суперселективной рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации в лечении пациентов с локализованным раком предстательной железы: наш первый опыт. // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2016, №3.
8. Протокол ведения больных с рентгеноэндоваскулярной эмболизацией артерий предстательной железы при ее доброкачественной гиперплазии. О.Б. Жуков, В.А. Уколов, С.Н. Щербинин, В.М. Сниткин. *Андрология и генитальная хирургия* №2 2016. С. 46-54.
9. Gao YA, Huang Y, Zhang R, Yang YD, Zhang Q, Hou M, Wang Y. Benignprostatic hyperplasia: prostatic arterial embolization versus transurethral resection of the prostate-a prospective, randomized, and controlled clinical trial. *Radiology*. 2014; 270(3): 920-8.

**РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ  
ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Н.Б. Табынбаев<sup>1</sup>, Мантас Тракимас<sup>2</sup>, С.П. Боровский<sup>1</sup>, Н.Б. Малаев<sup>1</sup>,  
Ж.А. Абишева<sup>1</sup>, Д.Р. Оразбаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,  
г. Астана, Республика Казахстан

<sup>2</sup> «Вильнюсский онкологический центр»,  
г. Вильнюс, Литва.

**Резюме:** В статье на клиническом примере показана безопасность и эффективность радиочастотной абляции опухоли трансплантированной почки у пациента с хронической почечной недостаточностью.  
**Ключевые слова:** радиочастотная абляция, рак почки, трансплантация.

**RADIOFREQUENCY ABLATION OF MALIGNANT TUMORS  
OF THE TRANSPLANTED KIDNEY. A CLINICAL CASE**

**N.B. Tabynbayev<sup>1</sup>, Mantas Trakymas<sup>2</sup>, S.P. Borovskiy<sup>1</sup>, N.B. Malayev<sup>1</sup>,  
J.A. Abisheva<sup>1</sup>, D.R. Orazbayeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> "National scientific center of oncology and transplantation",  
Astana, Kazakhstan

<sup>2</sup> "Cancer center of Vilnius",  
Vilnius, Lithuania

**Summary:** In the article on clinical example demonstrates the safety and efficacy of radiofrequency ablation of tumors of the transplanted kidney in a patient with chronic renal failure.

**Key words:** radiofrequency ablation, kidney cancer, transplantation.

Заболеваемость раком почки в мире составляет приблизительно 150,000 случаев в год, что соответствует приблизительно 2% от всех злокачественных новообразований [1]. И занимает второе место по величине прироста абсолютного числа заболевших, при этом общее число вновь выявленных больных ежегодно увеличивается на 2% [2,3]. Во многом это результат широкого использования в клинической практике лучевых методов визуализации (КТ, МРТ), благодаря которым стали доступны раннему обнаружению опухоли малых размеров (стадии T1), бессимптомно протекающие у 50% пациентов [4,5].

Опухоль в трансплантате – достаточно редкое явление: по данным литературы распространенность колеблется в пределах 0,19–0,5% [6,7]. Еще в 1995 г. I. Penn отметил, что непосредственно на трансплантат приходится лишь 1/10 часть злокачественных опухолей почек у реципиентов, хотя в целом распространенность злокачественных новообразований (ЗНО) всех локализаций в этой группе выше [8]. Нередко новообразования почки диагностируются у пациентов, которым невозможно выполнение традиционной нефрэктомии или резекции почки и единственным методом лечения остаются динамическое наблюдение или паллиативная рентгенэндоваскулярная эмболизация. Однако, появление в последнее время

различных методик «разрушения» новообразований почки, позволило расширить показания к более радикальному лечению у данной категории пациентов. Одним из таких методов является радиочастотная абляция (РЧА).

В настоящее время в мировой практике накоплен некоторый опыт применения РЧА, к преимуществам которой, по сравнению с резекцией почки, относят небольшую травматичность, сохранение функции почки при наименьших показателях частоты развития осложнений, короткий период госпитализации малая инвазивность, сравнительно недорогое оборудование, хороший объективный терапевтический эффект, малый койко-день и практически отсутствие противопоказаний. Абляция – это методика прямого направленного разрушения тканей, которая достигается путем термического воздействия. В результате опухолевая ткань разогревается до температуры 90°C, при которой происходят необратимые изменения в клетках, и ткань некротизируется [9-11].

Целью нашей публикации было показать на клиническом примере безопасность и эффективность РЧА опухоли трансплантированной почки у пациента с хронической почечной недостаточностью.

