

екции крестцово-подвздошного сочленения, а также рентгеногегативные конкременты мочеточника. Выполнение дистанционной литотрипсии в данных клинических ситуациях затруднено сложностью позиционирования камня, необходимостью интраоперационного контрастирования мочеточника.

Проведен анализ результатов лечения 350 пациентов с камнями мочеточника, находившихся в урологических отделениях городской клинической больницы им. С.С. Юдина г. Москвы в период с 2010 по 2016 год.

Эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия использовалась нами как вид монотерапии, так и в комбинированном лечении больных уролитиазом. Эффективность КУЛТ как монотерапии связана с учетом размера и структурной плотности камня (НУ). При определении показаний к КУЛТ размер камней составил от 1,1 до 1,9 см. Средняя структурная плотность камней составила 801–1900 НУ.

Видеоэндоскопические и эндоурологические операции проводили с помощью оборудования фирмы Karl Storz (Германия). При выполнении контактной уретеролитотрипсии мы использовали различные виды контактных литотриптеров: система для пневматической литотрипсии CALCUSPLIT (Karl Storz, Германия) и гольмиевый лазер AURIGA (производитель Wave Light Laser Technologie AG).

Протяженные и фиксированные «каменные дорожки» после проведенных сеансов ДЛТ, особенно локализующиеся в проекции крестцово-подвздошного сочленения, вызывающие значительное нарушение пассажа мочи и не имеющие тенденции к самостоятельному отхождению, определяли целесообразность выполнения контактной уретеролитотрипсии.

Анализ результатов 381 КУЛТ у 350 больных показал, что осложнения отмечены у 26 паци-

ентов, это составило 7,4 %, причем частота интраоперационных осложнений составила 4,9 %. Анализ интраоперационных осложнений показал необходимость рентгеноскопического контроля этапов эндоурологических пособий. Отрыв мочеточника нами диагностирован у 2 пациентов, что было связано с длительностью нахождения камня в мочеточнике, вторичными изменениями последнего, использованием ригидных эндоскопов при проведении КУЛТ.

Для ликвидации полученных осложнений 2 пациентам в экстренном порядке была выполнена нефруретерэктомия, ретроградное стентирование верхних мочевых путей потребовалось 9 пациентам, антеградное чрескожное дренирование почки было произведено 7 больным, 1 пациенту по поводу карбункула почки была выполнена декапсуляция с открытой нефростомией, коррекция положения катетер-стента путем повторной уретероскопии потребовалась 7 пациентам. Следует отметить, что появление грозных интраоперационных осложнений, приведших к выполнению органоуносящих операций, совпало с периодом освоения эндоурологической методики оперативного лечения.

Таким образом, полученные данные результатов лечения пациентов с различными формами уролитиаза, позволили сделать вывод о возможности более широкого использования в урологической практике трансуретеральных методов хирургического лечения камней мочеточника. Однако для реализации этих задач, наряду с наличием высококвалифицированной хирургической бригады, оснащенной рентгеноперационной с соответствующим набором видеоэндоскопического оборудования, требуется индивидуальный подход в определении показаний к конкретному методу хирургического пособия.

## ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

© *В.Н. Суриков*

ФГБУ «Поликлиника № 3» УДП РФ (г. Москва)

**Введение.** По данным отечественных исследователей хроническим простатитом (ХП)

страдают около  $\frac{1}{3}$  мужского населения России в возрасте от 20 до 50 лет. На долю хро-

нического бактериального простатита (ХБП) приходится 5–15 % случаев заболевания. ХБП характеризуется длительным, рецидивирующим течением и прогрессирующим ухудшением состояния пациентов. Наиболее распространенными этиологическими агентами ХБП являются грамотрицательные бактерии: кишечная палочка — 65–80 %, клебсиеллы, энтеробактер и протей — 10–15 %. На долю грамположительных энтерококков и стафилококков приходится 5–10 %. Основная роль в лечении ХБП принадлежит антибактериальным препаратам. Несмотря на преимущества антибактериальных препаратов, большое значение в лечении ХБП приобретает стимуляция собственных защитных механизмов пациента. Одним из таких иммунотерапевтических препаратов является Уро-Ваксом. По механизму действия Уро-Ваксом является иммуномодулятором направленного действия, который стимулирует неспецифический и специфический иммунный ответ слизистой мочевыводящих путей, усиливая естественную защиту против микробного агента. Активизация звеньев иммунитета приводит к уменьшению рецидивов заболевания и снижению уровня иммуносупрессии, вызванной антибиотикотерапией. Клинические исследования по эффективности применения препарата Уро-Ваксом при бактериальных инфекциях мочевыводящих путей у мужчин практически не проводились.

**Материал и методы.** Исследование проведено среди 84 больных с подтвержденным диагнозом хронического бактериального простатита ХБП. Средний возраст больных составил 39 лет (21–49). Длительность заболевания составила от 2 до 16 лет. Все пациенты в соответствии с планом исследования были рандомизированы в 2 группы: основную — I (39) или контрольную — II (39). Исследование включало 3 визита, в ходе которых проводили сбор анамнеза, осмотр пациента, анкетирование по шкале симптомов NIH-CPSI, исследование анализа секрета предстательной железы (СПЖ) или 3-й порции мочи с их последующей бактериологией. Всем больным ХБП обеих групп в течение месяца проводилась комплексная терапия, включающая противовоспалительные средства, ферментные

препараты и антибактериальные препараты, подобранные с учетом чувствительности выявленной микрофлоры. В основной группе дополнительно к лечению пациенты получали препарат Уро-Ваксом 6 мг по 1 таблетке утром натощак в течение 30 дней основного лечения и двух месяцев после лечения. Оценку результатов проводили после окончания основного курса и через 3 месяца от начала лечения.

