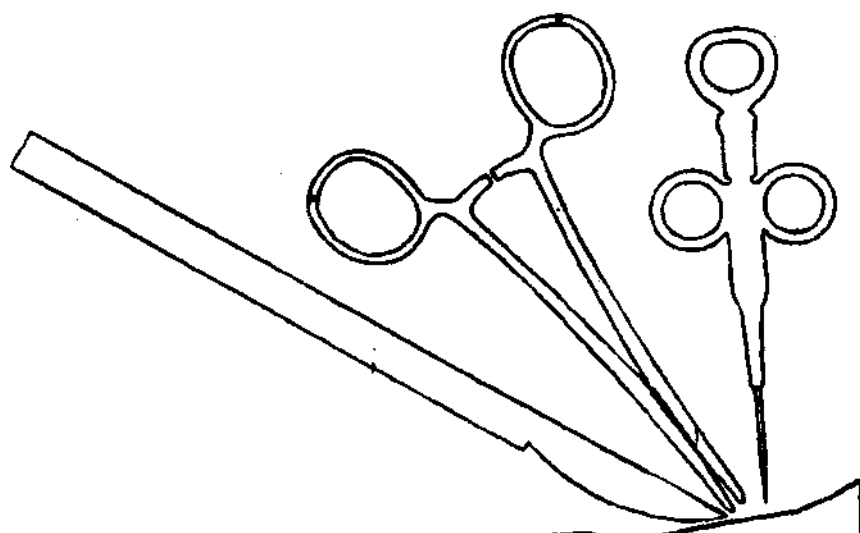




КЫРГЫЗСТАН ХИРУРГИЯСЫ



- Организация хирургической службы
- Вопросы общей и частной хирургии
- В помощь практическому врачу
- Обзоры
- Рецензии
- Протоколы заседаний Ассоциации хирургических обществ

№3
2013 г.

ХИРУРГИЯ КЫРГЫЗСТАНА

Содержание

Вопросы урологии

Данный раздел журнала посвящен 75-летию со дня рождения член-корреспондента НАН, лауреата Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники, заслуженному врачу, доктору медицинских наук, профессору, педагогу, крупному ученому и организатору урологической службы в Кыргызской Республике Медину Тыналиевичу Тыналиеву	
К 75-летию со дня рождения Медина Тыналиевича Тыналиева	3
Зарылбеков Н.З., Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Монолов Н.К. Малоинвазивный метод лечения уретеролитиаза	5
Монолов Н.К. Результаты сравнительного анализа эффективности применения моче-точниковых стентов с полиуретановым (ПУ) и фосфорилхолиновым (ФХ) покрытием	11
Дуйшеналиев А.А. Травматические повреждения органов мошонки	14
Абдуллаев Ф.М. Результативность использования непрерывного вворачивающегося шва при хирургической коррекции у пациентов со стриктурами мочеоточника	17
Чернецова Г.С., Адиев А.Т., Шакиров Г.А., Султанов Б.М. Тактические подходы оказания помощи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, осложненной острой задержкой мочеиспускания	20
Шукурова Д.А. Результаты хирургического лечения стрессовой инконтиненции у женщин с пролапсом гениталий	23
Боталаев Б.А. Эффективность применения фраксипарина в профилактике тромбгеморрагических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в послеоперационном периоде	26
Кенеев Р.Н. Эпидемиологические аспекты заболеваний предстательной железы в Кыргызской Республике	30
Колесниченко И.В., Чернецова Г.С., Адиев А.Т. Оптимизация результатов хирургической коррекции гидронефроза у детей и взрослых	35
Курбаналиев Р.М., Кузубаев Р.Е., Усупбаев А.Ч., Хакимходжаев З.Ш., Мырзалиев Ж.С., Адиев А.Т., Султанов Б.М. Случай семейной гипоспадии: наш опыт хирургической коррекции	38
Мырзалиев Ж.С. Урогениталдык инфекциялар аркылуу өтүшүп кеткен урук чыктагыч бездин түбү кайырдуу гиперплазиясынын клиникалык-лаборатордук көрсөткүчтөрүнүн өзгөчөлүктөрү	44
Мамбетов Ж.С., Идрисов А.А., Омаров Д.Ж. Оптимизация оказания помощи при острой задержке мочеиспускания, вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы	48
Усупбаев А.Ч., Мамедов З.З., Стамбекова К.Н., Кырбаев К.Д. Профилактика дизурических расстройств у мужчин после геморроидэктомии	52
Сойкоева А.Т. Специфические белки спермы	56
Сойкоева А.Т. Технология искусственной инсеминации сперматозоидами	58
Байсалов М.К. Содержание интерлейкина-8 в сыворотке крови и эякуляте инфертильных мужчин с хроническим абактериальным простатитом	61
Байсалов М.К. Концентрация интерлейкина-8 – как предиктор эффективности лечения мелоксикамом инфертильных больных с хроническим абактериальным простатитом	64
Азизов Ш.М. Клинический статус после лечения больных с острым орхоэпидидимитом	69

Хакимходжаев З.Ш. Применение антихолинергических препаратов при лечении ДГПЖ	72
Вопросы хирургии	
Ысмайылов К.С. Хирургическая тактика при синдроме Мириizzi I типа	76
Ысмайылов К.С. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi	79
Сыдыков Н.Ж., НХЦ. Роль воспалительных явлений в желудочно-кишечном тракте у больных раком толстой кишки в возникновении послеоперационных осложнений	84
Сыдыков Н.Ж., НХЦ. Разработка прогностических критериев развития осложнений в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза	87
Батиев Т.А. Комплексное лечение проктологических заболеваний у женщин неопухолевой этиологии	94
Батиев Т.А. Отдаленные результаты лечения больных, страдающих послеродовой анальной недостаточностью	98
Абдиев А.Ш. Некоторые вопросы симптоматики и диагностики острой спаечной кишечной непроходимости(Сообщение № 1)	103
Абдиев А.Ш. Некоторые вопросы симптоматики и диагностики острой спаечной кишечной непроходимости(Сообщение № 2)	106
Вопросы организации здравоохранения	
Майканаев Б.Б. Мониторинг качества деятельности хирургических отделений территориальных больниц республики	110
Майканаев Б.Б. Экспертная оценка деятельности хирургических отделений территориальных больниц	113
Вопросы экспериментальной медицины	
Чернецова Г.С., Адиев Т.Т., Алимов Ч.Б., Абаралиев А., Якубова А.С., Райымбеков Ж.К., Прохоренко В.А. Морфофункциональное состояние и стероидогенный потенциал тестикулярной ткани при криоконсервации	117
Дауров Ш.Ю. Результаты гистоморфологических исследований структуры почек экспериментальных животных после первичной профилактики самок, инфицированных урогенитальными инфекциями	120
Рачков А.Г., Сопуев А.А., Рачков И.А. Новый механизм влияния аденоматозных факторов в крови мужчин-доноров на предстательную железу мужчин-реципиентов	124
Рачков И.А. Новый механизм влияния миоматозных факторов в крови женщин-доноров на мочевой пузырь женщин-реципиентов	128
Керималы к. М. Экспериментальная модель миомы матки	134
Обзоры	
Турашев М.Т. Современные взгляды на тактические подходы к лечению нефроптоза (обзор литературы)	142
Бигишиев М.М. Отдаленные результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреонекроза. (обзор литературы)(Сообщение № 1)	149
Бигишиев М.М. Отдаленные результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреонекроза. (обзор литературы) (Сообщение № 2)	150
К 95-летию Какиш Рыскуловны Рыскуловой	

**Курбаналиев Р.М., Кузубаев Р.Е., Усупбаев А.Ч., Хакимходжаев З.Ш.,
Мырзалиев Ж.С., Адиев А.Т., Султанов Б.М.**

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПОСПАДИИ: НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Республиканский научный центр урологии КР, г. Бишкек

Резюме: Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока остается весьма актуальной, неудачи в послеоперационном периоде достигают иногда 50% и более. В данной статье мы представили опыт успешного использования разных методик хирургической коррекции при одной и той же форме порока.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика.

**Kurbanaliev R., Kuzubaev R., Usupbaev A., Hakimhodjaev Z., Myrzaliev J.,
Adiev A., Sultanov B.**

THE CASE OF THE FAMILY OF HYPOSPADIAS: OUR EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION

Republic Scientific Center of Urology, Kyrgyzstan, Bishkek

Resume: Despite the large number of scientific studies on the treatment of hypospadias, the problem of correcting the urethral defect remains relevant, failures in the postoperative period sometimes reach more than 50%. In this article, we have provided the experience of successful use of different methods of surgical correction at one and the same form of vice.

Keywords: hypospadias, urethroplasty.

Пороки развития мочеиспускательного канала и наружных половых органов до настоящего времени составляют значительный удельный вес в структуре детской заболеваемости и продолжают оставаться наиболее трудными разделами восстановительной детской хирургии, а также реабилитационной эндокринологии и андрологии. Гипоспадия представляет собой недоразвитие мочеиспускательного канала с замещением недостающего его отдела плотным соединительно-тканым тяжом (хордой), что обуславливает искривление полового члена в вентральную сторону (1,9).

Порок является сугубо интимным дефектом и обычно тщательно скрывается от окружающих. Нередко родители пропускают оптимальные сроки оперативного лечения или обращаются к врачу слишком поздно. По мере роста ребенка гипоспадия оказывает отрицательное воздействие на психику ребенка. В половозрелом возрасте такие больные, в основном физически здоровые, но убежденные в своей половой неполноценности, испытывают страх перед раскрытием тайны порока. Психические рас-

стройства личности отмечается у 47% случаев (4).

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. По публикациям разных авторов за последние 40 лет отмечен значительный рост данной патологии. Если в 70-е годы частота рождения мальчиков с гипоспадией составляла 1:500-600 новорожденных, то в настоящее время, частота рождения новорожденных мальчиков с различными формами гипоспадии возросла до 1:125 – 150 случаев. Причем за последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости гипоспадии. По данным американского Центра контроля за болезнями (Center for Disease Control) количество детей с гипоспадией за последние 30 лет увеличилось в два раза (2,3).

Гипоспадия является полиэтиологическим заболеванием. Причины развития этого порока разнообразны: воздействие различных тератогенных экзо- и эндогенных факторов в период ускоренного роста и развития мочеполовой системы, соответствующее 7 – 14 неделе. Среди

развития гипоспадии значимыми генетические, эндокринные и факторы окружающей среды. Ведущую роль в увеличении числа данных заболеваний имеют генетические катастрофы, точечные мутации, использование продуктов питания, содержащих дизрапторы: андрогенные агонисты и андрогенные заместители, изменение гормональный статус плода таковы, что нарушается процесс формирования полового члена. В настоящее время к дизрапторам относят фунгициды, фталаты, пестициды, гербициды большинство из которых присутствуют в нашей повседневной жизни. Нередко к развитию гипоспадии может привести гормональная терапия, применяемая при угрозе выкидыша, либо гормональная контрацепция, проводимая до предположительной беременности в сроки менее 6 недель (8, 10).

Большинство хирургов и урологов считают наиболее целесообразным начинать лечение в возрасте 3-5 лет, так как в ранние сроки развития ребенка анатомически и физиологически более благоприятно. Необходимость оперативного лечения в эти сроки обуславливается следующими обстоятельствами: предупреждаются необратимые изменения в пещеристых телах полового члена и нарушается его развитие, обеспечивается восстановление нормального мочеиспускания, это способствует полноценному развитию полового члена и до минимума снижает отрицательные психогенные факторы на ребенка (5, 6).

Пластический материал для формирования уретры должен соответствовать следующим требованиям: он должен быть эластичным и легко растяжимым при эрекции, в структуре уретры у детей сохранять способность к росту, иначе неизбежно несоответствие, полностью уничтожающие результаты не иметь тенденции к сужению; внутренняя поверхность должна иметь эпителиальный покров; просвет должен быть достаточным для обеспечения свободного мочеиспускания (12).

Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока

остаётся весьма актуальной, существует много нерешенных вопросов. Предложено более трехсот различных операций, однако изучение результатов хирургического лечения гипоспадии, по данным отечественных и зарубежных авторов, показала, что проблема лечения данного порока не решена до настоящего времени, поскольку различного рода неудачи в послеоперационном периоде достигают иногда 50% и более (11, 12, 13).

Цель: Представить наш опыт хирургической коррекции семейной гипоспадии с использованием непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Материал и методы. В РНЦ урологии наблюдались родные братья пациент Б. 18 и пациент С. 16 лет с диагнозом гипоспадия, мошоночная форма.

Жалобы: На мочеиспускание по женскому типу, искривление полового члена в вентральную сторону.