В «Национальном научном центре онкологии и трансплантологии» был создан внутренний

протокол по лечению рака почки. При наличии противопоказаний к проведению хирургического лечения в объеме резекции почки или нефрэктомии, рекомендовано проведение минимально-инвазивного альтернативного лечения – радиочастотной абляции опухоли почки. С 2016 года было проведено 3 РЧА.

#### Клинический пример:

Пациентка Г., 1989 г.р., находилась на стационарном лечении с диагнозом: N18.8 ХБП 3 стадии (СКФ-56). Хронический пиелонефрит трансплантата, обострение. Состояние после трансплантации почки от живого донора (19.11.2015). ТХПН в исходе врожденной дисплазии почек, вторичного пиелонефрита, непрерывно-рецидивирующего течения.

В 3-х летнем возрасте при обследовании по поводу постоянного мочевого синдрома (лейкоцитурия) диагностирована врожденная дисплазия обеих почек. Постоянно лечится амбулаторно и стационарно. В 2000 году выявлена азотемия, пртериальная гипертензия. Со слов ухудшение состояния с середины 2015 года: нарастание интоксикационного, гипертензивного, отеочного синдрома и в ноябре 2015 г. диагностируется ТХПН, от проведения *заместительной поддерживающей терапии* пациентка отказалась. 19.11.2015 г. проведена трансплантация почки от живого донора. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана с нормальными показателями азотистого обмена. В последующем пациентка отмечает появление слабости, снижение аппетита, интенсивное выпадение волос, переменчивое настроение, при обследовании выявлялась постоянная лейкоцитурия.

Проведено исследование:

#### УЗИ и УЗДГ трансплантата почки:

Трансплантат почки в правой подвздошной области размером до 10,8x5,0 см, контур ровный, четкий. Паренхима толщиной до 2,0 см, кортикомедулярная структура дифференцирована, пирамидки до 1,0-1,2 см, подкапсульно на границе средне-нижней трети визуализируется округлое образование с ровным контуром повышенной эхогенности д. 1,6 см с признаками васкуляризации в ЦДК режиме.

ЧЛС расширена - чашечки до 1,0 см, лоханка до 1,6 см, мочеточник до 1,0-1,2 см - просвет гомогенный, в области устья мочеточника визуализация затруднена (мочевой пузырь не наполнен).

При цветном картировании васкуляризация и перфузия трансплантата выраженная, кровоток на дуговых и междольковых артериях сохранен.

ЛСК на уровне паренхиматозные артерии - 40-60 см/с.

ИР на уровне паренхиматозных артерии – 0,65-0,67.

Кровоток в области анастомозов и основных стволах почечной вены и артерии сохранен.

ЛСК почечной артерии на уровне ворот – 120 см/с, ИР - 0,50.

ЛСК в области анастомоза - до 350 см/с.

Заключение:

- Гиперэхогенное образование трансплантата почки.

- Уретеропиелокаликоектазия трансплантата.

- Допплер картина трансплантата почки в пределах допустимой нормы.

#### Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием 2016 г.

Эффективная доза – 12,7 мЗв.

Исследование выполнено по стандартной программе 1/1, 5/5 мм в/венным контрастным усилением (Ультравист 300 - 80мл).

Форма, положение печени не изменены, контуры ровные, плотность паренхимы печени +65-+67ед.Н., размеры не увеличены (19,3x11,8x15,6 см). Структура паренхимы печени однородная. Вне- и внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, стенки не изменены. Поджелудочная железа обычно расположена, размеры не увеличены, структура однородная. Окружающая поджелудочную железу клетчатка дифференцирована. Селезенка обычно расположена, не увеличена в размере (8,4x4, 6x8,7 см), структура паренхимы однородная. Визуализируется добавочная доля селезенки, размером 0,8x0,8 см. Надпочечники Y-образной формы, ножки дифференцированы, структура однородная.

Почки уменьшены в размерах (правая – 4,9x2,2 см, левая – 4,0x2,4 см), паренхима истончена местами до 0,3-0,5см. В подвздошной области справа отмечается трансплантированная почка, размером 12,0x7,2 см. Структура ее неоднородная, за счет субкапсулярного образования в среднем сегменте округлой формы с четкими контурами, размером 1,6x1,7x2,0 см, которое накапливает контраст, как и паренхима почки, и изоденсивна в отсроченную фазу.

