

УРЕТРОПЛАСТИКА INLAY ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ГИПОСПАДИИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ОБЪЕКТИВНЫХ БАЛЛЬНЫХ СИСТЕМ HOPE- И HOSE-SCORE

© Р.Т. Батрутдинов^{1, 2}, С.В. Морозова¹, С.В. Александров^{1, 2},
П.Н. Поляков¹, Н.В. Жарова¹

¹ СПбГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины» (Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Цель исследования — внедрение балльных систем оценки результатов лечения уретропластики Inlay (graft tabularized incised plate urethroplasty) при первичной и повторной гипоспадии.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование вошли 40 пациентов с гипоспадией, прооперированных в период с 2010 по 2018 г. В группе с первичной гипоспадией (группа 1) было 18 (45 %) пациентов с неудовлетворительной уретральной площадкой и в группе с повторной гипоспадией (группа 2) — 22 (55 %) пациента. Возраст пациентов варьировал от 8 месяцев до 14 лет (в среднем 16 месяцев). Для оценки результатов лечения использовали модифицированные балльные системы HOPE-score и HOSE-score.

Результаты. Период наблюдения составил от 2 месяцев до 8 лет (в среднем 18 месяцев).

Осложнения в группе 1: кожно-уретральные свищи у 2 (11 %) из 18 пациентов. Других осложнений не было. Осложнения в группе 2: свищи уретры у 2 (9 %) из 22 пациентов; стриктура уретры в 1 (4,5 %) случае. Все осложнения успешно устранены. Общий процент осложнений составил в 1-й группе 11 % и во 2-й группе — 13,5 %.

Выводы. Уретропластика Inlay — эффективный метод коррекции при первичной и повторной гипоспадии, дающий хорошие косметические и функциональные результаты с низким уровнем осложнений. Использование балльной системы оценки HOPE- и HOSE-score позволяет более объективно валидизировать отдаленные и среднесрочные косметические и функциональные результаты операций при гипоспадии.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

© А.Г. Березной^{1, 2}, Ф.П. Кансаргин^{1, 3}, А.В. Ершов^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ (Красноярск);

² НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Красноярск ОАО «РЖД» (Красноярск);

³ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (Красноярск)

Больные с мочекаменной болезнью (МКБ) составляют 30–40 % пациентов с урологической патологией. При МКБ развиваются нарушения уродинамики, способствующие развитию вторичной инфекции. Бактериурия в послеоперационном периоде наблюдается у подавляющего большинства пациентов, оперированных по поводу МКБ. Частым осложнением также является развитие пиелонефрита, в 1–2 % случаев у пациентов развивается уросепсис и септический шок.

Цель исследования — определить особенности интегральных показателей общего анализа мочи в зависимости от выявленных инфекционных осложнений у пациентов с МКБ.

Материалы и методы. Обследовано 1240 пациентов, оперированных по поводу МКБ в НУЗ «До-

рожная клиническая больница» на ст. Красноярск в период с 2015 по 2017 г.

Оценку исследуемых параметров проводили на момент выявления наиболее тяжелого послеоперационного инфекционного осложнения. Критериями включения было наличие МКБ, подтвержденной лабораторными и инструментальными данными, выполнение оперативного лечения. Критерии исключения включали признаки присоединения вторичной инфекции мочевыводящих путей на момент поступления, инфекционные заболевания других локализаций, врожденный и приобретенный иммунодефицит, заболевания крови, онкологические заболевания в анамнезе, сахарный диабет. Возраст пациентов составил от 18 до 81 года, при этом медиана по возрасту — 50 (39; 66) лет. По полу пациенты

разделились следующим образом: женщин было 311 (25,1 %), мужчин — 929 (74,9 %). Выбор тактики оперативного лечения основывался на существующих Российских клинических рекомендациях (Москва, 2017). Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) была выполнена 589 пациентам, что составило $47,5 \pm 1,4$ %, перкутанная нефролитолапаксия — 344 пациентам ($27,7 \pm 1,3$ %), контактная уретеролитотрипсия — 307 пациентам ($24,8 \pm 1,2$ %). Пациенты, подвергшиеся другим видам оперативного лечения, не были включены в исследование.