Анамнез: Со слов родителей дети родились в результате родственного брака. Обасына, старший до 6 лет, младший до 4-х лет имели женский пол. В 4-6 летнем возрасте родители заметили, что дети росли как мальчики, склонности характера и игры были характерны для мальчика. После обращения к хирургу по месту жительства было получено заключение, что дети типичные мальчики и выставлен диагноз гипоспадия мошоночная форма. Посоветовали сложнейшую операцию против РКДБ. Тогда родители изменили паспортный полис, записали детей как мальчиков.

Объективно: Общее развитие соответствует возрасту, половые органы развиты типично для мошоночной формы гипоспадии, половой член резко искривлен, несколько недоразвит, наружное отверстие уретры открывается в дистальной трети мошонки, мошонка расщеплена.

В РНЦУ пациенты обследованы со стороны ОАК, ОАМ, биохимические анализы крови, RW- крови, ПТИ, сахар крови, ЭКГ, Р-грудной клетки, УЗИ внутренних органов - в пределах нормы.

Первый этап операции: Иссечение хорды, выпрямление полового члена. Троакарная цистостомия произведена в марте 2012 года обоим пациентам.

На 12 сутки после операции с улучшением детей выписали домой под наблюдением

уролога по месту жительства, с явкой на второй этап операции через 6 месяцев.



А



Б

Рис. 1. Наружный вид гениталий пациента Б., 18 лет (А) и пациента С., 16 лет (Б).

Второй этап операции: пластика уретры по Дюплею с анастомозом пациенту Б., 18 лет, было произведено в октябре 2012 года.

Ход операции: Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля произведена троакарная цистостомия с катетером Нелатона № 16, которая фиксирована к коже капроновой лигатурой.

Длина отсутствующей части уретры около 10 см (рис. 2, А.)

Далее произведены два параллельных кожных разреза от головки полового члена

шириной 2 см, окаймляющий снизу наружное отверстие уретры в области мошонки длиной около 10 см. края этих разрезов мобилизованы острым и тупым путем, подготовлен кожный лоскут для пластики уретры (рис. 2, Б). В мочевой пузырь установлен уретральный катетер Нелатона № 12. На уретральной трубке края кожного лоскута сшиты непрерывным вворачивающимся швом (рис. 3, А.). Длина сформированной уретры составила 10 см (рис. 3, Б). Контрольный гемостаз. Рана промыта раствором фурацилина, послойные швы на рану. Асептическая глицириновая повязка на рану.



А



Б

Рис. 2. А. Длина отсутствующей части уретры 10 см.
Б. Подготовлен кожный лоскут.

й на



А

Б

Рис. 3, А. Наложение непрерывного вворачивающегося шва.
Б. Сформированная уретра.

На фоне проведения антибактериальной, противовоспалительной, противорубцовой терапии состояние больного улучшилось. Послеоперационный период протекал без осложнений. Уретральный катетер был удален на 14 сутки после операции, а надлобковый мочевого дренаж удален после восстановления адекватного акта мочеиспускания на 16 сутки.

Второй этап операции: Буккальная уретропластика по методу клиники произведена в октябре 2012 года пациенту С., 16 лет.

Ход операции: Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля произведена троакарная цистостомия.

Половой член и мошонка обработаны, кожа полового члена и мошонки взяты на держалки и растянуты, произведены два параллельных разреза от головки полового

члена шириной 1 см, длиной около 9 см, с окаймлением свищевого хода. Края кожной раны мобилизованы, подготовлен ложе для буккального лоскута (рис. 4, А). Затем после тщательной обработки ротовой полости выделен и взят лоскут из слизистой щеки с правой стороны длиной около 10 см, шириной 1,5 см (рис. 4, Б), и положена в раствор с гентамицином. Рана на слизистой щеки ушита непрерывным кетгутовым швом. Буккальный лоскут обработан и удалены излишки тканей. Далее в мочевой пузырь установлен уретральный катетер Нелатона № 14. На фоне уретрального катетера произведена буккальная уретропластика с использованием непрерывного вворачивающегося герметичного шва (рис. 5, А). Сформированная уретра длиной 9 см (рис. 5, Б). Послойные швы на рану. На рану асептическая глицириновая повязка.



А

Рис. 4. А. Подготовлена тоннель.



Б

Б. Выделение буккального лоскута.



А

Рис. 5. А. Наложение непрерывного вворачивающегося шва.



Б

Б. Сформированная уретра.

На фоне проведения антибактериальной, противовоспалительной, противорубцовой терапии состояние больного улучшилось. После операционный период протекал без осложнений. Уретральный катетер был удален на 14 сутки после операции, а надлобковый мочевой дренаж удален после восстановления адекватного акта мочеиспускания на 16 сутки.

Результаты: По результатам 3 месячного наблюдения состояние пациентов удовлетворительное, жалоб не предъявляют, мочеиспускание свободное, струя сформированная, также пациенты отмечают удовлетворительные эрекции.

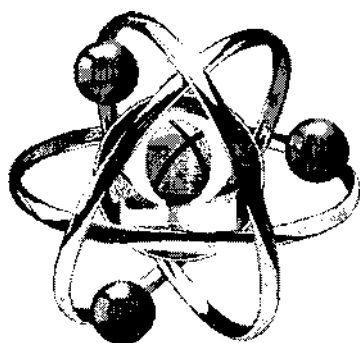
1) урофлоуметрия: $Q_{max} 20 \text{ мл/сек}$. 2) УЗИ: почек, мочевого пузыря без особенностей.

Выводы: Несмотря на многочисленные разработанные способы уретропластики при

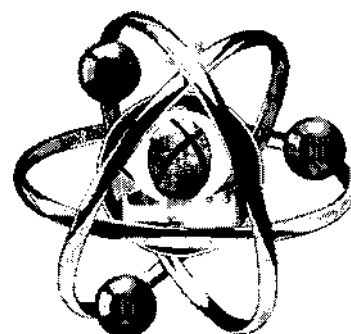
гипоспадии успех создания неоуретры зависит от количества методов, которыми в совершенстве владеет оперирующий хирург, поскольку при одной и той же форме порока с одинаковым успехом можно использовать разные методики.

У больных с гипоспадией целесообразно начинать лечение в возрасте 3-5 лет, так как в ранние годы жизни ребенка анатомически и физиологически более благоприятно, кроме того, в данном возрасте выполнение корригирующих операций минимально сказывается на психике ребенка. Как правило, ребенок быстро забывает негативные моменты послеоперационного лечения, что в дальнейшем не отражается на его личностном развитии.

Так же зависит от свойства ткани, используемой для ее формирования. Использование буккального лоскута как пластиче-



OMEGA SCIENCE
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЦЕНТР
ИННОВАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

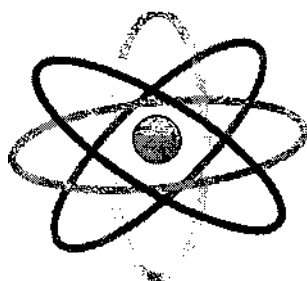


OMEGA SCIENCE
INTERNATIONAL CENTER
OF INNOVATION RESEARCH

ISSN 2410-700X

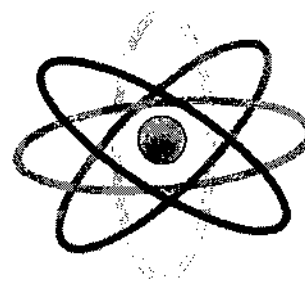
№03/2017 В 3 ЧАСТЯХ

ЧАСТЬ 2



**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНЫЙ
ЖУРНАЛ**

**СИМВОЛ
НАУКИ**



**INTERNATIONAL
SCIENTIFIC
JOURNAL**

**SYMBOL OF
SCIENCE**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ СИМВОЛ НАУКИ

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL SYMBOL OF SCIENCE

ISSN 2410-700X

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в
сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций под номером ПИ № ФС77-61596

Журнал зарегистрирован в системе Российского индекса
научного цитирования (РИНЦ) по договору №153-03/2015

Размещение журнала в "КиберЛенинке" по договору №32509-01

Учредитель ООО «Омега Сайнс»

Главный редактор:

Сукиасян А. А., кандидат экономических наук, доцент.

Редакционный совет:

Агафонов Ю. А., доктор медицинских наук, доцент
Бахшева З. В., доктор филологических наук, профессор
Байгузина Л. З., кандидат экономических наук, доцент
Ванесян А. С., доктор медицинских наук, профессор
Васильев Ф. П., доктор юридических наук, доцент, член РАЮН
Виневская А. В., кандидат педагогических наук, доцент
Вельчинская Е. В., кандидат химических наук, доцент
Галимова Г. А., кандидат экономических наук, доцент
Гетманская Е. В., доктор педагогических наук, доцент
Грузинская Е. И., кандидат юридических наук
Гулиев И. А., кандидат экономических наук
Датий А. В., доктор медицинских наук, профессор
Долгов Д. И., кандидат экономических наук, доцент
Закиров М. З., кандидат технических наук, профессор
Иванова Н. И., доктор сельскохозяйственных наук, профессор,
Калужина С. А., доктор химических наук, профессор
Куликова Т. И., кандидат психологических наук, доцент
Курманова Л. Р., доктор экономических наук, профессор
Киракосян С. А., кандидат юридических наук, доцент
Киркимбаева Ж. С., доктор ветеринарных наук, профессор
Козлов Ю. П., доктор биологических наук, профессор, академик РАЕН и РЭА
Козырева О. А., кандидат педагогических наук, доцент
Кондрашин А. Б., доктор экономических наук, проф.,
Конопаткова О. М., доктор медицинских наук, профессор
Маркова Н. Г., доктор педагогических наук, профессор
Мухамедеева З. Ф., кандидат социологических наук, доцент
Пономарева Л. Н., кандидат экономических наук, доцент
Почивалов А. В., доктор медицинских наук, профессор
Пронин И. А., доктор технических наук, доцент
Симонович Н. Е., доктор психологических наук, профессор, академик РАЕН
Симонович Н. Н., кандидат психологических наук
Смирнов П. Г., кандидат педагогических наук, профессор
Старцев А. В., доктор технических наук, профессор
Танаева З. Р., доктор педагогических наук, доцент
Venelin Terziev, Professor Dipl. Eng., D.Sc., PhD, D.Sc. (National Security)
Хромина С. И., кандидат биологических наук, доцент
Шилкина Е. Л., доктор социологических наук, профессор
Шляхов С. М., доктор физико-математических наук, профессор
Юрова К. И., кандидат исторических наук, доцент
Юсупов Р. Г., доктор исторических наук, профессор
Янгиров А. В., доктор экономических наук, профессор
Яруллин Р. Р., доктор экономических наук, профессор, член-корр. РАЕ

Верстка: Тюрина Н. Р. | Редактор/корректор: Агафонов Е. В.

Редакция журнала «Символ науки»:
450077, г. Уфа, а/я «Азтерна» | +7 347 299 41 99
<http://os-russia.com> | mail@os-russia.com

Подписано в печать 03.04.2017 г.
Формат 60х90 1/8. | Усл. печ. л. 25.8. | Тираж 500.

Отпечатано в редакционно-издательском отделе ООО «Омега сайнс»
450076, г. Уфа, ул. М. Гафури 27/2 | mail@os-russia.com | +7 347 299 41 99

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов
публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам
факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и
организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

The magazine is registered by the Federal Service for Supervision in
the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass
Communications of the number PI № FS77-77-61596

The journal is registered in the system of Russian Science Citation
Index (RSCI) under the contract №153-03/2015

Loading the magazine in "CyberLeninka" under the contract №32509-01

Founder LLC "Omega Science"

Editor in chief:

Sukiasyan A. A., candidate of economic Sciences, associate Professor.

