

ОБОСНОВАНИЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРУПНЫМИ КАМНЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© *З.А. Кадыров¹, С.И. Сулейманов^{1,2}, В.Ш. Рамишвили¹, О.Н. Безуглый², О.В. Гугадзе²*

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ (г. Москва);

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ» (г. Москва)

Эндоскопические операции представляют собой современный способ реализации тех задач, которые ранее решались посредством «открытых» вмешательств. На фоне существующих малоинвазивных способов лечения мочекаменной болезни в последнее время появился еще один альтернативный метод хирургического лечения больных с крупными камнями почек — ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия.

Проведен анализ результатов лечения 35 пациентов с крупными конкрементами почек (размерами больше 2,0 см), находившихся в урологических отделениях городской клинической больницы им. С.С. Юдина г. Москвы в период с 2012 по 2016 год. Всем пациентам выполнена ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия под эндотрахеальным наркозом на видеоэндоскопической стойке фирмы Karl Storz (Германия).

Максимальное количество пациентов (24) было в возрасте от 50 до 70 лет, что составило 70,0 % от общего количества больных. Всем пациентам перед операцией проведено обследование, включающее в себя наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями комплексное ультразвуковое и рентгенурологическое обследование, по показаниям компьютерную томографию и радиоизотопное исследование почек.

Основные этапы ретроперитонеоскопической пиелолитотомии: создание доступа, установка троакаров, мобилизация верхней трети мочеточника и лоханки, пиелотомия, удаление камня, ушивание раны лоханки. Вопрос о дренировании верхних мочевых путей решался интраоперационно. При симультанных операциях с нефроптозом и кистами почек сначала удаляли камень, затем производили нефропексию (3 пациента) или иссечение стенки кисты (3 пациента).

Длительность операции составляла от 1 часа 20 минут до 2 часов 30 минут. При симультанных операциях время операции увеличивалось в среднем на 20–30 мин.

Объем кровопотери минимальный при всех операциях. Дренирование верхних мочевых путей путем установления катетера-стента в 4 случаях, у 10 пациентов имелся нефростомический дренаж, при этом ввиду выраженных изменений в области лоханочно-мочеточникового сегмента 3 пациентам дополнительно был установлен катетер-стент. Глухой шов лоханки без дренирования верхних мочевых путей — 6 пациентов.

У одного пациента после удаления камня из лоханки при контрольном обследовании выявлен фрагмент камня 5 × 6 мм, что потребовало дополнительного проведения сеанса ДЛТ через 3 недели после операции. В одном случае, ввиду миграции камня из лоханки в чашечки, выполнена открытая операция из мини-доступа.

Осложнений после наркоза не отмечалось. Все больные после операции активизировались в ранние сроки — на 1–2-е сутки. Обезболивания наркотическими анальгетиками не требовалось. Введение спазмоанальгетиков или НПВС с целью обезболивания до 2–3 раз в день первые несколько суток после операции. Всем пациентам после операции назначался короткий курс антибактериальной терапии, при необходимости, с учетом результатов посева мочи, анализа крови, наличия нефростомического дренажа, антибактериальная терапия продолжалась амбулаторно.

Койко-день после операции — от 3 до 9, в среднем 5–6 дней. Сроки дренирования почки после операции катетером-стентом — от 3 до 4 недель, для удаления стента мужчинам требовалась повторная госпитализация на 1–2 дня, женщинам катетер-стент удалялся амбулаторно.

Таким образом, ретроперитонеоскопическую пиелолитотомию можно рассматривать как альтернативный метод лечения больных с крупными конкрементами почек. При этом следует отметить минимальную травматичность, высокую косметичность данной опера-

ции, что позволяет широко использовать её для удаления крупных камней лоханки почки, одномоментного устранения нефроптоза, иссечения кист почек, восстановления пассажа мочи из почки.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков, В.Н. Фесенко*

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

Введение. Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин 40–70 лет достигает 52 %. ДГПЖ остается распространенным прогрессирующим заболеванием, значительно снижающим качество жизни больных, сопровождающимся дисфункцией нижних отделов мочевыводящих путей и сексуальными расстройствами. В мире отмечен положительный эффект при лечении этих состояний ИФДЭ-5 зарубежного производства. На российском рынке появились отечественные лекарственные средства силденафил-С3 и натуральный биокомплекс БАД эректогенон, которые могут помочь пациентам с ЭД при ДГПЖ и заменить дорогие зарубежные препараты.

Цель работы. Оценить клиническую эффективность и безопасность препаратов силденафил-С3 и БАД эректогенон в лечении ЭД у больных ДГПЖ.

Материалы и методы. Обследованы 75 больных в возрасте старше 50 лет (средний возраст составил 60 лет) с ЭД при ДГПЖ. Больные жаловались на снижение качества эрекции, снижение либидо, периодическую ноктурию. Длительность ЭД колебалась от 3 месяцев до 5 лет. У всех больных исключены: острые воспалительные заболевания половых органов и нижних мочевых путей, ИППП, сахарный диабет, рак простаты, камни мочевого пузыря, оперативные вмешательства на органах мочеполовой системы, декомпенсированные заболевания, прием нитратов, повышение ПСА более 4 нг/мл. Всем пациентам

выполняли анкетирование по шкалам МИЭФ, IPSS, УЗДГ полового члена и простаты, ТРУЗИ ПЖ, урофлоуметрию, микроскопию секрета ПЖ, исследование половых и гонадотропных гормонов крови. Эффективность и безопасность лечения оценивали через 4 и 12 недель после прекращения лечения. Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести ЭД. В 1-ю (основную) группу вошли 34 (45,3 %) больных с ЭД умеренной степени (МИЭФ 11–15 баллов), получавшие комбинированную терапию препаратом силденафил-С3 (25 мг в сутки ежедневно) и БАД эректогенон по 1 таблетке 1 раз в день. Во 2-ю группу вошел 21 (28 %) больной с легкой степенью ЭД (МИЭФ 16–20 баллов), получавший только силденафил-С3 25 мг ежедневно 1 раз в день. В 3-ю группу сравнения вошли 20 (26,6 %) больных также с легкой степенью ЭД, получавшие только БАД эректогенон по 1 таблетке 1 раз в день. Длительность лечения у пациентов всех трех групп была 4 недели. Нами не выявлено ни одного больного с тяжелой степенью ЭД (МИЭФ ниже 10 баллов). У больных всех 3 групп уровень половых и гонадотропных гормонов находился в пределах возрастной нормы, а уровень ПСА был ниже 3 нг/мл. При микроскопии секрета ПЖ у всех пациентов содержание лейкоцитов было в пределах нормы, а содержание лецитиновых зерен уменьшено.

Результаты. До лечения у больных всех трех групп оценка по МИЭФ не достигала 21 балла. До лечения у 68 (90,7 %) боль-