



Рис. 1. Параметр KAPLEE подчиняется закону нормального распределения

Предлагаем использовать «калиевый параметр лабораторного анализа, определяемый в эякуляте (KAlium Parameter of Laboratory analysis, Evaluating in Ejaculate — KAPLEE)». KAPLEE (произносится «капли») представляет собой концентрацию иона калия (K^+), измеряемую потенциометрическим методом в 42 мл водного раствора, который содержит 1 мл эякулята, 39 мл дистиллированной воды и 2 мл специального буферного раствора. Последовательность действий при измерении концентрации иона калия по методу KAPLEE проста. В пластиковом одноразовом стакане объемом 60 мл приготавливается 42 мл изучаемой пробы. После этого в изучаемую пробу погружается электродная пара. Выполняется последовательное нажатие клавиш на приборе «Эксперт-001» в соответствии с инструкцией по проведению измерений.

В ходе нашей работы было проведено изучение параметра KAPLEE у 77 добровольцев, которые не предъявляли каких-либо жалоб. Ниже представлена характеристика вариационного ряда по параметру KAPLEE (в мкмоль/л). Средняя арифметическая, мода и медиана совпадали и равнялись 770, дисперсия — 2373, стандартное отклонение — 49, 25-й перцентиль — 737, 75-й перцентиль — 800. Коэффициент вариации V_v составил 6,3 %, что

свидетельствует о количественной однородности рассматриваемой совокупности. Вышеприведенные статистические показатели указывают на нормальное распределение параметра KAPLEE. Кроме того, для четкого установления нормальности распределения KAPLEE использован критерий д'Агостино. Факт соответствия параметра KAPLEE закону нормального распределения дает возможность представить его графически (рис. 1).

Общепризнанным правилом медико-биологической статистики является то, что чем менее вариабелен показатель, тем информативнее он для исследователя и клинициста, так как небольшая межиндивидуальная вариация позволяет намного эффективнее выявлять изменение показателя под влиянием различных факторов. В соответствии с «правилом трех сигм» вероятность, что в единичном измерении нормально распределенное случайное значение параметра KAPLEE будет находиться в интервале от $\bar{x} - 3\sigma$ до $\bar{x} + 3\sigma$, равна 0,9973. На этом основании нами была разработана и предложена в клиническую практику номограмма KAPLEE. В настоящее время обсуждается ее диагностическое и прогностическое значение при лечении пациентов с хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией простаты.

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.А. БАРАНОВА» Г. ПЕТРОЗАВОДСКА

© В.А. Малышев¹, А.И. Гусева², Р.Н. Симанов², Н.П. Зотова², А.А. Кононченко², Е.В. Малышев², А.И. Фетюков¹, О.И. Ковчур¹, А.П. Цицюра¹, П.И. Ковчур¹

¹ ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» (Петрозаводск);

² ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» (Петрозаводск)

Мочекаменная болезнь (МКБ) — одно из самых распространенных урологических заболеваний, возникающее в результате сочетания как

эндогенных, так и экзогенных факторов и проявляющееся образованием конкрементов. Существуют различные методы лечения МКБ. Наибо-

лее распространенный из них — дистанционная литотрипсия (ДЛТ), представляющая собой нехирургический метод разрушения камней в мочевой системе при помощи ударных волн направленного действия.

Цель исследования — оценить результаты ДЛТ в урологическом отделении ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А.Баранова» г. Петрозаводска.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов, которым выполнялась дистанционная литотрипсия в течение 5 лет с 2013 по 2018 г. Для оценки результатов были отобраны пациенты с камнями в почках, мочеточниках и мочевом пузыре диаметром до 1,5–2 см вне зависимости от длительности нахождения камня в мочевых путях и плотности камня. Были проанализированы истории болезни 1750 пациентов, из них 688 (39 %) мужчин и 1062 (61 %) женщины. Возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет. Средний возраст составил 44,9 года.

Пациентов с камнями в чашечно-лоханочной системе было 969 (55,4 %), с конкрементами в мочеточниках — 769 человек (43,9 %). Среди последних 527 (68,5 %) пациентов имели камни в верхней трети мочеточника, 171 (22 %) — в средней трети и 71 (9,5 %) — в нижней трети мочеточника. Пациентов с конкрементами мочевого пузыря было 12 человек (0,7 %). ДЛТ проводили на литотрипторе Modulit – SLK. Среднее время дробления занимало от 15 до 20 минут, среднее число «ударов» составило 4000, мощность колебалась от 60 до 90 Вт.

Результаты исследования. После первого сеанса ДЛТ фрагментация камня возникала при дроблении в чашечно-лоханочной системе у 582 пациентов (61 % от всех сеансов ДЛТ в почках), в верхней трети мочеточника — у 237 пациентов (44 % из всех ДЛТ в мочеточнике), в средней и нижней третях мочеточников — у 48 пациентов (20 %), в мочевом пузыре — у 1 пациента (9 %).

Примерно в 61 % случаев потребовались повторные сеансы ДЛТ, максимальное число — 3 сеанса. У 173 пациентов (22 %) с камнями в мочеточниках и в мочевом пузыре ДЛТ оказалась неэффективной, что потребовало в дальнейшем выполнения контактной литотрипсии или оперативного удаления конкрементов. Средний койко-день составил 2,2 дня.

У одного пациента после повторной ДЛТ камня лоханки возникла подкапсульная гематома. Было выполнено ее успешное дренирование под УЗ-контролем, пациент выписан с выздоровлением. У 58 больных (3,3 %) после камнедробления возникло обострение пиелонефрита, потребовавшее стентирования лоханки и проведения антибактериальной терапии с хорошим эффектом.

Выводы. ДЛТ обеспечивает быстрое, надежное и безопасное разрушение камней в мочевыводящих путях. Метод наиболее эффективен для дробления камней чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника. Преимуществами данного метода являются низкий процент осложнений и быстрая реабилитация пациентов после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *Е.В. Малышев¹, В.А. Малышев², А.И. Фетюков², П.И. Ковчур², О.И. Ковчур², А.П. Цицора²*

¹ ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» (Петрозаводск);

² ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» (Петрозаводск)

Введение. Рак предстательной железы занимает второе место среди причин смерти от злокачественных опухолей у мужчин старше 50 лет, уступая только раку легкого. Мультифокальная биопсия предстательной железы является ведущим методом диагностики рака простаты. Преимущественно она проводится трансректальным доступом. Целью исследования была оценка эффективности и безопасности трансперинеальной мультифокальной биопсии предстательной железы.

Материалы и методы. В урологическом отделении ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Ба-

ранова» с 2014 по 2018 г. проведена 541 биопсия простаты. Критериями для выполнения мультифокальной биопсии считали увеличение ПСА выше 4 нг/мл, данные пальцевого ректального исследования, специфические очаговые изменения предстательной железы при лучевых методах исследования. Все пункции выполнены одним специалистом трансперинеальным доступом в 10–12 точках с использованием автоматической биопсийной системы BARD Magnum, одноразовых биопсийных игл 16 G с длиной среза 22 мм. Ультразвуковое наведение осуществляли с ис-