Editorial Board:

Agafonov Yu. A., doctor of medical Sciences, associate Professor
Bakhsheva Z. V., doctor of philological Sciences, Professor
Baiguzina L. Z., candidate of economic Sciences, associate Professor
Vanasyan A. S., doctor of medical Sciences, Professor
Vasilyev F. P., doctor of law Sciences, associate Professor, member of RUN
Vinevskaya A. V., candidate of pedagogical Sciences, associate Professor
Wilczynska E. V., candidate of chemical Sciences, associate Professor
Gallimova G. A., candidate of economic Sciences, associate Professor
Getmanskaya E. V., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor
Gruzinskaya E. I., candidate of legal Sciences
Guliyev I. A., candidate of economic Sciences
Daliy A. V., doctor of medical Sciences, Professor
Dolgov D. I., candidate of economic Sciences, associate Professor
Zakirov M. Z., candidate of technical Sciences, Professor
Ivanova N. I., doctor of agricultural Sciences, Professor,
Kaluzhina S. A., doctor of chemical Sciences, Professor
Kulikova T. I., candidate of psychological Sciences, associate Professor
Kurmanova L. R., doctor of economic Sciences, Professor
Kirakosyan A. S., candidate of legal Sciences, associate Professor
Kikimbaeva J. S., doctor of veterinary Sciences, Professor
Kozlov Y. P., doctor of biological Sciences, Professor, academician of RANS and REA
Kozyreva O. A., candidate of pedagogical Sciences, associate Professor
Kondrashin A. B., doctor of economic Sciences, Professor,
Konopatskova O. M., doctor of medical Sciences, Professor
Markova N. G., doctor of pedagogical Sciences, Professor
Mukhamadeeva Z. F., candidate of sociological Sciences, associate Professor
Ponomareva L. N., candidate of economic Sciences, associate Professor
Pochivalov A. V., doctor of medical Sciences, Professor
Proshin I. A., doctor of technical Sciences, associate Professor
Simoнович N. E., doctor of psychological Sciences, Professor, academician of RANS
Simoнович N. N., candidate of psychological Sciences
Smirnov P. G., candidate of pedagogical Sciences, Professor
Startsev A. V., doctor of technical Sciences, Professor
Tanaeva Z. R., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor
Venelin Terziev, Professor Dipl. Eng., D.Sc., PhD, D. Sc. (National Security)
Hromina S. I., candidate of biological Sciences, associate Professor
Shilkina E. L., doctor of sociological Sciences, Professor
Shlyakhov S. M., doctor of physico-mathematical Sciences, Professor
Yurova K. I., candidate of historical Sciences, associate Professor
Yusupov R. G., doctor of historical Sciences, Professor
Yangirov A. V., doctor of economic Sciences, Professor
Yarullin R. R., doctor of economic Sciences, Professor, corresponding member of RAE

Layout: Tyurina NR | Editor / Proofreader: Agafonova EV

Edition of magazine "Symbol of science":
450077, Ufa, PO Box "Omega science" | +7 347 299 41 99
<http://os-russia.com> | mail@os-russia.com

Signed print 03.04.2017
Format 60х90 1/8. | Volume 25.8. | Circulation 500.

Printed in the publishing department of "Omega science"
450076, Ufa, ul. M. Gafuri 27/2 | mail@os-russia.com | +7 347 299 41 99

All articles are reviewed.
The point of view of edition not always coincides with the point of view of
authors of published articles.
Authors of the articles are fully liable for the content of articles and for the fact of
their publications.
The editorial staff is not liable for any damage caused by the publication of the
article to the authors and/or the third parties and organizations.
When you use and borrowing materials reference is obligatory.

Чжао Инь АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЧТЕНИЙ КИТАЙСКИХ И РОССИЙСКИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ	176
---	-----

ФИЛОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Давлатзода Р.С. ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТЕКСТА	180
Лемов А.В. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛИНГВИСТИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	182
Лихачева М.С. ПЕРЕВОД ПИСЕМ-РЕКЛАМАЦИЙ О ПРЕТЕНЗИЯХ И ИХ УРЕГУЛИРОВАНИИ	183
Мустафина Р.Ф. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ В СТРУКТУРЕ ГЛАГОЛОВ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕМАНТИКИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	185
Уянаева З.Р. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАРАЧАЕВО-БАЛКАРСКОГО НАРТСКОГО ЭПОСА	187
Щелок Т.И., Виноградова Н.Г. ТЕМАТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ В НЕМЕЦКОМ МОЛОДЕЖНОМ ЯЗЫКЕ	191

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Vystropova O.S. MEDICAL TOURISM IN THE VOLGOGRAD REGION (ON THE EXAMPLE OF THE SANATORIUM "KACHALINSKY")	194
Бердников А.В., Березников А.И., Акчурина А.С., Полякова Е.Ю. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА	196
Ванесян А.С. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА АМЭРСО	199
Датий А.В., Багреева Е.Г., Селиванов Б.С., Агеева Н.С., Балабанова Н.В. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МУЖЧИН	204
Жуковская А. О., Москаленко И. С. ПОНЯТИЕ И МЕХАНИЗМ ЗАКАЛИВАНИЯ	206
Жуковская А. О., Москаленко И. С. БОЛЕЗЕНЬ ТИТЦЕ (РЕБЕРНЫЙ ХОНДРИТ)	208
Курбаналиев Р.М., Колесниченко И.В., Кузубаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО «ВВОРАЧИВАЮЩЕГОСЯ» ШВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ	210

Компрессы при синдроме Титце делают из отвара розмарина, распаренных листьев мелиссы или хрена. Поверх приложенного компресса необходимо повязать шаль или теплую ткань. Также хорошо помогают натирания грудной клетки медвежьим или свиным жиром. Часто в воспаленные участки втирают спиртовые настойки из эвкалипта и березовых почек. После процедуры нужно укрыться теплым одеялом, чтобы продлить согревающий эффект.

Однако следует помнить, что прежде чем практиковать лечение синдрома Титце народными средствами, необходимо посоветоваться с врачом.

Список использованной литературы:

1. М. К. Недзьведь, Е. Д. Черствый «Патология анатомия», издательство «Вышэйшая школа» Минск, 2011.
2. «Общая патологическая анатомия» под редакцией О. В. Зайратьянца, МГМСУ, 2007

© Жуковская А. О., Москаленко И. С., 2017

УДК 61.617-089.844

Курбаналиев Ринат Маратович

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

doc_kurbanaliev@mail.ru

Колесниченко Ирина Владимировна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии

Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина

Кыргызстан, г. Бишкек,

Кузубаев Руслан Едилович

Ассистент

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

Хакимходжаев Зуфар Шавкатович

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО «ВВОРАЧИВАЮЩЕГОСЯ» ШВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Аннотация

В работе приведены исследования, указывающие на возможность развития послеоперационных осложнений и рецидивов патологий мочевыводящих путей при реконструктивно-пластических операциях. Немаловажным условием успешной операции является методика и техника сопоставления тканей, что в значительной степени влияет на исход лечения. Основной задачей реконструктивно-пластических операций на мочевыводящих путях является наложение специализированных швов анастомоза, способствующих адекватной герметичности и созданию оптимальных условий для предупреждения развития послеоперационных осложнений и повторного рецидивирования патологического процесса в верхних мочевыводящих путях.

Разработана методика применения непрерывного вворачивающегося шва при хирургической коррекции патологий верхних и нижних мочевыводящих путей с целью восстановления естественного пассажа мочи.

В различные сроки послеоперационного периода в сравнительном анализе в работе представлены выводы о состоятельности, герметичности и высокой результативности использования разработанной методики в практической урологии. Методика наложения непрерывного вворачивающегося шва на зону

анастомоза доказала свою физиологичность, способствовала предупреждению и минимизации послеоперационных осложнений в виде мочевых затеков и свищей, инфицирования послеоперационных ран, что в свою очередь, благоприятствовало быстрому заживлению и сократило количество рецидивов патологий мочевыводящих путей.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов реконструктивно-пластических операций с использованием различных методов наложения швов при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, нейромышечной дисплазии мочеточника, протяженных стриктурах уретры (более 4 см) и гипоспадии (проксимальные формы).

Ключевые слова

Непрерывный вворачивающийся шов, герметичность, сопоставление тканей, мочевыводящие пути, реконструктивно-пластические операции.

Kurbanaliev Rinat Maratovich

Candidate of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

Kolesnichenko Irina Vladimirovna

PhD, assistant professor of urology

Kyrgyz-Russian Slavic University. BN Yeltsin
720000, Kyrgyzstan, Bishkek, str. Kiev 44

Kuzebaev Ruslan Edilovich

Assistant of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

Khakimhodjaev Zufar Shavkatovich

Candidate of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

THE USE OF CONTINUOUS "EVERTING" SUTURE IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF URINARY TRACT

Resume

In this work we investigated the possible postoperative complications and recurrences the urinary tract pathologies after reconstructive surgery. One of conditions of the successful reconstructive operations is method of tissue matching, which greatly affects the outcome of treatment. The main objective of urinary tract reconstruction is a making specialized suture of the anastomosis, contributing to the adequate tightness and the creation of optimal conditions to prevent the development of postoperative complications and re-recurrence of the pathological process in the upper urinary tract.

We created a method of continuous everting suture for surgical correction of pathologies of the upper and lower urinary tract to restore natural passage of urine. The paper presents conclusions about the viability, integrity and high performance of the created techniques at different times of the postoperative period. The method of continuous everting suture proved its physiology, minimizing postoperative complications in the form of streaks and urinary fistulas, infections of surgical wounds, which in turn favored rapid healing and reduced the number of recurrences of pathologies of the urinary tract.

The aim of our study was to estimate results of various reconstructive methods using different methods suturing in UPJ stricture, neuromuscular dysplasia of the ureter, extensive urethral strictures (more than 4 cm) and hypospadias (proximal forms).

Keywords

Continuous everting suture, the mapping of tissues, urinary tract, reconstructive plastic surgery.

В настоящее время проблема сопоставления тканей почечной лоханки, мочеточника и уретры при реконструктивно-пластических операциях является не менее актуальной проблемой в урологии, как и десятки лет назад. Разработка специализированных швов, которые позволят сохранить герметичность при пластических операциях на мочевыводящих путях создаст оптимальные условия для скорейшего заживления вновь созданного анастомоза без риска осложнений и рецидивов в будущем, что является основной целью проводимых хирургических вмешательств. При убежденности в диагностировании патологий мочевыводящих путей различной природы хирургическое лечение должно быть выполнено в сроки установления диагноза [4, с.57-87].

Имеется прямая взаимосвязь между используемыми хирургическими швами и качеством произведенной пластической операции [1, с.156]. Существует множество синтетического рассасывающегося шовного материала, каждый из которых применим в той или иной области хирургии [3, с.256].

В урологии, чаще всего, применимы два вида нитей – монофиламентные и полифиламентные, применение которых зависит от следующих факторов: на какую морфологическую ткань используется нить, время рассасывания шовного материала, диаметр нити, физиологическая и функциональная принадлежность шовного материала.

Кроме этого, все швы должны обеспечивать гемостаз по линии их наложения и создавать биологическую и физиологическую герметичность органов и тканей [2, с.8-12].

Материал и методы исследования.

Исследование проведено в урологических отделениях Республиканского Научного Центра Урологии при НГ МЗ города Бишкек Кыргызской Республики с 2005 по 2015 гг.

Критерии включения: пациенты с нарушениями уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей (таблица 1).

Таблица 1

Структура обструктивных уропатий и методов хирургического вмешательства

Заболевание	Методика операции	Количество операций	Количество пациентов n-270 (100%)
Нейромышечная дисплазия мочеточника	Моделирование мочеточника по длине и ширине	38(100%)	38(14%)
Стриктура ЛМС	Пластика по Андерсену-Хайнсу	85(53,7%)	158(58,5%)
	Аутопластика влажной оболочкой яичка	73(46,2%)	
Стриктура уретры	Буккальная пластика	50(100%)	50(18,5%)
Гипоспадия	Буккальная пластика	24(100%)	24(8,8%)

На лоханочно-мочеточниковом сегменте оперировано 158 (58,5%) пациентов. Из них узловые швы наложены 55 (34,8%) больным, обвивные непрерывные швы - 43 (27,2%), вворачивающиеся непрерывные швы - 60 (38,0%) пациентам.

При нейромышечной дисплазии мочеточника оперировано 38 пациентов (14%). Из них, узловые швы были применимы у 14 (36,8%) больных, обвивные непрерывные швы – у 10 (26,3%), вворачивающиеся непрерывные швы – у (36,8%) 14 пациентов.

При стриктурах уретры на большом протяжении и гипоспадии узловые швы хирургическая коррекция произведена 74 больным (27,3%), из них узловые швы использованы у 20 (27,0%) пациентов, обвивные непрерывные швы - у 20 (27,0%), вворачивающиеся непрерывные швы - у 34 (46,0%) больных (таблица 2).

Таблица 2

Структура швов при реконструктивно-пластических операциях

Виды швов	Количество больных n-270 (100%)
Узловой	89 (33,0%)
Обвивной непрерывный	73 (27,0%)
Вворачивающийся непрерывный	108 (40,0%)

Схематичное изображение наложения швов при реконструктивно-пластических операциях на мочевыводящих путях представлено на рисунке 1.