**Результаты.** По клинико-лабораторным показателям обе группы были сопоставимыми. Все пациенты в обеих группах имели умеренно выраженную и выраженную симптоматику по шкале NIH-CPSI. После курса лечения в обеих группах выраженная симптоматика отсутствовала, почти отсутствовала у 15,7 % пациентов I гр. и 13,1 % II гр., была незначительной у 67,4 и 65,2 % соответственно и умеренно выраженной у 18,9 % I гр. и 21,7 % II гр. Через 3 месяца основного курса лечения в I гр. сохранялась положительная динамика показателей: несколько возросло количество пациентов с почти отсутствующей (24,3 %) и незначительной (67,2 %) симптоматикой, отсутствовали больные с выраженной симптоматикой. Во II гр. доля пациентов с почти отсутствующей (2,7 %) и незначительной (59,7 %) симптоматикой уменьшилась, а доля больных с умеренно выраженной симптоматикой увеличилась (32,4 %), появились больные с выраженными симптомами (5,4 %), что, как правило, было связано с обострением заболевания в конце 3-месячного срока наблюдения. Данная тенденция была отмечена и при отдельной оценке изменений как симптомов боли, так симптомов нарушенного мочеиспускания. Индекс качества жизни (ИКЖ) улучшился в обеих группах в среднем на 65 %. На 3-м визите в I гр. ИКЖ не изменился, а во II гр. ухудшился у 26 % пациентов. До лечения у всех пациентов отмечалось клинически значимое повышение количества лейкоцитов в СПЖ. На 2-м визите нормальные значения СПЖ были у 67,6 % пациентов I гр. и 64,9 % II гр. На 3-м визите воспалительные изменения в СПЖ отсутствовали у 78,4 % I гр. и только у 56,7 % II гр. До начала лечения в I гр. было выделено 43 клинически значимых возбудителя, во II гр. — 44. В структуре всех выявленных возбудителей обеих групп

кишечная палочка составляла — 56,3 %, энтерококки — 25,3 %, стафилококки — 9,2 %, бактерии других групп — 9,2 %. Через 3 месяца в I гр. всего у 5 (12,8 %) больных определялся клинически значимый возбудитель (у 3 — энтерококки, у 2 — стафилококк, кишечная палочка не выявлялась). Во II гр. через 3 месяца возбудитель определялся у 12 (30,7 %) пациентов: у 4 (10,2 %) вновь обнаружена кишечная палочка, у 5 (12,8 %) энтерококки, у 2 (5,1 %) стафилококк и у 1 (2,6 %) — протей. Аллергических реакций и других нежелательных эффектов у пациентов, принимавших Уро-Ваксом, за все время исследования зарегистрировано не было.

**Обсуждение.** Проведенное исследование продемонстрировало, что применение препарата Уро-Ваксом в комплексе лечения боль-

ных ХБП и в течение дальнейших 2 месяцев способствует сохранению стабильных положительных изменений в отношении болей, нарушений мочеиспускания и качества жизни, отсутствия воспалительных изменений в СПЖ по сравнению с больными, получавшими только стандартную терапию. В группе приема Уро-Ваксома отмечена высокая эффективность в отношении элиминации первоначального возбудителя.

**Заключение.** Данные проведенного исследования являются предварительными и требуют дальнейшего изучения на большем количестве пациентов и при более длительных сроках наблюдения. Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности включения данного препарата в схемы комплексного лечения и профилактики у больных ХБП.

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

© С.О. Сухих, М.Ю. Гвоздев, Д.Ю. Пушкарь

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

**Введение.** Проблема наступления у женщин менопаузы является довольно обсуждаемой в настоящее время. Менопауза приводит к дисбалансу гормональной системы организма, что запускает различные каскадные реакции, которые отрицательно влияют на качество жизни женщин. Атрофические и дистрофические процессы в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта, мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна приводят к возникновению различных форм недержания мочи и пролапса органов малого таза. Эти расстройства требуют не только медикаментозной терапии, но и адекватного хирургического лечения, в котором нельзя отказывать пациенткам только по критерию их возраста.

**Цель исследования и задачи.** Повышение эффективности хирургического лечения пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузе. Оценка динамики менопаузальных урогенитальных симптомов

у женщин при хирургической коррекции недержания мочи и/или пролапса гениталий и терапией препаратом Триожиналь (Эубиотик + Эстриол + Прогестерон).

**Материалы и методы.** На кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено проспективное исследование, в которое вошли женщины в пери- и постменопаузе в возрасте 45–80 лет на момент включения в исследование, не получавшие системной менопаузальной гормонозаместительной терапии в течение 6 месяцев, предшествовавших исследованию, и которым планировалась операция хирургической коррекции пролапса тазовых органов или недержания мочи. Пациентки были разделены на две группы, одна из которых принимала препарат Триожиналь (Эубиотик + Эстриол + Прогестерон) в предоперационном периоде (за 1 месяц) и в послеоперационном периоде (1 месяц).

**Результаты.** В группе пациенток, принимавших исследуемый препарат, было отмечено