Результаты. Среди инфекционных осложнений послеоперационного периода у пациентов с МКБ выделяют бактериурию при неинфицированных конкрементах, серозный пиелонефрит, гнойный пиелонефрит и уросепсис. У 149 (12,0 %) пациентов в послеоперационном периоде были отмечены те или иные инфекционные осложнения. Наиболее часто встречалось такое осложнение послеоперационного периода, как бактериурия при неинфицированных конкрементах, — 7,4 % от общего числа пациентов. Вторым по частоте инфекционным осложнением было развитие серозного пиелонефрита — 2,7 % от общего числа пациентов. Гнойный пиелонефрит был выявлен в 1,4 % случаев. Уросепсис является наиболее грозным инфекционным осложнением и развился в 0,5 % случаев.

Среди послеоперационных осложнений инфекционного характера преобладало развитие бактериурии на фоне неинфицированных конкрементов. Данное осложнение не сопровождается интоксикацией и снижением реактивности организма. Общий анализ мочи при развитии бактериурии на фоне неинфицированных конкрементов практически не отличался от нормального. Удельный вес мочи был равен 1,019 (1,015; 1,022) г/л, $p = 0,729$, при этом отмечали незначительное количество белка в моче — 0,12 (0,06; 0,16) г/л, $p = 0,660$. Уровень лейкоцитов в моче превышал

нормальные значения и составлял 5 (3; 7) в поле зрения, $p = 0,043$. Однако помимо бактериурии выявлялась лейкоцитурия, свидетельствующая о развитии местного воспалительного процесса.

У пациентов с серозным пиелонефритом удельный вес мочи был равен 1,014 (1,006; 1,019) г/л, $p = 0,403$, что соответствовало норме. При анализе мочи этой группы пациентов было обнаружено значительное содержание белка 0,49 (0,37; 0,91) г/л, $p < 0,001$, и большое число лейкоцитов 22 (16; 37) в поле зрения, $p < 0,001$. Отмечалась также эритроцитурия — 12 (7; 17) в поле зрения, $p < 0,001$. При этом моча пациентов сохраняла прозрачность. В этой группе пациентов также преобладали оксалатные камни — $91,18 \pm 4,86$ % (31) пациентов. рН не отличался от нормальных значений — 5,4 (4,3; 7,2), $p = 0,782$.

При гнойном процессе удельный вес мочи не снижался и составлял 1,009 (1,004; 1,013) г/л, $p = 0,554$. В этой группе больных была выявлена протеинурия свыше 1 г/л. Пиурия — лейкоциты сплошь в поле зрения. Кроме того, наблюдали эритроцитурию, сравнимую с показателями других групп, — 15 (12; 21) в поле зрения. На фоне выраженной протеинурии и пиурии моча была мутной. Кроме того, отмечали увеличение рН в щелочную сторону — 7,8 (7,3; 8,5), $p < 0,001$. В этой группе пациентов также чаще выявляли оксалаты в моче — $88,24 \pm 7,81$ % (15) случаев.

При уросепсисе происходило снижение удельного веса мочи, нарастание протеинурии, наблюдались пиурия и ощелачивание мочи.

Заключение. Выявленное рутинными методами снижение реактивности организма на фоне интоксикации при развитии инфекционных осложнений в послеоперационном периоде у пациентов с МКБ свидетельствует о перспективах дальнейшего изучения иммунологических механизмов патогенеза развития этой патологии и поиска факторов риска для прогнозирования и профилактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАТИЛЕНА АЦ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

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

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

Введение. Одной из важных особенностей обследования пациентов сексологического профиля является скудность выявляемых патологических изменений, а иногда их полное отсутствие. В практике не только сексопатолога, но и уролога, андролога, эндокринолога, психиатра, клинического фармаколога имеется постоянная потребность в ко-

личественной оценке состояния мужской копулятивной функции (МКФ) и степени ее нарушений. В 1998 г. О.Б. Лораном и А.С. Сегалом была предложена шкала оценки МКФ (шкала МКФ). Шкала МКФ позволяет не только выявить сексуальное нарушение, но и осуществить его структурный анализ, а также оценить интегральное влияние лечения