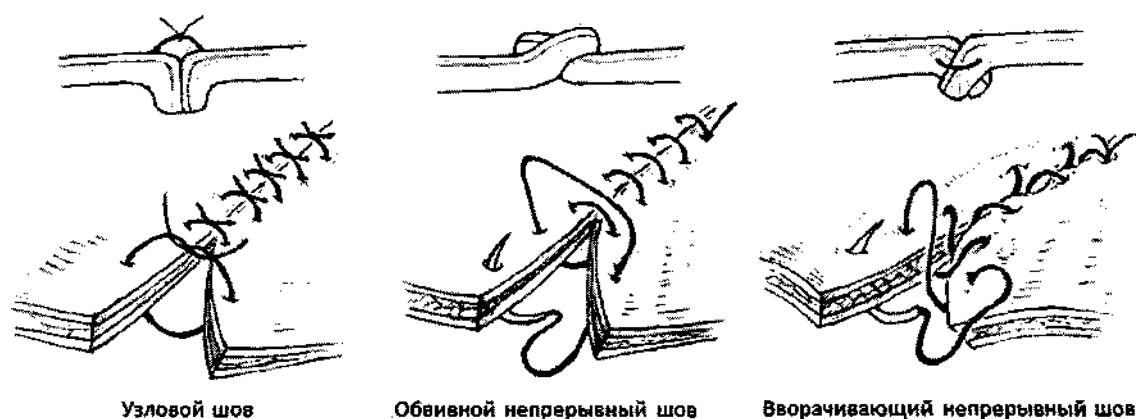


Рисунок 1 – Виды наложения швов

Результаты хирургического лечения

Результаты хирургического лечения пациентов оценивали в течение одной недели после операции, через четыре недели (после удаления мочеточникового стент-катетера) и до шести месяцев. Из 270 оперированных больных герметичность анастомоза достигнута в 74,8% случаев, в 25,2% - отмечается истечение мочи по страховому дренажу и послеоперационным мочевым свищам с инфицированием послеоперационных ран (таблица 3).

Таблица 3

Структурапоказателей герметичности швов в зависимости от сроков хирургической коррекции и методов оперативного вмешательства

Методики оперативного вмешательства	Наложение швов	Истечение мочи по страховым дренажам и мочевым свищам			
		2-6сутки	до 4 недели	до 6 месяцев	Итого
По Андерсену-Хайнсу	узловой	8(8,9%)	2(2,2%)	1(1,1%)	11(12,2%)
	обвивной непрерывный	8(11,0%)	6(8,2%)		14(19,2%)
	вворачивающийся непрерывный	2(1,9%)			2(1,9%)
Аутопластика влагалищной оболочкой яичка	узловой	4(4,5%)	1(1,1%)		5(5,6%)
	обвивной непрерывный	4(5,5%)			4(5,5%)
	вворачивающийся непрерывный	1(0,9%)			1(0,9%)
Пластика мочеточника при нейромышечной дисплазии	узловой	5(5,6%)	2(2,2%)	1(1,1%)	8(8,9%)
	обвивной непрерывный	3(3,4%)	2(2,7%)	1(1,4%)	6(7,5%)
	вворачивающийся непрерывный	3(2,8%)	1(0,9%)		4(3,7%)
Буккальная уретропластика	узловой		5(6,5%)		5(6,5%)
	обвивной непрерывный		5(6,8%)		5(6,8%)
	вворачивающийся непрерывный		3(2,8%)		3(2,8%)
Итого:		38(55,9%)	27(39,7%)	3(4,4%)	68(100,0%)

Тем самым, наиболее частые осложнения в виде мочевых затеков и инфицирования послеоперационной раны отмечено у пациентов после наложения обвивных (19,2%) и узловых (12,2%) швов при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента в течение 1 недели до 1 месяца после операции. При использовании вворачивающего непрерывного шва в течении первой недели после пластики по Андерсену-Хайнсу в 1,9% наблюдений отмечено истечение мочи из страхового дренажа, прекратившееся на 6-8 сутки после операции.

Критериями герметичности швов при гипоспадиях и стриктурах уретры явились первичное

заживление раны, оценка показателей урофлоуметрии через 1-6 месяцев послеоперационного периода. При использовании обвивающего шва истечение мочи из послеоперационного свища наблюдалось в 6,8 и в 6,5% случаев соответственно, при наложении вворачивающего непрерывного шва - в 2,8% наблюдений (до 2х недель после операции).

У пациентов, перенесших пластические операции на верхних мочевыводящих путях через 4 недели (после удаления мочеточникового стент-катетера) и через 6 месяцев послеоперационного периода произведены экскреторные урографии в различном временном промежутке (от 15 минут до 60 минут).

Ультразвуковое исследование верхних мочевыводящих путей. Основной целью вышеуказанных исследований было изучение функционального состояния лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника после проведенной реконструктивно-пластической операции.

У пациентов с гипоспадией и со стриктурой уретры в послеоперационном периоде была проведена оценка функциональных результатов операции путем проведения урофлоуметрии. При проведении урофлоуметрии показатели Q_{max} всех пациентов соответствовали нормальным значениям возрастной номограммы. Также в послеоперационном периоде через 6 месяцев у пациентов, у которых не наблюдались послеоперационные осложнения, проводили ретроградную уретрографию (рисунок 3).



Рисунок 3 – Ретроградная уретрография пациента Б., 19 лет с диагнозом гипоспадия пенильно-мошоночная форма. Через 6 месяцев после буккальной уретропластики с использованием непрерывного вворачивающегося шва

Выводы:

1. Совмещение тканей при любом методе хирургического вмешательства (независимо от открытых или эндоскопических операций) зависит от правильности наложения швов и выбора шовного материала.

2. Эффективность непрерывного вворачивающегося шва соответствует требованиям сопоставления тканей, так как слизистая оболочка вворачивается в просвет лоханки, мочеточника и уретры, создавая надежную герметичность анастомоза.

3. Непрерывный вворачивающийся шов способствует более точному сопоставлению краев раны, предотвращая развитие послеоперационных осложнений и повторного рецидивирования патологического процесса в мочевыводящих путях.

Список используемой литературы:

1. Аляев Ю.Г. Эндоскопическое лечение стриктур мочеточника гольмиевым лазером // Ю.Г. Аляев. – Урология. – 2000. – № 2. – С. 156.
2. Мельков Б.О. Соединение тканей в хирургии // Б.О. Мельков. – Черневцы, 1992. С. 8-12.
3. Семенов Г.М. и соавт. /Хирургический шов // Г.М.Семенов, В.Л.Петришин, М.В. Ковшова. -С-Пб, 2001.- С. 256.
4. Чернецова Г.С. Обструктивные уропатии: монография под ред. Г.С. Чернецовой, А.Г. Пугачева, А.Ч. Усупбаева и др. – Бишкек, 2005. – С.57 -87.

© Курбаналиев Р.М., Колесниченко И.В., Кузбаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш., 2017



ISSN 1694-6405

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН**

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

**КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**

№3 2017

Бишкек

МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Р.М. Курбаналиев¹, А.Ч. Усупбаев¹, А.А. Еркович², И.В. Колесниченко³

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

² ФГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный Медицинский Университет»
Министерства Здравоохранения России, кафедра урологии,
г. Новосибирск, Россия

³ ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина»,
кафедра урологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Зюме. В представленной публикации рассмотрены основные вопросы распространения врожденных пороков развития мочепооловой системы в Кыргызстане. освещена сравнительная характеристика структуры данных патологических состояний в России и странах Центральной Европы. Вследствие тесной эмбриогенетической связи мочевой и половой систем человека в 15-30% наблюдений выявлены сочетанные аномалии мочевыделительной и генитальной системы, в 20-30% – САКУТ-синдром, в 28-42% случаев имеется сочетание аномалий мочевыводящих путей с пороками развития других органов системы.

Ключевые слова: Кыргызстан, пороки развития, мочевыводящие пути.

ЗААРА БӨЛҮП ЧЫГАРУУ СИСТЕМАСЫНЫН ТУБАСА ООРУЛАРЫНЫН МОНИТОРИНГИ

Р.М. Курбаналиев¹, А.Ч. Усупбаев¹, А.А. Еркович², И.В. Колесниченко³

¹ И.К. Ахунбаев атындагы КыргызМамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

² ФМББМ ЖПБ «Новосибирск Мамлекеттик Медициналык Университет»
Россия Саламаттык сактоо Министрлиги урология кафедрасы,
Новосибирск ш., Россия

³ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Университети, урология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Жутунду. Мына ушул билдирүүдө заара кана жыныс системасынын тубаса каталыктыгынын Кыргызстанда таралыш суроолору каралып, анын Россияда жана Борбордук Европадагы катталышына салыштырмалуу мүнөздөмө берилди. Адамдын заара жана жыныс системасынын түйүлдүк генетикалык байланышынын негизинде, 15-30% пайыздык байкоолордо заара бөлүп чыгаруу жана гениталык системасынын жаш толгон тубаса каталыктары, а 20-30% учурда-САКУТ синдром, а 28-42% учурда заара бөлүп чыгаруу системасынын тубаса каталыктары башка органдардын же болбосо системанын тубаса каталыктары менен коштолгон.

Изги сөздөр: Кыргызстан, өнүгүүдөгү тубаса каталыктар, заара чыгаруу жолдору.

MONITORING OF URINARY SYSTEM CONGENITAL ABNORMALITIES

R.M. Kurbanaliev¹, A.Ch. Usupbaev¹, A.A. Erkovich², I.V. Kolesnichenko³

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

«Novosibirsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Department of Urology,
Novosibirsk, Russia

³ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Department of Urology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In this article, there is an observation of distribution of congenital abnormalities of urinary system in Kyrgyzstan, and comparative characteristic of structure of these pathological conditions in Russia and Central Europe. Due to close embryogenic link between urinary and genital systems, in 15-30% of cases there are simultaneous abnormalities of two systems, in 20-30% – CAKUT-syndrome, in 28-42% there are combined abnormalities of urinary system with other systems.

Keywords: Kyrgyzstan, congenital abnormalities, urinary system.

Введение

В структуре урологических патологий аномалии мочевыводящих путей составляют 40% от всех ВПР различных органов и систем [3, 5].

По данным мониторинга Федерального и Международного регистров (EUROCAT), структура ВПР в России составляет 3,6 - 14,7 на 1000 новорожденных, в Европе – 3,1 - 12,5 на 1000 родившихся [1, 5, 7].

Согласно данным Национального центра по врожденным дефектам (США), ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн детей с ВПР, в 50% случаев на их фоне развиваются вторичные осложнения, требующие хирургической коррекции [9, 11].

По данным Российской Федерации (РФ) частота ВПР среди новорожденных детей составляет 4-5% (45-50 на 1000 новорожденных), среди них показатели младенческой смертности достигают 35-40% [1, 6].

Среди больных урологического профиля пациенты с различными аномалиями мочеполовых органов составляют 5-12%, причем ВПР мочевыводящих путей занимают третье место в структуре всех пороков развития [7]. На их фоне в 43-80% возникают такие вторичные осложнения как пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, сморщивание почки, артериальная гипертензия [2, 8, 9].

Во многих случаях пороки развития мочевыводящих путей становятся причиной функциональной неполноценности органов. При сочетанных аномалиях верхних и нижних мочевыводящих путей (САКУТ-синдром) нарушается их функциональное состояние за счет развития хро-

нической болезни почек, что приводит к инвалидизации и нарушению трудоспособности пациентов в 74,8% случаев [2, 4, 7, 10, 12].

Разнообразие аномалий и их проявлений в различных возрастных группах остаются предметом изучения клиницистов настоящего времени. Полиморфность, а иногда и отсутствие клинических проявлений ВПР, несвоевременное их распознавание, делает необходимым систематизацию данных патологических состояний с целью выбора метода диагностики и определения тактики ведения и лечения пациентов. Данные аспекты легли в основу настоящей публикации.

Материал и методы исследования

В период с 2010 по 2016 г. произведен мониторинг распространенности и частоты развития ВПР мочевыводящих путей с оценкой причинно-следственных связей в различных регионах Кыргызстана, Российской Федерации и странах Центральной Европы.

На базе кафедры урологии и андрологии Республиканского Научного Центра урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики изучены результаты непосредственных клинических наблюдений и архивных материалов 83012 пациентов с ВПР различных органов и систем, из них – у 24895 больных с ВПР мочевыводящих путей.

Из общего числа пациентов выявлено 59,0% детей и 41,0% взрослых с ВПР мочевыводящих путей. Средний возраст детей составил $4,2 \pm 2,8$, взрослых – $33 \pm 2,6$.

Результаты и их обсуждение

В период с 2010 по 2016 г. в Кыргызстане изучена структура ВПР у детей и взрослых (таблица 1).

Таблица 1

Структура ВПР в Кыргызстане в различных возрастных группах

Годы	Врожденные пороки развития						Пороки мочевыводящих путей					
	Дети		Взрослые		Итого		Дети		Взрослые		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2010	5235	6,3	4310	5,2	9545	11,5	1729	9,6	861	12,6	2590	10,4
2011	5539	6,7	4184	5,0	9723	11,7	1942	10,8	1060	15,5	3002	12,0
2012	6528	7,9	5871	7,0	12399	15,0	2409	13,3	958	14,0	3367	13,5
2013	7493	9,0	6312	7,6	13805	16,6	2846	15,8	1084	15,9	3930	15,8
2014	7425	8,9	5747	6,9	13172	15,9	2712	15,0	911	13,3	3623	14,5
2015	6800	8,2	4830	5,8	11630	14,0	3184	17,6	935	13,7	4119	16,5
2016	7245	8,7	5493	6,6	12738	15,3	3243	18,0	1021	15,0	4264	17,1
Итого	46265	55,7	36747	44,3	83012	100,0	18065	72,6	6830	27,4	24895	100,0

Среди общего количества ВПР, пороки мочевыводящих путей составили 29,9%. Общее соотношение пороков развития мочевыводящих путей к ВПР у детей – 1:3, у взрослых – 1:5.