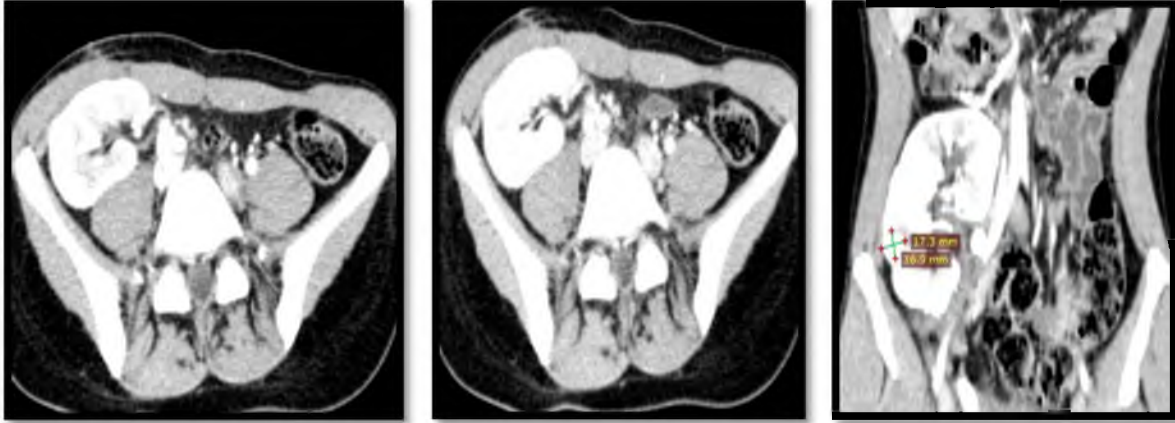
Также по нижнему полюсу трансплантированной почки по ходу мочеточника до мочевого пузыря выявляется обызвествленный участок неправильной формы, протяженностью 8,9 см, шириной 1,1 см, плотностью +230 ед.Н. Аналогичный участок обызвествления визуализируется под прямой мышцей живота, размером 0,5x0,7 см.



Брюшная аорта, чревный ствол и его ветви, почечные и брыжеечные артерии однородно заполняются контрастным веществом.

Патологической костной деструкции на исследуемом уровне не выявлено.

**Заключение:** КТ-признаки сморщенных почек, образования трансплантированной почки (онкоцитомы? с-г?), участки обызвествления подвздошной области справа.



По лабораторным и инструментальным методам обследования:

ОАК от 05.16 г: Нв-132 г/л, Лейк-6,0x10<sup>9</sup>/л; Эритроциты – 4,10, тромбоциты – 305, П4, С17, М15, Л64.СОЭ – 5 мм/ч.

ОАМ от 05.16 г: сол/желт, 1025, Белок, глюкоза – отр. Лейк – 0-1 в п/з. Пл.эпит – 0-1 в п/з.

Б/Х крови от 05.16 г: креатинин – 105, мочевина – 6,9, СРБ – отрицательно.

Коагулограмма от 16.05.16 г: АПТВ – 25,4, ПТВ – 9,8. Фибриноген А-2,1 г/л. РФМК -8,0, антиромбин III -125.

ИФА на маркеры гепатитов В, С №4189 от 05.2016г.: отрицательно.

ЭКГ от 17.05.16 г: Ритм синусовый с ЧСС 91 уд в мин. (не регулярный). Умеренные диффузные изменения миокарда.

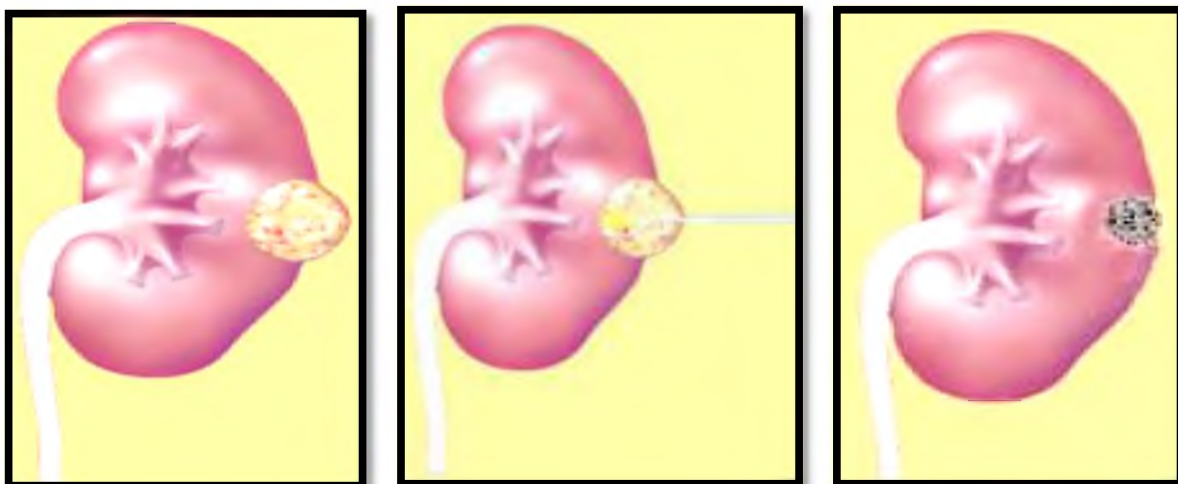
Р-графия ОГК от 05.2016 г: Признаки хронического бронхита.

