

мочевыводящих путей за счет использования различных сегментов ЖКТ.

Материалы и методы. С 1998 по 2019 г. реконструкция мочевыводящих путей различными сегментами ЖКТ выполнена 502 пациентам. Мужчин среди них было 197 (39,3 %), женщин — 305 (60,7 %). Возраст больных колебался от 18 до 82 лет и в среднем составил $68,2 \pm 6,5$ года. Показаниями к восстановлению мочевыводящих путей различными отделами ЖКТ были рак мочевого пузыря, микроцистис, протяженные стриктуры мочеоточника различного генеза. Цистэктомия с заместительной цистопластикой произведена 283 пациентам. Среди них у 234 использовали сегменты подвздошной кишки, у 25 — сигмовидной и у 24 выполнена гастростомопластика. Одновременное замещение мочеоточников и мочевого пузыря сегментами подвздошной кишки произведено 55 больным. Заместительная пластика мочеоточников произведена 164 (32,7 %) пациентам. Она выполнена в виде илеоуретеропластики (134), аппендикоуретеропластики (26) и сигмоуретеропластики (4).

Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения развились у 106 (21,1 %) больных. Основным осложнением, не связанным с методом деривации, была спаечная кишечная непроходимость, которая возникла у 27 (5,4 %) пациентов. Летальный исход наступил в 10 (2,0 %) случаях после радикальной цистэктомии. Поздние осложнения развились у 83 (16,5 %) больных. Результаты повторных операций были успешными.

Заключение. Рациональное использование сегментов ЖКТ в восстановительной хирургии мочевыводящих органов дает возможность избавить пациентов от мочевого свища и добиться хороших функциональных результатов у большинства оперированных. Изолированный сегмент подвздошной кишки является наиболее часто используемым и универсальным пластическим материалом для замещения любого дефекта мочевых путей. Наиболее грозные осложнения развиваются, как правило, в раннем послеоперационном периоде, в связи с чем данная операция должна выполняться в специализированных клиниках, имеющих большой опыт подобных вмешательств.

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

© *Б.К. Комяков¹, Е.С. Шпиленья¹, О.О. Бурлака², К.С. Пешехонов²*

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² СПбГБУЗ «Городская Александровская больница» (Санкт-Петербург)

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является частой причиной симптомов нижних мочевых путей (СНМП), острой задержки мочи у мужчин пожилого возраста и оказывает значительное влияние на их качество жизни (QoL). Проведенные в нашей стране эпидемиологические исследования указывают на то, что СНМП, обусловленные развитием ДГПЖ, встречаются у 40–80 % мужчин в возрасте от 50 до 85 лет. Риск сопутствующих заболеваний и количество одновременно используемых лекарственных препаратов растет экспоненциально с возрастом, что определяет сложность эффективного консервативного лечения предстательной железы. Только 20–30 % пациентов через год после начала медикаментозной терапии ДГПЖ продолжают прием альфа-блокаторов, комбинированной терапии придерживается всего 10–15 %. Тяжелая артериальная гипертензия,

инфаркт миокарда, заболевания печени и почек, сахарный диабет или наличие кардиостимулятора служат значительными ограничениями для выполнения трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП). Трансуретральная биполярная энуклеация предстательной железы (ТУЭБ) выступает эффективной альтернативой ТУРП в лечении инфравезикальной обструкции, вызванной ДГПЖ любых размеров. В последние десятилетия плазмокинетическая энуклеация простаты наравне с гольмиевым лазером все чаще используется в качестве безопасного и эффективного хирургического метода лечения ДГПЖ независимо от размера простаты. По-прежнему мало известно о влиянии возраста и сопутствующих заболеваний на эффективность процедуры ТУЭБ.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 65 пациентов, которым выполняли ТУЭБ в урологическом отделении СПбГБУЗ

Таблица

Характеристика пациентов до и после выполнения трансуретральной биполярной энуклеации предстательной железы

Показатель	До операции	После операции (6 мес.)
IPSS, баллы	23,4 ± 4,93	6,3 ± 1,5
QoL, баллы	4,57 ± 0,67	1,95 ± 0,6
Q _{max} , мл/с	6,6 ± 1,7	20,1 ± 3,9
ООМ, мл	152 ± 91	15,1 ± 4,8

«Городская Александровская больница» в период с декабря 2017 по сентябрь 2018 г. Средний возраст пациентов составил $68,2 \pm 5,1$ года. Объем предстательной железы перед операцией составил $100,8 \pm 41,2$ см³. Через 6 месяцев после операции проводили оценку показателей IPSS, QoL, урофлоуметрии с обязательным измерением уровня объема остаточной мочи. При проведении исследования учитывали длительность операции, время дренирования мочевых путей уретральным катетером, срок нахождения пациента в стационаре, а также интра- и послеоперационные осложнения.

Результаты. Время оперативного вмешательства от введения резектоскопа с инструментом до установки уретрального катетера составило $79,1 \pm 3,1$ мин. До операции и через 2 дня после нее осуществляли контроль показателей гемоглобина: до операции — $142,9 \pm 12,9$ г/л, после операции — $132,2 \pm 15,8$ г/л. Ни одному из про-

оперированных пациентов не понадобилась гемотрансфузия в послеоперационном периоде. Время нахождения уретрального катетера составило $67,8 \pm 34$ ч (2–3 дня). Количество проведенных койко-дней в стационаре составило $8,3 \pm 3,3$ дня. Среди возникших осложнений на послеоперационном этапе отмечены острая задержка мочи — у 2 (3 %) и инфекционно-воспалительные (острый пиелонефрит) — также у 2 (3 %) пациентов, которые были разрешены в условиях стационара. После удаления уретрального катетера временное недержание мочи было у 6 (9,2 %) больных. В отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев) стойкое недержание мочи оставалось у 1 пациента. У 1 (1,5 %) больного сформировалась стриктура мембранозного отдела уретры.

Выводы. В результате исследования установлено, что ТУЭБ является эффективным и безопасным методом лечения ДГПЖ с минимальным количеством осложнений у пожилых пациентов.

ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ МИКРОЛИТИАЗ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

© И.А. Корнеев^{1, 2}, Р.Д. Зассеев², К.В. Шабудов¹, А.А. Гринина¹, А.А. Алоян¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² АО «Международный центр репродуктивной медицины» (Санкт-Петербург)

Введение. Тестикулярный микролитиаз (ТМ) у бесплодных мужчин может быть признаком карциномы *in situ* яичка. Данные о его распространенности противоречивы, не существует общепризнанного алгоритма диагностики и лечения.

Цель — изучить распространенность и предложить алгоритм диагностики и лечения бесплодных мужчин с ТМ.

Материалы и методы. Сделан ретроспективный анализ материалов клинического обследования 143 мужчин в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст — $34 \pm 7,8$ года), обратившихся в Международный центр репродуктивной медицины (МЦРМ) по поводу бесплодия в браке. Всем пациентам проводили обследование со-

гласно клиническим рекомендациям Российского общества урологов: в дополнение к сбору анамнеза и физикальному обследованию выполняли спермограмму с учетом требований ВОЗ (2010), проводили анализ уровней ФСГ и тестостерона крови, а также УЗИ органов мошонки. В зависимости от полученных результатов планировали дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия.

Результаты. Обращение в специализированный центр происходило в среднем через $3,3 \pm 3,2$ года после начала попыток зачатия. Девять (6,3 %) пациентов ранее перенесли оперативные вмешательства по поводу крипторхизма. Азооспермия, олигозооспермия, астенозооспермия и тератозоо-