Этиопатогенетические аспекты возникновения и развития ВПР связаны с нарушением процессов размножения, миграции, дифференциации клеток на III-X неделях внутриутробного

развития в период эмбрионального морфогенеза [1, 6, 7]. Среди факторов возникновения наиболее

значимыми являются наследственные (генетические), экзогенно-обусловленные, мультифакториальные и идиопатические (рисунки 1, 2, 3).



Рисунок 1. Структура причин возникновения ВПР в Кыргызстане.

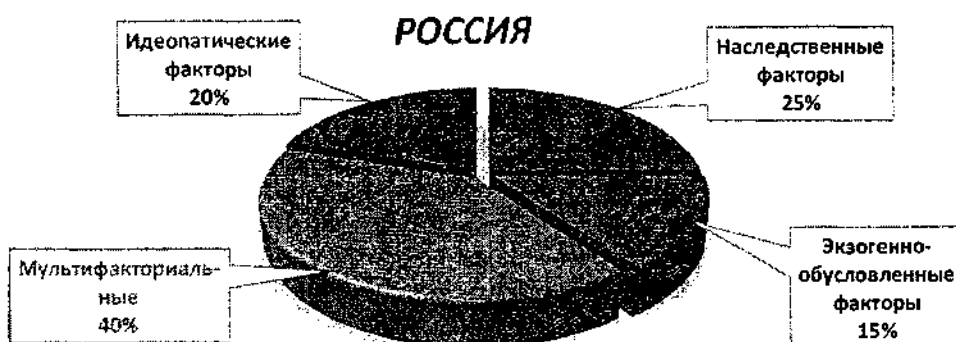


Рисунок 2. Структура причин возникновения ВПР в России.

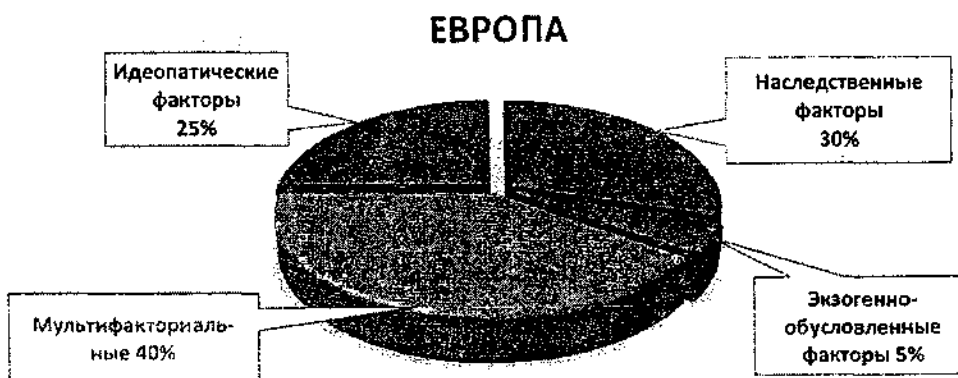


Рисунок 3. Структура причин возникновения ВПР в странах Центральной Европы.

Изучена частота и структура ВПР мочевыводящих путей в Кыргызстане по основным классам патологических процессов (рисунок 4).

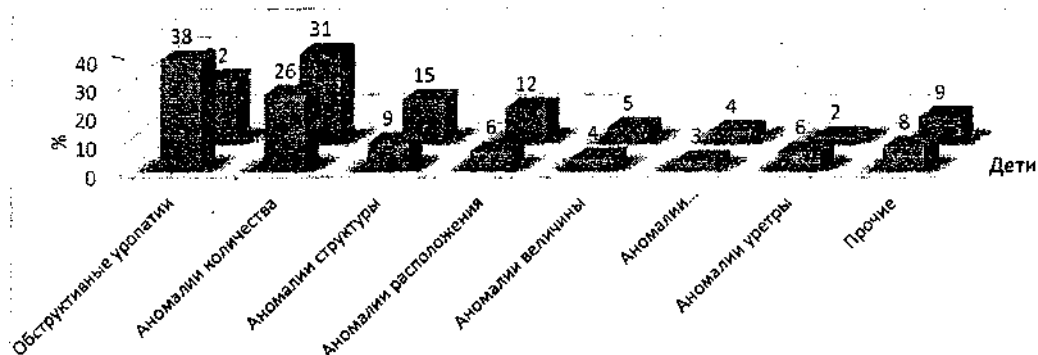


Рисунок 4. Структура заболеваемости ВПР в Кыргызстане по основным классам.

Среди наиболее распространенных ВПР мочевыводящих путей у детей выявлены обструктивные уropатии (38%, $p < 0,05$), у взрослых - аномалии количества почек и мочеточников в виде удвоения, аплазии (31%, $p < 0,05$) и аномалии структуры почек в виде кистозных образований (15%, $p < 0,05$).

Коэффициент рождаемости в Кыргызстане составил более 27 на 1000 населения (3,2 рождения на 1 женщину). По данному показателю республика находится на 85 месте в общемировом рейтинге. Эти значения в последние десять лет подвергались лишь незначительным колебаниям и остаются стабильными из года в год.

Показатель ВПР в структуре смертности новорожденных в Кыргызстане занимает одно из ведущих мест и, прежде всего, зависит от уровня диагностики и оказания медицинской помощи беременным и новорожденным. В 2014-2016 годах количество умерших детей до 1 года составило 20,2 на 1000 новорожденных, из них доля заболеваний ВПР составила 14,8%.

Анализируя распространенность ВПР в различных возрастных группах, структуру младенческой смертности, детской инвалидности, ультразвуковой скрининг как метод ранней диагностики аномалий развития различных органов и систем, нами произведена сравнительная оценка данных фактов среди регионов Кыргызстана, РФ и стран Центральной Европы (рисунки 6,7).

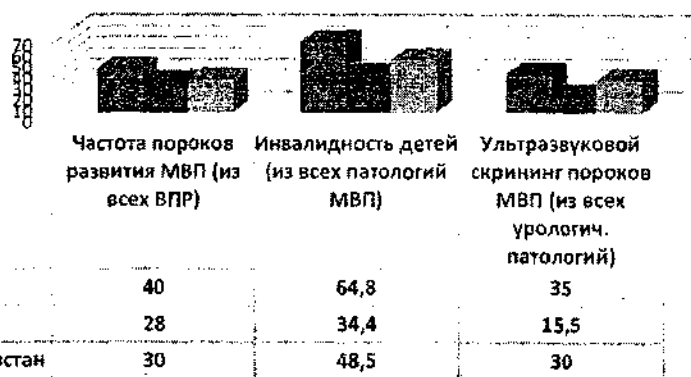


Рисунок 6. Общая структура распространенности ВПР различных органов и систем в разных странах мира.

Исходя из сравнительного анализа всех ВПР выявлена наиболее частая распространенность

аномалий мочевыводящих путей в различных регионах РФ (40%) и Кыргызстана (30%).

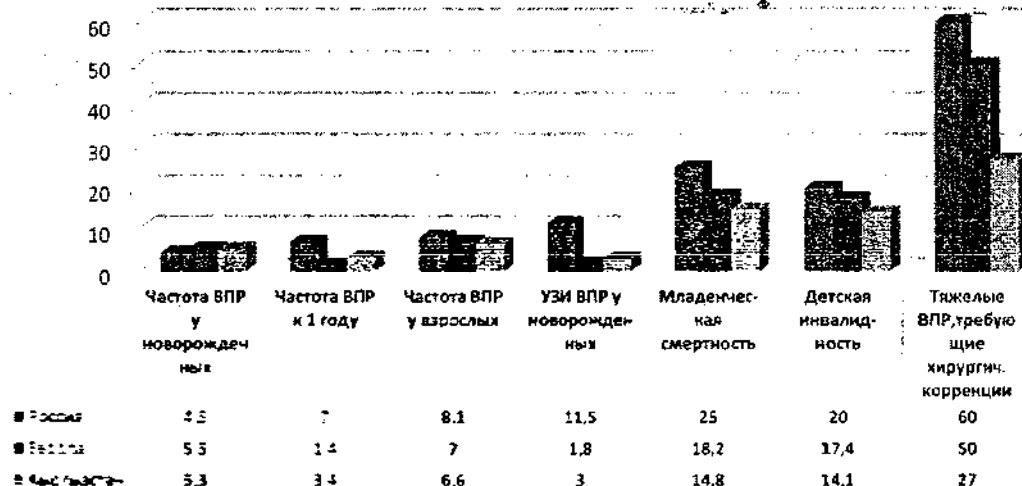


Рисунок 7. Структура ВПР в разных странах мира (ежегодно, %).

Распространенность ВПР у новорожденных преобладает в странах Центральной Европы (5,5%), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой в развитых странах мира и тератогенным действием факторов риска на внутриутробное развитие плода. Частота ВПР у детей первых лет жизни и у взрослых (7,0% и 8,1% соответственно) чаще выявляется в РФ, что говорит о своевременной и информативной диагностике патологических процессов в организме пациента. Тем не менее, риски развития летальных исходов и детской инвалидизации также

чаще диагностируются в РФ, что свидетельствует о позднем обращении пациентов за медицинской помощью, выявлением тяжелых форм ВПР, требующих хирургического вмешательства.

Всем пациентам с ВПР при нарушении уродинамики вследствие обструктивных уropатий произведена хирургическая коррекция.

Структура хирургической активности в Кыргызстане при аномалиях мочевыводящих путей с 2010 по 2016 годы представлена на рисунке 8.

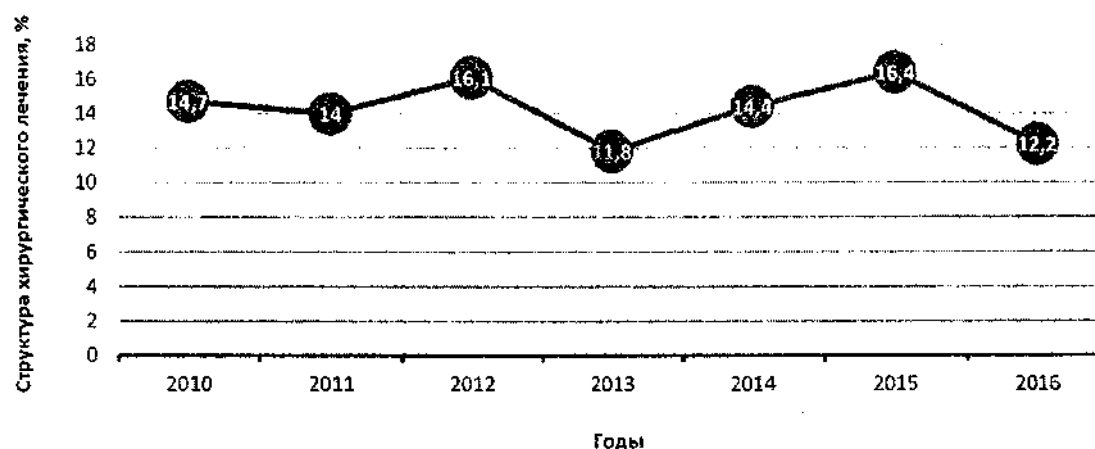


Рисунок 8. Структура хирургического лечения при ВПР мочевыводящих путей.

Хирургическое лечение, произведено всем больным с диагностированной гидронефротической трансформацией на фоне обструктивных уropатий различного генеза (стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, aberrантного сосуда, нейромышечной дисплазии мочеточников), аномалий структуры и взаимоотношения

почек с нарушением функционального состояния почек, пузырно-мочеточникового рефлюкса, вторичного камнеобразования, афункциональной почки и др.

Исходя из вышеуказанных исследований, с целью систематизации и детализации всех ВПР нами разработана и внедрена в практическую

урологию рабочая классификация с учетом обследования, лечения и диспансеризации пациентов с аномалиями развития мочевыводящих путей.

Исходя из обращаемости пациентов в различные лечебно-профилактические учреждения республики, определены три клинические группы, согласно которым врачи первичного и вторичного звена определяют методы диагностики и способы ведения и лечения пациентов с ВПР мочевыводящих путей.