Решением консилиума с учетом отсутствия абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству, пациентке решено провести оперативное лечение – РЧА образования трансплантированной почки.

05.16 г. – под УЗИ контролем произведена имплантация координационных маркеров в опухоль почечного трансплантата справа

05.16 г. произведена РЧА опухоли почечного трансплантата. Биопсия опухоли трансплантированной почки.

Схематично это выглядит так:





В отделении назначено: Цефтриаксон 1 г – 1 р/д + Физ. р-р 0,9% 100,0 в/в кап №5, кетотоп 2,0 мл в/м при болях.

**Гистологическое исследование от 05.2016 г.**

**Заключение:** Патоморфологическая картина соответствует светлоклеточной почечноклеточной карциноме почки, G 1 (M8310/3). Для верификации и дифференциальной диагностики со светлоклеточной аденомой рекомендуется иммуногистохимическое исследование.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Состояние на момент выписки.

На момент выписки состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм рт.ст. Т – 36,6 С. Живот мягкий, безболезненный. Мочепускание свободное, безболезненное.

По контрольным лабораторным данным перед выпиской (май 2016):

ОАК: Нв-120 г/л, Лейк-  $10,43 \times 10^9$ /л; Эр. – 3,95, тромбоциты- 211.

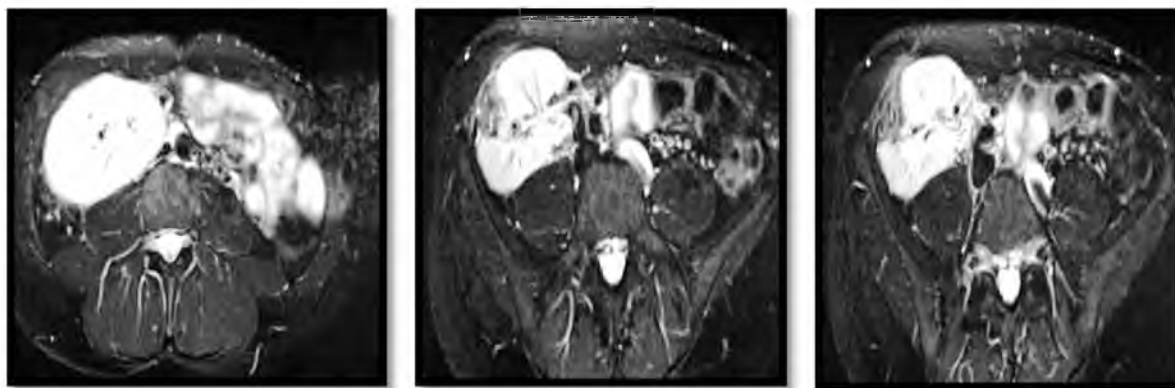
ОАМ: сол, проз, 1025, Белок – 0,20, глюкоза – следы, Лейк – 42 (0-39).

Б/Х крови: мочевины – 6,2 ммоль/л, креатинин – 94,0 мкмоль/л.

**Контрольная МРТ через 6 месяцев.**

Не показало видимых признаков рецидива или повторного роста опухоли в месте деструкции. Это подтверждает высокую эффективность методики, а так же качество проведения абляции.

**Заключение:** МРТ признаки не резко выраженных инфильтративных изменений трансплантата с отеком преимущественно коркового вещества.



Контрольные лабораторные данные от ноября 2016 г.

ОАК: Лейкоциты - 11.40, Гемоглобин - 126 г/л, Нейтрофилы - 46%, Палочкоядерные-5, Сегментоядерные - 41, Эозинофилы - 1, Моноциты - 10, Лимфоциты - 41, СОЭ - 35, Тромбоциты - 320, Миелоциты - 1.

