

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЯКУЛЯТА В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

© А.Э. Талышинский¹, П.С. Кондрашкин¹, О.А. Крылов¹, И.А. Корнеев^{1, 2}

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. Любые изменения показателей эякулята необходимо учитывать при применении донорской спермы в программах вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время данные о суточной вариабельности показателей спермы недостаточны и весьма противоречивы.

Цель исследования — определить наличие вариабельности показателей эякулята в течение суток.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 1252 образцов спермы, сданных в Международном центре репродуктивной медицины 39 донорами. После обработки данные были распределены в зависимости от времени сдачи на две группы: 1-я группа — образцы, сданные в промежутке с 9:00 до 15:00, 2-я группа — образцы, полученные в интервале с 15:01 до 21:00.

Результаты. Определены различия показателей эякулята между двумя группами образцов. Образцы, полученные в промежутке с 15:01 по 21:00 (2-я группа), имели больший объем ($2,9 \pm 1,2$ и $3,3 \pm 1,1$; $p < 0,0001$), большее количество как всех сперматозоидов ($410,2 \pm 167,4$ и $449,6 \pm 173,9$; $p = 0,0003$), так и активно-подвижных ($267,9 \pm 114,5$ и $280,7 \pm 117,4$; $p = 0,078$), при этом показатели общей концентрации сперматозоидов ($145,7 \pm 45,2$; $p = 0,043$) и концентрации активно-подвижных сперматозоидов ($65,4 \pm 9,8$ и $62,5 \pm 10,3$; $p < 0,0001$) были выше в 1-й группе.

Выводы. Таким образом, данные указывают на наличие суточной вариабельности показателей эякулята, которую необходимо учитывать при использовании донорской спермы в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ВО ФТИЗИОУРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

© М.Н. Тилляшайхов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, С.К. Алижонов, О.А. Салимов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент, Республика Узбекистан)

Большую сложность в дифференциально-диагностическом плане представляет мочеполовой туберкулез (МПТ). МПТ — один из самых частых мистификаторов среди заболеваний органов мочевой системы. Клиника этого заболевания весьма полиморфна. Специфическим для нее является лишь обнаружение микобактерий в моче. Патогномоничных клинических признаков у туберкулеза почек нет. У многих больных он длительно протекает под маской хронического пиелонефрита, МКБ, цистита, хронического простатита, опухоли почек и др.

Для дифференциальной диагностики МПТ и объемных образований мочеполовой системы применяют широкий арсенал лучевых методов исследования — УЗИ, КТ, МРТ.

При этом число диагностических ошибок может варьировать от 24 до 91,5 % (Грунд В.Д., 1975;

Клещев С.Н., 1986; Benchekroun A. et al., 1987; Gong Y. et al., 2003).

Нами проведен ретроспективный анализ расхождений диагнозов. За 7-летний период (2007–2013) в урологическую клинику нашего центра поступило 1962 пациента с диагнозом направления — «мочеполовой туберкулез». Из них у 421 (21,5 %) больного туберкулез был исключен. При этом у 76 (3,8 %) пациентов выявлена онкопатология мочеполовой сферы (рак почки, мочевого пузыря, предстательной железы и яичка). Диагноз был верифицирован на основании лучевых исследований, эндоскопической картины и гистологического заключения биоптатов и макропрепаратов удаленных органов и тканей.

Таким образом, клинические проявления туберкулеза МПС не имеют специфической картины

и его необходимо дифференцировать с различными заболеваниями, в том числе и с онкоурологической патологией. У 3,8 % пациентов, поступивших

во фтизиоурологическое отделение, диагностируют онкологические заболевания мочеполовой системы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© *М.Н. Тилляшайхов, Н.Н. Парпиева, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, С.Р. Набиев*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент, Республика Узбекистан)

Цель исследования — анализ результатов различных радикальных хирургических вмешательств при лечении инвазивной формы рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 65 больных раком мочевого пузыря в стадии T2-4aIо-1Mo, получивших лечение в отделении урологии ТашГОД и урогенитального туберкулеза РСНПМЦФиП с 2008 по 2013 г. Средний возраст больных составил 45–75 лет (61 ± 5). Больные, включенные в исследование, имели ряд осложнений и сопутствующих заболеваний, которые делали невозможным проведение длительно протекающих травматичных оперативных вмешательств. В связи с этим включенные в исследование больные были подвергнуты оперативному лечению — радикальной цистэктомии с двусторонней уретерокутанеостомией. Контрольную группу (группа I) составили 30 (46,2 %) больных, которым радикальная цистэктомия выполнялась лапаротомным доступом. Основную группу составили 35 (53,8 %) (группа II) больных, которым цистэктомию выполняли экстраперитонеальным доступом — сохраняя целостность брюшины. Из анамнеза 93 % пациентов из контрольной и 90 % из основной групп имели гематурию, 33,3 и 45,7 % соответственно — дизурические явления (рези, никтурию, прерывистое мочеиспускание), 66,6 и 54,3 %

соответственно — боли в надлобковой области. Пять (16,6 %) больных из I и 6 (17,1 %) больных из II, основной группы имели уретерогидронефроз различной степени.

Результаты. Средняя продолжительность операции в I группе составила 2 ч 35 мин \pm 5 мин, во II — 2 ч 25 мин \pm 6 мин. Послеоперационные осложнения в виде нагноения операционной раны в I группе отмечены у 3 (10 %) больных, во II — у 2 (5,7 %), кровотечение, впоследствии перитонит в I группе наблюдались у 3 (10 %) больных, во II группе таких осложнений не было. Парез кишечника наблюдался у 4 (13,3 %) пациентов в I группе, во II — не отмечен. Спаечный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде развился в 1 (3,3 %) случае в I и ни в одном случае во II группе. В послеоперационный период среднее время пребывания в стационаре составило в I группе 12 дней, во II группе — 9 дней.

Выводы. Радикальная цистэктомия внебрюшинным доступом по длительности менее продолжительна по сравнению с цистэктомией лапаротомным доступом. Экстраперитонеальная радикальная цистэктомия является методом выбора при раке мочевого пузыря с деривацией мочи через уретерокутанеостому. При экстраперитонеальном доступе отмечается снижение рисков и осложнений, связанных с вмешательствами в брюшной полости.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В УЗБЕКИСТАНЕ

© *М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент, Республика Узбекистан)

Рентгенография и флюорография позволяют в относительно короткие сроки обследовать значительные контингенты населения и выявить туберкулез,

неспецифические болезни органов дыхания, онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и костную патологию грудной клетки (Кочеткова Е.Я., 2011).