К 1-ой группе относятся больные с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в хирургической коррекции при нарушении уродинамики;

К 2-й группе относятся больные с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в динамическом наблюдении с последующей хирургической коррекцией и/или консервативной терапией;

К 3-й группе относятся пациенты с пороками развития мочевыводящих путей, не нуждающихся хирургической коррекции и медикаментозном лечении, но подлежащих динамическому наблюдению амбулаторно.

Выводы:

1. Среди больных урологического профиля в Кыргызстане в 25-28% исследованиях выявлены пациенты с различными аномалиями мочеполовых органов.

2. В 20% случаев причины возникновения и развития ВПР связаны с неблагоприятными экзогенными факторами внешней среды, из них немаловажное значение определено действием радиоактивных веществ (урановые, угольные месторождения), использованием пестицидов при посевных и поливных сельскохозяйственных работах, употреблением алкоголя, табакокурения, различных лекарственных препаратов во время беременности.

3. Высокая частота распространения ВПР у пациентов в РФ связана с поздней обращаемости больных за медицинской помощью, выявлением тяжелых и сочетанных форм ВПР, недостаточной осведомленностью населения, а также неудовлетворительными социально-бытовыми условиями в отдаленных регионах России.

4. Тенденция к росту ВПР мочевыводящих путей связана как с увеличением числа рождаемости населения, так и с улучшением диагностики выявляемости аномалий. С целью своевременной диагностики, снижения риска развития осложнений и сохранения трудоспособности пациентов с

ВПР, для врачей всех лечебно-профилактических учреждений республики разработана рабочая классификация, определяющая тактику лечения и диспансерного наблюдения пациентов с аномалиями мочевыводящих путей.

Литература:

1. Доброскокова Н.Ф. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов в Новосибирске / Н.Ф. Доброскокова, В.П. Аксенова, А.П. Надеев // *Архив патологии*. - 2010. - № 1. - С. 16-19.
2. Игнатова М.С. САКУТ-синдром у детей / М.С. Игнатова // *М.: Педиатрия*. - 2012. - Т. 91, №6. - С. 141-143.
3. Комяков Б. К. Урология / Б.К. Комяков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 464 с.
4. Короткова Ю.А. Инвалидность вследствие врожденной патологии у детей и основные принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации / Ю.А. Короткова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - 36 с.
5. Крыганова Т.А., Длин В.В. Частота аномалий органов мочевой системы и функциональное состояние почек в зависимости от степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей / Т.А. Крыганова, В.В. Длин // *М.: Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2016. - С.81.
6. Наследственные болезни у детей / М.В.Краснов, В.М.Краснов, А.Г. Кириллов и др. - М., 2011. - 380 с.
7. Сафонова М.П. Особенности клиники и фенотипических признаков при врожденной гипоплазии почек у детей разного возраста / М.П. Сафонова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2014. - С. 5, 9-15.
8. Mutations in 12 known dominant disease-causing genes clarify many congenital anomalies of the kidney and urinary tract / H.Y. Hwang, G.C. Dworschak, S.Kohl et al. - *Kidney Int*, 2014; 85(6): 1429-1433.
9. Renfang S. Genetics of congenital anomalies of the kidney and urinary tract / S. Renfang, V. Yosypiv // *Pediatr Nephrol*. - 2011. - № 3. - P. 353-364.
10. Single-gene causes of congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) in humans / A. Vivante, S.Kohl, D.Y. Hwang et al. // *Pediatr Nephrol*. - 2014; 29 (4): 695-704.
11. The demographic characteristics of children with chronic kidney disease stages 3-5 in South East England over a 5-year period / J.J. Kim, C.J. Booth, S.Waller et al. // *Arch Dis Child*. - 2013. - №1. - P. 324-327.
12. Yosypiv I.V. Congenital Anomalies of Kidney and urinary tract: Genetic Disorder? / I.V. Yosypiv // *Int. J. Nephrology*. - 2012. - P. 909-913.

ISSN 0875-2185-2018



УРОЛОГИЯ



2

• МОСКВА •

2018

Р. М. Курбаналиев¹, А. Ч. Усунбаев¹, И. В. Колесниченко², Н. Ж. Садырбеков³, Б. М. Султанов²

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИДРОНЕФРОЗОМ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ, ОПЕРИРОВАННЫХ МЕТОДОМ АУТОПЛАСТИКИ

¹ Кафедра урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика; ² кафедра урологии Кыргызско-Российского славянского университета им. Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика; ³ Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения КР, Бишкек, Кыргызская Республика

Автор для связи: Р. М. Курбаналиев – к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей функционального состояния верхних мочевыводящих путей у пациентов с гидронефрозом внутрипочечной лоханки, оперированных методом аутопластики.

Материалы и методы. Обследованы 78 пациентов с нарушением пассажа мочи вследствие стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента и сосудистого конфликта (межартериального и артериовенозного сужений) на фоне внутрипочечного строения лоханки, оперированных методом аутопластики влажной оболочки яичка. Всем пациентам проведено хирургическое вмешательство в объеме рассечения стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, резекции париетального листка влажной оболочки яичка с аутопластикой зоны обструкции и внутренним стентированием верхних мочевыводящих путей.

Результаты. Оценены до и после хирургического лечения в сроки от 3 мес. до 3 лет. Через 3 мес. после операции наблюдалось уменьшение размеров почечной лоханки и чашечек почки с улучшением всех параметров уро- и гемодинамики. Через 3 года после операции выявлено полное восстановление структурно-функциональных показателей верхних мочевыводящих путей.

Выводы. Обструктивные уropатии, возникшие на фоне внутрипочечного строения лоханки, приводят к стойким нарушениям уродинамики верхних мочевыводящих путей. Хирургическое вмешательство – единственный радикальный метод восстановления нарушенного пассажа мочи. Методика аутопластики зоны обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента париетальным листком влажной оболочки яичка при внутрипочечном расположении лоханки служит эффективным способом, позволяющим увеличивать ее функциональную емкость и способствующим восстановлению оттока мочи из верхних мочевыводящих путей у мужчин.

Ключевые слова: внутрипочечная лоханка, аутопластика, верхние мочевыводящие пути, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, сосудистый конфликт

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Для цитирования: Курбаналиев Р.М., Усунбаев А.Ч., Колесниченко И.В., Садырбеков Н.Ж., Султанов Б.М. Функциональная оценка состояния верхних мочевыводящих путей у пациентов с гидронефрозом внутрипочечной лоханки, оперированных методом аутопластики. Урология. 2018;2:00–00.
Doi: <https://doi.org/10.18565/urology.2018.2.00-00>

Введение. Нарушение функционального состояния почки развивается все более стремительнее и тяжелее при внутрипочечном строении лоханки вследствие соответствующего анатомо-физиологического строения лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Своевременная диагностика нарушений уродинамики почки у пациентов на фоне внутрипочечной лоханки позволяет на дооперационном этапе оценить характер структурно-функциональных изменений в верхних мочевыводящих путях (ВМП) на фоне обструкции ЛМС, а также дает возможность обосновать выбор вида хирургической коррекции [1].

Некоторые авторы считают, что аномалия сосудов почки – это редко встречающаяся патология [2]. В действительности, по нашим наблюдениям, при внутрипочечном строении лоханки данная патология встречается в 48–50% случаев, обуславливая нарушение пассажа мочи из ВМП.

При нарушении пассажа мочи из ВМП на фоне внутрипочечного строения лоханки в тканях ЛМС развиваются рубцово-склеротические процессы, которые приводят к возникновению стойкой зоны обструкции с пролиферацией соединительнотканых элементов, а также формированием педункулита и периуретрального склероза. При этом происходит вовлечение ЛМС в соединительнотканый футляр и нарушение в нем микроциркуляции с фиброзно-мышечной дисплазией стенки прилоханочного отдела ВМП, уменьшение или отсутствие эластических волокон [3]. Последующие изменения в слизистой оболочке ЛМС проявляются десквамацией эпителия и участками некроза с образованием микроэрозий [3, 4].

Залогом успешного хирургического вмешательства при обструктивных уropатиях является достаточная визуализация зоны стриктуры и неопаносомоза. Во время оперативного вмешательства необходимо учитывать физиологическое соответствие объемов чашечек объему лоханки с

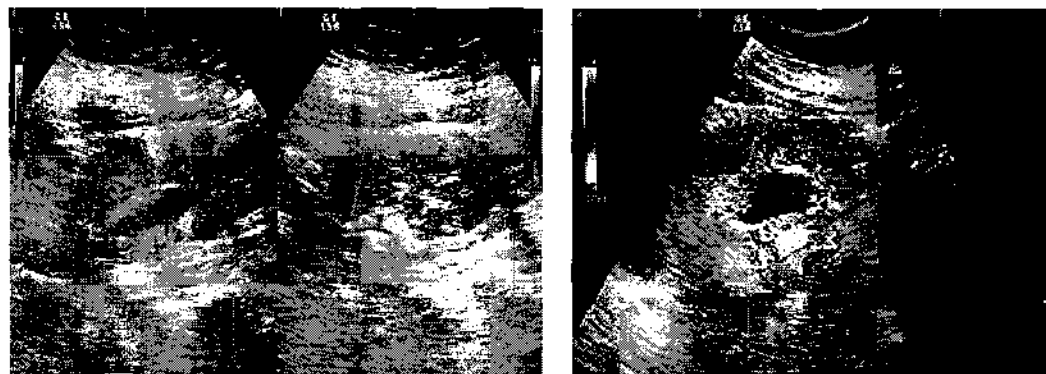


Рис. 1. Данные УЗДГ при стриктуре ЛМС на фоне внутривнепочечного строения лоханки (гидронефроз справа)

целью нормализации уродинамики [5]. Радикальными операциями при гидронефрозе считаются те из них, которые предусматривают одновременно ликвидацию причины, восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями и приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) [6].

Известны способы аутоотрансплантации мочеточника фаллопиевыми трубами, лиофилизированной твердой мозговой оболочкой, сосудистыми трансплантатами и др., которые находятся на стадии изучения вследствие недостаточности перистальтических сокращений зоны ЛМС мочеточника [7, 8].

Цель исследования: целью настоящего исследования стало изучение особенностей функционального состояния верхних мочевыводящих путей у пациентов с гидронефрозом внутривнепочечной лоханки, оперированных методом аутопластики.

Материалы и методы. Проведено комплексное урологическое обследование 78 пациентов с гидронефрозом при внутривнепочечном строении лоханки в возрасте от 14 до 60 лет (средний возраст — 32,5 года).

Продолжительность заболевания 36 (46,2%) пациентов составила от 6 до 10 лет, 24 (30,8%) — от 1 до 5 лет, 18 (23%) — свыше 10 лет.

У 40 (51,3%) больных диагностирована стриктура ЛМС (рис. 1), у 38 (48,7%) — сосудистый конфликт в зоне ЛМС (рис. 2).

При проведении экскреторной урографии на дооперационном этапе у всех пациентов определены признаки гидронефротической трансформации на фоне внутривнепочечного строения лоханки (рис. 3).

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение в объеме аутопластики ЛМС париетальным листком влагалищной оболочки яичка под эндотрахеальным наркозом. Из межмышечного доступа визуализировали суженный участок ЛМС и провели продольный разрез длиной 1,5–2,0 см. В просвет мочеточника установили стент-катетер № 6–7. Далее из париетального листка влагалищной оболочки яичка выкроили лоскут размером 2,5×1,5 см. Аутоотрансплантат непрерывным «вворачивающимся» швом с использованием нитей полигликолида 4–0. В рану установлена страховая дренажная трубка. Рана ушита послойно. На дефект кожи поясничной области и мошонки наложены рассасывающие (полидиоксанон) швы. Выполнена катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея сроком на 2–3 дня.

Этапы операции представлены на рис. 4–9.