ОАМ: Относит.плотность - 1015, Белок - отрицательно, Плоский эпителий - 1, Лейкоциты - 6, Эритро. неизменные - 0, Эритро. Измененные - 1, - Бактерии - 0.

Пациентка продолжает принимать циклоспорин - 80 (100 мг/сутки)

Таким образом РЧА можно рассматривать как безопасное и эффективное средство лечения небольших опухолей почки, особенно трансплантационной. По сравнению с радикальными методами лечения, РЧА приводит к более низкому уровню почечной недостаточности, при этом позволяя провести абляцию опухоли в достаточном объеме. В долгосрочной перспективе этот подход может стать одним из способов лечения

опухолей почки у пациентов с одной почкой и почечной недостаточностью.

**Заключение**

Данное наблюдение убедительно показывает, что эффективность метода радиочастотной абляции при лечении опухолей почек может быть достоверно высокой. На частоту некрозов опухолей почек при радиочастотной абляции влияет локализация и размеры опухолевых узлов, способ навигации, количество аппликаций и личный опыт интервенционного хирурга.

**Литература:**

1. Godley P., Kim S.W. Renal cell carcinoma // *Curr. Opin. Oncol.* – 2002. – Vol.14. – P.280-285.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году. // *Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН.* 2010. Т. 22, №3. С. 54-92.
3. Escudier B, Eisen T, Porta C, Patard JJ, Khoo V, Algaba F, Mulders P, Kataja V. Renal cell carcinoma: *ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis,*

- treatment and followup. // *Annals of Oncology*. 2012. Vol. 23, Supp. 7. P. 65–71.
4. Miller DC, Ruterbusch J, Colt JS, Davis FG, Linehan WM, Chow WH, Schwartz K. Contemporary clinical epidemiology of renal cell carcinoma: insight from a population based case-control study. // *J Urol*. 2010. Vol. 184, N6. P. 2254-2258.
  5. Sun M, Thuret R, Abdollah F, Lughezzani G, Schmitges J, Tian Z, Shariat SF, Montorsi F, Patard JJ, Perrotte P, Karakiewicz PI. Age-adjusted incidence, mortality, and survival rates of stage-specific renal cell carcinoma in North America: a trend analysis. // *Eur Urol*. 2011. Vol. 59, N 1. P. 135-141.
  6. Tillou X., Doerfler A., Collonb S., Kleinclauss F., Patard J.J., Badet L., Barrou B., Audet M., Bensadoun H., Berthoux E., Bigot P., Boutin J.M., Bouzguenda Y., Chambade D., Codas R., Dantal J., Deturmeny J., Devonec M., Dugardin F., Ferrière J.M., Erauso A., Feuillu B., Gigante M., Guy L., Karam G., Leuret T., Neuzillet Y., Legendre C., Perez T., Rerolle J.P., Salomon L., Sallusto F., Sénéchal C., Terrier N., Thuret R., Verhoest G., Petit J.; “Comité de Transplantation de l’Association Française d’Urologie (CTAFU)”. De Novo Kidney Graft Tumors: Results From a Multicentric Retrospective National Study. *Am. J. Transplant*. 2012;12:3308-3315.
  7. 2. Rouprêt M., Peraldi M N., Thaumat O., Chrétien Y., Thiounn N., Dufour B., Kreis H., Méjean A. Renal cell carcinoma of the grafted kidney: how to improve screening and graft tracking. *Transplantation*. 2004;77(1):146-148.
  8. 3. Penn I. Primary kidney tumors before and after renal transplantation. *Transplantation*. 1995; 59: 480-492.
  9. Chambade D., Meria P., Tariel E., Vèrine J., De Kerviler E., Peraldi M N., Glotz D., Desgrandchamps F., Mongiat-Artus P. Nephron sparing surgery is a feasible and efficient treatment of T1a renal cell carcinoma in kidney transplant: a prospective series from a single center. *J. Urol*. 2008;180(5):2106-2109.
  10. Gebauer B, Werk M, Lopez-Hänninen E, Felix R, Althaus P. //Radiofrequency ablation in combination with embolization in metachronous recurrent renal cancer in solitary kidney after contralateral tumor nephrectomy// *CardiovascInterv. Radiol*. 2007 Jul-Aug; 30(4): 644-9.
  11. Arima K, Yamakado K, Kinbara H, Nakatsuka A, Takeda K, Sugimura Y. //Percutaneous radiofrequency ablation with transarterial embolization is useful for treatment of stage 1 renal cell carcinoma with surgical risk: results at 2-year mean follow up.// *Int J Urol*. 2007 Jul;14(7): 585-90; discussion 590.

