

мента выполнено наложение пиелоуретероанастомоза. Одному из этих пациентов предварительно была выполнена цистоскопия и рассечено эктопическое уретероцеле больших размеров, что повлекло за собой восстановление функции сегмента, однако позже был выявлен рефлюкс в верхний сегмент. Наложение пиелоуретероанастомоза лапароскопическим доступом имеет, с нашей точки зрения, явное преимущество перед открытым, что связано с возможностью обеспечить оптимальное расположение полостных систем обоих сегментов относительно друг друга при наложении анастомоза и минимизировать нарушение уродинамики в послеопераци-

онном периоде. Послеоперационных осложнений в этой группе не отмечено, дети обследованы через 6–12 месяцев после операции, результат хороший.

Выводы. Основные преимущества лапароскопии в хирургическом лечении патологии удвоенной почки мы видим не только в минимальной травматизации тканей при осуществлении доступа к почке: при геминефрэктомии — это минимальное воздействие на остающийся сегмент почки; при органосохраняющих реконструктивных операциях — возможность обеспечить оптимальное взаиморасположение анастомозируемых анатомических образований.

ПЕРЕВОД И АПРОБАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА SF-QUALIVEEN

© *Е.С. Филиппова, И.В. Баженов, Е.Ю. Москвина, А.В. Зырянов, И.В. Борзунов*

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Екатеринбург)

SF-Qualiveen — это короткая форма опросника, оценивающего влияние нарушений мочеиспускания на качество жизни больных с нейрогенным мочевым пузырем. До настоящего времени опросник не был доступен на русском языке.

Целью данного исследования стал перевод и валидизация русскоязычной версии опросника SF-Qualiveen для его использования у больных рассеянным склерозом (РС).

Материалы и методы. Оригинальная англоязычная версия опросника SF-Qualiveen была переведена на русский язык в соответствии со стандартным алгоритмом языковой и культурной адаптации. В апробации русскоязычной версии участвовали 60 человек: 50 больных нейрогенным мочевым пузырем на фоне РС и 10 условно здоровых добровольцев. Респонденты дважды с интервалом в 2 недели отвечали на вопросы SF-Qualiveen, NBSS и IPSS. Полученные данные были использованы для оценки внутренней согласованности (альфа Кронбаха), внешней ва-

лидности (коэффициент корреляции Пирсона) и достоверности (коэффициент межклассовой корреляции) опросника.

Результаты. Значения SF-Qualiveen в группе больных нейрогенным мочевым пузырем ($1,82 \pm 0,84$) были достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,27 \pm 0,23$, $p < 0,001$). Коэффициент альфа Кронбаха превысил 0,8, что указывает на высокую внутреннюю согласованность анкеты. Внешняя валидность подтверждена наличием заметной и высокой тесноты связи значений SF-Qualiveen с результатами других опросников. При повторном заполнении анкеты не было выявлено значимых различий в результатах, коэффициенты межклассовой корреляции превышали 0,85 ($p < 0,001$) как для общей суммы баллов, так и для значений по отдельным доменам.

Выводы. Русская версия опросника SF-Qualiveen продемонстрировала высокую валидность и надежность и может быть рекомендована к использованию в клинической практике.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОГЕННОЙ ДЕТРУЗОРНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

© *Е.С. Филиппова, И.В. Баженов, А.В. Зырянов*

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Екатеринбург)

Наиболее распространенным методом лечения нейрогенной гиперактивности детрузора является назначение антихолинергических препаратов,

однако действие М-холиноблокаторов часто оказывается недостаточным, либо они плохо переносятся в связи с большим количеством побочных

эффектов. Хорошие результаты в лечении ургентной симптоматики продемонстрировали внутривенные инъекции ботулинического токсина типа А.

Цель исследования — оценить эффективность использования ботулинического токсина в лечении нейрогенной детрузорной гиперактивности.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 16 больных с нейрогенной гиперактивностью детрузора, обусловленной у 8 пациентов рассеянным склерозом, у 6 — повреждением спинного мозга, у 2 — врожденными нарушениями. Под в/в анестезией эндоскопической иглой с помощью цистоскопа пациентам выполнены инъекции 200 ЕД ботулинического токсина типа А в детрузор в 20 точках (10 ЕД/мл). До процедуры, а также через 1 и 6 месяцев после всем больным проводили комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), ультразвуковое исследование мочевого пузыря с контролем остаточной мочи, 24-часовой прокладочный тест, также пациенты заполняли дневник мочеиспускания.

Результаты. У 94 % больных отмечено урежение мочеиспускания и уменьшение количества эпизодов недержания мочи на 70 %, увеличение максимальной цистометрической емкости на 290 % через 1 месяц после процедуры. Объем мочевого пузыря, при котором возникало первое неконтролируемое сокращение детрузора, увеличился на 165 ± 43 мл, комплайнс — на $52,8 \pm 10,2$ мл/см H_2O . Эффект сохранялся также на 24-й неделе наблюдения. Объем остаточной мочи значимо увеличился с $183 \pm 22,51$ мл перед лечением до $305,8 \pm 39,81$ мл после. У 23 % пациентов увеличение объема остаточной мочи потребовало выполнения периодической катетеризации мочевого пузыря. Незначительную гематурию в течение первых суток после процедуры отметили 35 % больных, других осложнений зарегистрировано не было.

Выводы. Процедура химической денервации мочевого пузыря ботулиническим токсином уменьшает ургентное недержание мочи, урежает мочеиспускание и улучшает параметры уродинамики.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

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

Своевременное выявление туберкулеза предстательной железы с проведением дифференциальной диагностики в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием диагностической базы, современных возможностей микробиологических, эхографических, морфологических методов позволит достигнуть излечения и полной социально-трудовой реабилитации больных. Поздняя диагностика заболевания ведет к стойкой инвалидности.

Цель работы — изучить значение клиничко-эхографических исследований при раннем выявлении туберкулеза предстательной железы.

Материал и методы исследования. В клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз были подвергнуты комплексному клиничко-эхографическому обследованию 64 больных различными формами туберкулеза предстательной железы. Возраст больных туберкулезом предстательной железы колебался от 17 до 68 лет. У 24 (37,5 %) пациентов в анамнезе отмечен перенесенный туберкулез, из них туберкулез легких был у 25 больных, туберкулез почек — у 13, туберкулез костей и суставов — у 6, туберкулез

периферических лимфатических узлов — у 3. При поступлении в нашу клинику основными жалобами больных были боли в надлобковой области, затрудненное и болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. В моче были более выражены лейкоцитурия (78,0 %), гематурия (46 %) и туберкулезная микобактериурия (26,5 %). При эхографии выявлены неоднородная эхоструктура предстательной железы в 89,2 % случаев, очаговые изменения в паренхиме предстательной железы — в 82,8 %, диффузные изменения — в 17,2 % случаев. При туберкулезном простатите четкие эхографические признаки заболевания встречались в 83,3 % случаев. Рентгенологические четкие признаки туберкулеза простаты в этих группах больных не обнаружены. При биопсии у 6 пациентов с туберкулезом предстательной железы только у 1 больного не выявлен специфический процесс.

Заключение. Четкие признаки туберкулеза предстательной железы установлены на эхограммах в 83,3 % случаев. Эхография предстательной железы при туберкулезе обеспечивает получение