Результаты оперативной коррекции оценены в сроки от 3 мес. до 3 лет на основании данных УЗДГ, экскреторной урографии, МСКТ мочевыводящих путей с изучением эвакуаторной функции почечной лоханки, улучшением уро- и гемодинамики почки. С целью предупреждения послеоперационных осложнений важным условием стала

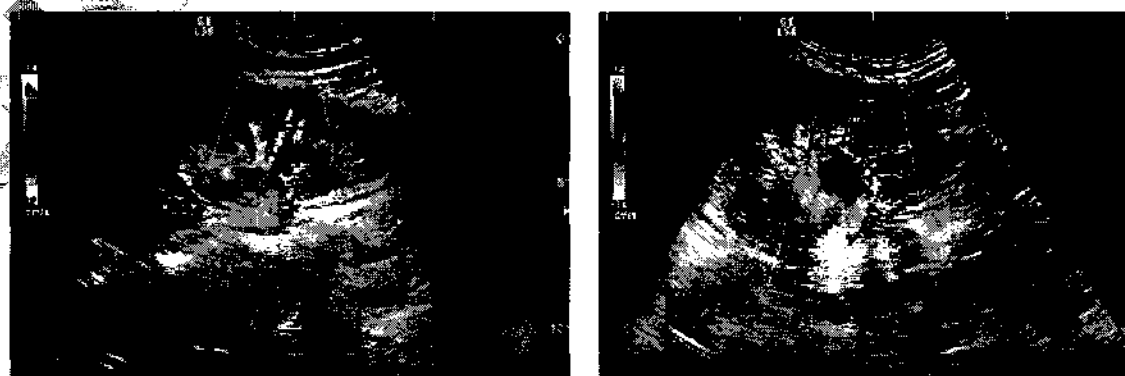


Рис. 2. Данные УЗДГ при стриктуре ЛМС на фоне внутривнепочечного строения лоханки и сосудистого конфликта (гидронефроз справа)



Рис. 3. Экскреторная урограмма на 60-й минуте. Расширение ЧЛС справа на фоне внутрипочечного расположения лоханки

фиксация аутотрансплантата своей внутренней поверхностью к просвету суженного участка ЛМС. Статистическую обработку оценили по критериям Манна-Уитни и Уилкоксона.

Результаты исследования. Объем прооперированной почки всех пациентов через 3 мес. после операции умень-

шился на 7,1%, но оставался увеличенным на 12,3% ($p < 0,05$) по прошествии 3 лет (табл. 1). Наблюдалось уменьшение дилатации ЧЛС. Так, размер почечной лоханки уменьшился на 11,6%, чашечек — на 36,1%, но их размеры оставались увеличенными на 40,5 и 43,3% соответственно (в обоих случаях $p < 0,05$) спустя 3 года. В течение 1–3 лет дилатация ЧЛС отсутствовала, при этом объем почки статистически значимо уменьшился на 19,4% ($p < 0,05$), а толщина паренхимы увеличилась на 33% ($p < 0,05$).

В группе больных гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта через 3 мес. после операции сужение ЛМС отсутствовало, объем прооперированной почки уменьшился на 7% ($p < 0,05$), отмечено уменьшение дилатации ЧЛС (табл. 2). Размер лоханки сократился на 19,3%, чашечек — на 48,5% (в обоих случаях $p < 0,05$). С течением времени (1–3 года) объем почки уменьшился на 22,1% ($p < 0,05$) и составил в среднем $98,64 \pm 2,13$ см³, толщина паренхимы увеличилась на 19,9% ($p < 0,05$), при этом дилатация ЧЛС не регистрировалась (см. табл. 2).

Согласно данным доплерографии, у больных с гидронефрозом на фоне внутрипочечной лоханки и стриктуры ЛМС через 3 мес. после операции показатель V_{max} на уровне дуговых и сегментарных артериях вырос на 31,5 и 36,1% соответственно (в обоих случаях $p < 0,05$; табл. 3). В свою очередь показатель V_{min} в сегментарных артериях

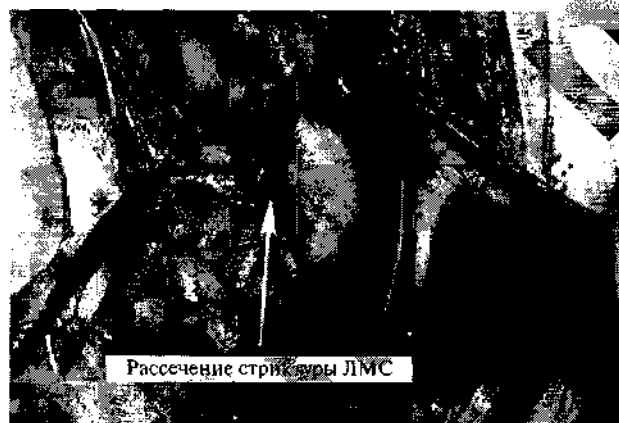


Рис. 4. Ревизия ЛМС, рассечение стриктуры при внутрипочечном строении лоханки

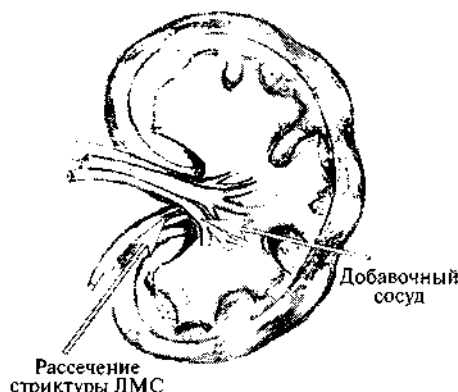


Рис. 5. Ревизия зоны ЛМС, рассечение стриктуры при внутрипочечном расположении лоханки на фоне сосудистого конфликта



Рис. 6. Наложение ауто трансплантата — парietального листка влагалищной оболочки яичка

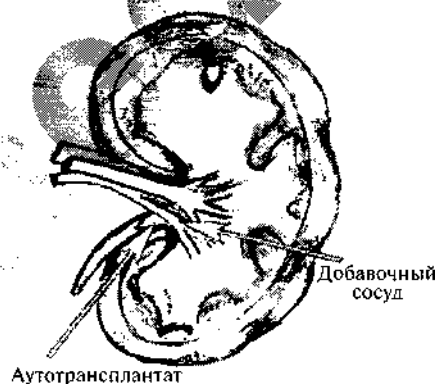
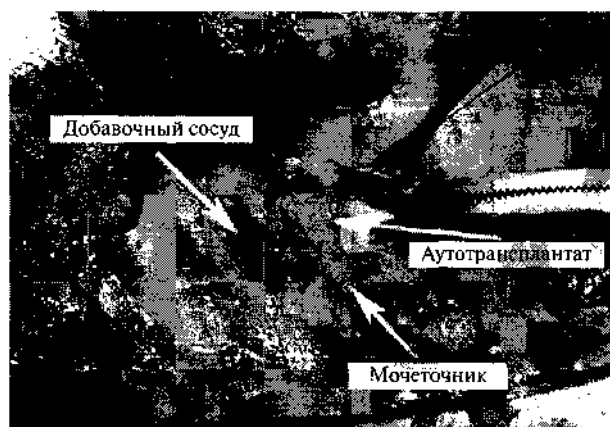


Рис. 7. Наложение ауто трансплантата — парietального листка влагалищной оболочки яичка при наличии сосудистого конфликта ЛМС

вырос на 19,8% ($p < 0,05$), на уровне дуговых артерий — в 2 раза ($p < 0,05$; см. табл. 3). Наряду с этим индекс пульсации (PI) на уровне сегментарных и дуговых артерий статистически значимо снизился на 19,3 и 13,4% соот-

ветственно (в обоих случаях $p < 0,05$). Индекс периферического сопротивления (RI) на уровне сегментарных и дуговых артерий снизился на 8,5 и 8,8% соответственно ($p < 0,05$).



Рис. 8. Фиксация ауто трансплантата на зону ЛМС

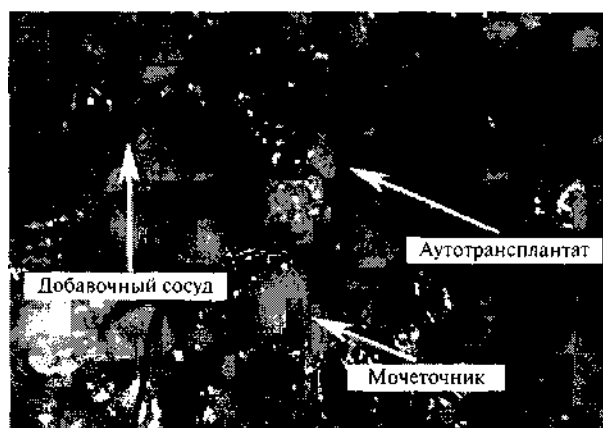


Рис. 9. Фиксация ауто трансплантата на зону ЛМС при наличии сосудистого конфликта (абerrантный сосуд перемещен латерально)

Таблица 1
Структурные показатели ВМП у пациентов с гидронефрозом внутрипочечной лоханки и стриктуры ЛМС до и после хирургического лечения ($\bar{X} \pm m$, $n=40$)

Показатель	До операции	После операции		
		через 3 мес.	через 1 год	через 3 года
Дилатация ЧЛС				
Лоханка, мм	35,22±3,13	31,12±1,24 $p=0,012$ $p_1=0,018$	22,18±1,18 $p=0,014$ $p_1=0,021$	18,52±1,24 $p=0,012$ $p_1=0,018$
Чашечки, мм	16,31±2,96	10,43±1,32 $p=0,016$ $p_1=0,032$	6,12±1,84 $p=0,012$ $p_1=0,016$	5,91±2,11 $p=0,022$ $p_1=0,028$
Толщина паренхимы, мм	14,51±2,43	16,32±1,96 $p=0,024$	18,15±2,11 $p_1=0,044$	19,31±2,27 $p_1=0,036$
Объем почки, см ³	123,2±6,2	114,5±4,3 $p=0,038$	112,6±3,23	99,3±3,56 $p_1=0,044$

Примечание. Здесь и в табл. 2–4 статистическая значимость различий: p – по сравнению с группой контроля (по критерию Манна–Уитни) p_1 – по сравнению с показателем до операции (по критерию Уилкоксона).

Таблица 2
Структурные показатели почек у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта до и после хирургического лечения ($\bar{X} \pm m$, $n=38$)

Показатель	До операции	После операции		
		через 3 мес.	через 1 год	через 3 года
Протяженность сужения ЛМС, мм	2,5±0,11	Нет	Нет	Нет
Дилатация ЧЛС				
Лоханка, мм	22,31±2,54	18,23±1,11 $p<0,014$ $p_1=0,012$	16,13±2,14 $p<0,014$ $p_1=0,018$	14,76±1,54 $p<0,01$ $p_1=0,018$
Чашечки, мм	9,52±1,14	7,12±0,54 $p=0,011$ $p_1=0,012$	5,41±1,56 $p=0,014$ $p_1=0,018$	4,9±1,23 $p=0,014$ $p_1=0,022$
Толщина паренхимы, мм	18,72±2,54	20,13±1,23 $p=0,024$	22,34±1,98 $p_1=0,038$	22,45±2,17 $p_1=0,032$
Объем почки, см ³	112,5±5,4	104,6±3,23 $p=0,044$	98,75±2,12 $p_1=0,044$	98,64±2,43 $p_1=0,036$

Через 1 и 3 года после операции наблюдалась нормализация исследуемых параметров. Так, показатель V_{max} на уровне дуговых и сегментарных артерий вырос на 42 и 45,9% соответственно, показатель V_{min} в сегментарных и дуговых артериях увеличился в 1,7 и 3,1 раза соответственно (в обоих случаях $p<0,05$). При этом показатель PI на

уровне сегментарных и дуговых артерий снизился на 28,7 и 27,6% соответственно, показатель RI – на 17,4 и 6,3% (во всех случаях $p<0,05$).

Динамика доплерографических показателей больных с гидронефрозом на фоне добавочного сосуда в процессе наблюдения представлена в табл. 4.

Таблица 3
Доплерографические показатели у пациентов с гидронефрозом на фоне внутрипочечной лоханки и стриктуры ЛМС до и после хирургического лечения ($\bar{X} \pm m$, $n=40$)

Показатель	До операции		После операции			
	сегментарная артерия	дуговая артерия	сегментарная артерия	дуговая артерия	сегментарная артерия	дуговая артерия
V_{max} , см/с	42,13±3,71	19,14±2,36	57,34±2,96 $p_1=0,012$	25,17±1,34 $p=0,044$	61,49±3,17 $p_1=0,011$	27,18±1,42 $p=0,012$
V_{min} , см/с	9,32±0,63	3,41±0,22	11,17±1,22 $p=0,036$	7,54±1,11 $p=0,024$ $p_1=0,012$	15,97±1,36 $p_1=0,011$	10,47±2,12 $p_1<0,021$
PI, усл. ед.	1,29±0,12	1,12±0,05	1,04±0,12 $p_1=0,034$	0,97±0,03 $p=0,044$	0,92±0,03 $p_1=0,022$	0,81±0,01 $p_1=0,036$
RI, усл. ед.	0,69±0,01	0,63±0,04	0,64±0,02 $p=0,036$	0,62±0,03 $p=0,038$	0,57±0,03 $p_1=0,024$	0,59±0,02 $p_1=0,022$

Допплерографические показатели у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта ($X \pm m$, $n=38$)

Т а б л и ц а 4

Параметр	До операции		После операции			
	сегментарная артерия	дуговая артерия	сегментарная артерия	дуговая артерия	сегментарная артерия	дуговая артерия
V_{max} , см/с	71,18±3,68	14,23±2,12	68,23±3,54	27,15±1,45 $p=0,036$	64,37±2,95	27,96±1,39 $p=0,011$
V_{min} , см/с	10,24±2,37	6,41±1,17	14,57±1,13	7,12±1,44 $p=0,044$	18,13±2,15 $p=0,036$	11,42±2,19 $p=0,012$
PI, усл. ед.	1,13±0,23	1,03±0,07	1,02±0,21 $p=0,042$	0,94±0,02 $p=0,036$	0,90±0,04 $p=0,012$	0,83±0,05 $p=0,036$
RI, усл. ед.	0,75±0,02	0,68±0,03	0,72±0,07 $p=0,032$	0,61±0,04 $p=0,036$	0,58±0,02 $p=0,012$	0,56±0,07 $p=0,011$

Через 3 мес. после операции показатель V_{min} в сегментарных и дуговых артериях вырос на 29,7 и 9,9% соответственно ($p<0,05$). Наряду с этим показатель PI на уровне сегментарных и дуговых артерий статистически значимо снизился на 9,7 и 8,7% соответственно (в обоих случаях $p<0,05$). Показатель RI на уровне сегментарных и дуговых артерий снизился на 4 и 10,1% (в обоих случаях $p<0,05$).

Через 1 и 3 года после операции показатель V_{min} в сегментарных и дуговых артериях увеличился в 1,8 и 1,7 раза соответственно (в обоих случаях $p<0,05$). При этом показатель PI на уровне сегментарных и дуговых артерий снизился в 1,3 и 1,2, RI – в 1,3 и 1,2 раза (во всех случаях $p<0,05$).

Согласно данным экскреторной урографии, до операции контрастирование ЧЛС у пациентов с гидронефрозом на фоне внутривнепочечной лоханки и стриктуры ЛМС наблюдалось в течение 30 мин и более, отмечены дилатация лоханки и гидрокаликоз (табл. 5).

Через 3 мес. после операции контрастирование ЧЛС регистрировалось в течение 10–15 мин, при этом наблюдалось умеренное расширение лоханки до 2,23±0,3, чашечек – до 0,98±0,04 см. Через 1 и 3 года после операции ЧЛС контрастировалась в течение 7–10 мин, при этом размер лоханки уменьшился на 66,2%, чашечек – на 85,3% (в обоих случаях $p<0,05$).

Как видно из табл. 6, у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта до операции контрастирование ЧЛС наблюдалось в течение 30 мин и более с рентгенологическими признаками гидронефротической трансформации II стадии.

Через 3 мес. после операции контрастирование ЧЛС регистрировалось в течение 7–15 мин, при этом наблюдалось умеренное расширение лоханки до 0,9±0,04 см, чашечек – до 0,65±0,02 см, признаки дилатации ЧЛС отсутствовали. Через 1 и 3 года после операции ЧЛС контрастировалась до 10 мин, при этом размер лоханки уменьшился на 84,5%, чашечек – на 80% ($p<0,05$).

Данные экскреторной урографии пациентов с гидронефрозом на фоне внутривнепочечной лоханки и стриктуры ЛМС до и после хирургического лечения ($X \pm m$, $n=40$)

Т а б л и ц а 5

Признаки	До операции	После операции		
		через 3 мес.	через 1 год	через 3 года
Время контрастирования ЧЛС, мин	30 и более	10–15	7–10	7–10
Размеры лоханки, мм	3,35±1,12	2,23±0,3	1,12±0,02 $p=0,011$	1,14±0,01 $p=0,012$
Гидрокаликоз, см	1,5±0,64	0,98±0,04	0,21±0,03 $p=0,016$	0,23±0,04 $p=0,018$

Примечание. Здесь и в табл. 6–8: p – статистическая значимость различий с показателем до операции (по критерию Уилкоксона).

Данные экскреторной урографии у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта до и после хирургического лечения ($X \pm m$)

Т а б л и ц а 6

Признаки	До операции	После операции		
		через 3 мес.	через 1 год	через 3 года
Время контрастирования ЧЛС, мин	30 и более	10–15	До 10	До 10
Размеры лоханки, мм	2,45±0,12	0,9±0,04 $p=0,011$	0,41±0,03 $p=0,012$	0,36±0,01 $p=0,011$
Гидрокаликоз, см	0,95±0,02	0,65±0,02 $p=0,036$	0,23±0,04 $p=0,014$	0,15±0,03 $p=0,012$
Протяженность сужения ЛМС, мм	2,1±0,74	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует

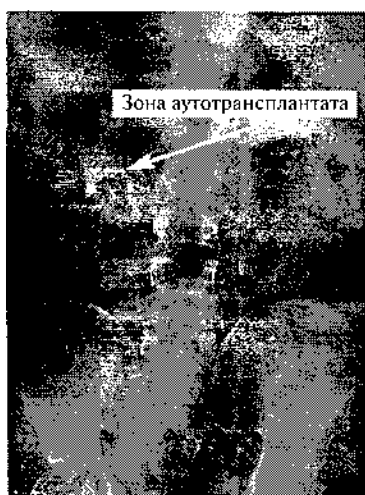


Рис. 10. Экскреторная урограмма на 7-й минуте после аутопластики ЛМС через 3 мес. после операции — функция почек удовлетворительная, анастомоз ЛМС проходим

До хирургического лечения у пациентов с гидронефрозом на фоне стриктуры ЛМС, по данным МСКТ, наблюдалась дилатация ЧЛС и нарушение структурно-функционального состояния почечной паренхимы (табл. 7). Через 3 мес. после операции наблюдалась положительная динамика. Так, размер лоханки уменьшился на 33,6% и составил в среднем $25,32 \pm 2,24$ мм, чашечки уменьши-

лись на 36,4%, толщина паренхимы увеличилась на 40,4% и составила в среднем $18,57 \pm 1,17$ мм (во всех случаях $p < 0,05$). Спустя 3 года после операции наблюдалось полное восстановление структурно-функциональных показателей почек (см. табл. 7).

Все эти параметры указывают на восстановление функционального состояния почек (рис. 10).

До операции у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта, по данным МСКТ, отмечены дилатация ЧЛС, нарушение структурно-функционального состояния почечной паренхимы и наличие сужения ЛМС в зоне сосудистого конфликта. Через 3 мес. после операции наблюдалась положительная динамика: размер лоханки уменьшился на 27,9%, чашечки сократились на 42,3%, толщина паренхимы увеличилась на 100% (во всех случаях $p < 0,05$; табл. 8). Через 3 года после операции наблюдалось полное восстановление структурно-функциональных показателей почек. Размер лоханки составил $14,8 \pm 1,12$ мм, чашечек — $2,14 \pm 0,09$ мм, толщины паренхимы — $21,34 \pm 1,98$ мм (во всех случаях $p < 0,05$).

Заключение. Обструктивные уропатии, возникшие на фоне внутривнепочечного строения лоханки, приводят к стойким нарушениям уродинамики ВМП. Хирургическое вмешательство — радикальный метод восстановления нарушенного пассажа мочи. Методика аутопластики зоны обструкции ЛМС париетальным листком влажной оболочки яичка при внутривнепочечном строении лоханки служит эффективной методикой, позволяющей увеличить ее функциональную емкость и обеспечивающей восстановление оттока мочи из ВМП у мужчин. Через 3 мес. после операции у всех исследуемых пациентов наблюда-

Таблица 7
Данные МСКТ пациентов с гидронефрозом внутривнепочечной лоханки и стриктуры ЛМС до и после хирургического лечения ($X \pm m$, $n=40$)

Признак	до операции	после операции	
		через 3 мес.	через 3 года
Дилатация лоханки, мм	$38,15 \pm 2,74$	$25,32 \pm 2,24$ $p=0,036$	$14,28 \pm 1,35$ $p=0,011$
Гидрокаликоз, мм	$14,43 \pm 2,13$	$9,18 \pm 0,54$ $p=0,044$	$4,13 \pm 0,09$ $p<0,014$
Толщина паренхимы почки, мм	$13,23 \pm 1,24$	$16,57 \pm 1,17$ $p=0,044$	$19,46 \pm 1,12$ $p=0,012$

Таблица 8
Данные МСКТ у пациентов с гидронефрозом на фоне сосудистого конфликта до и после хирургического лечения ($X \pm m$, $n=38$)

Признак	До операции	После операции	
		через 3 мес.	через 3 года
Дилатация лоханки, мм	$25,28 \pm 2,31$	$18,23 \pm 1,32$ $p=0,024$	$14,8 \pm 1,12$ $p<0,001$
Гидрокаликоз, мм	$8,96 \pm 1,42$	$5,17 \pm 1,11$ $p=0,012$	$2,14 \pm 0,09$ $p<0,001$
Протяженность сужения ЛМС, мм	$2,4 \pm 0,24$	Отсутствует	Отсутствует
Диаметр зоны сужения ЛМС, мм	$4,7 \pm 0,31$	Отсутствует	Отсутствует
Фиксированный перегиб мочеточника	В 17 (32,7%) случаях имеется	Отсутствует	Отсутствует
Сегментарный сосуд	Визуализируется	Не визуализируется	Не визуализируется
Толщина паренхимы почки, мм	$16,12 \pm 2,37$	$18,13 \pm 1,23$ $p=0,044$	$21,34 \pm 1,98$ $p=0,022$

лось уменьшение размеров почечной лоханки и чашечек почки с улучшением параметров уро- и гемодинамики. Через 3 года после операции выявлено полное восстановление структурно-функциональных показателей верхних мочевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kolesnichenko I.V., Chernetsova G.S. Actual problems of diagnosis and management of patients with hydronephrosis. Vestnik KGMA im. I.K. Akhunbaeva. 2014;3:51–54. Russian (Колесниченко И.В., Чернецова Г.С. Актуальные вопросы диагностики и ведения больных с гидронефрозом. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2014;3:51–54).
2. Baryushin M.M., Kastanayan A.A., Valueva I.S. Rare vascular anomaly: «Arterial pincer» as a cause of obstruction of the ureteropelvic segment of the right kidney. Vestnik urologii. 2014;2:63–67. Russian (Барюшин М.М., Кастанаян А.А., Валуева И.С. Редкая сосудистая аномалия: «Артериальный пинцет» как причина обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента правой почки. Вестник урологии. 2014;2:63–67).
3. Bratichkov O.I., Veden'ev Yu.I., Myagchenko S.V. Clinical and morphological features in hydronephrosis. Plenum Pravleniya Rossiiskogo obshchestva urologov: Sb. nauch. tr. Krasnodar. 2010. S. 24–31. Russian (Братчиков О.И., Веденев Ю.И., Мягченко С.В. Клинико-морфологические особенности при гидронефрозе. Пленум Правления Российского общества урологов: Сб. науч. тр. Краснодар, 2010. С. 24–31).
4. Yuricu M. et al. Investigation of histopathologic changes in pelviureteral junction obstruction. Ren. Fail. 2010;32(2):162–166.
5. Pugachev A.G., Kudryavtsev Yu.I., Larionov I.I. Reconstruction surgery for hydronephrosis. Urologiya i nefrologiya. 1993;5:2–4. Russian (Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.И., Ларионов И.И. Пластические операции при гидронефрозе. Урология и нефрология. 1993;5:2–4).
6. Karpenko V.S. Causes of hydronephrosis and choice of surgical treatment. Urologiya. 2002;3:43–46. Russian (Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения. Урология. 2002;3:43–46).
7. Bogdanov V.G., Borodkina D.A. Plastic surgery of the ureter. Meditsina v Kuzbasse. 2008;3:3–4. Russian (Богданов В.Г., Бородкина Д.А. Пластика мочеточника. Медицина в Кузбассе. 2008;3:3–4).
8. Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Chernetsova G.S., Kolesnichenko I.V. et al. Experimental work: reconstruction of the pelvi-ureteric junction and ureter using testicular tunica vaginalis autograft. Urologiya. 2017;6:50–54. Russian (Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Чернецова Г.С., Колесниченко И.В. и др. Экспериментальная работа: аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника влагалишной оболочкой яичка. Урология. 2017;6:50–54).

Поступила 18.12.17

Принята в печать 27.02.18

Received 18.12.17

Accepted 27.02.18

EVALUATION OF UPPER URINARY TRACT FUNCTION IN PATIENTS UNDERGOING AUTOPLASTIC SURGERY FOR HYDRONEPHROSIS OF THE INTRARENAL PELVIS

R.M. Kurbanaliev¹, A.Ch. Usupbaev¹, I.V. Kolesnichenko², N.Zh. Sadyrbekov³, B.M. Sultanov³

¹M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic; ²B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic; ³Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic

Corresponding author: R. M. Kurbanaliev – Ph.D., Teaching Assistant at the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Aim. To investigate the functional state of the upper urinary tract in patients undergoing autoplasic surgery for a hydronephrosis of the intrarenal pelvis.

Material and methods. The study comprised 78 patients with the intrarenal pelvis and impaired urinary outflow due to stricture of the ureteropelvic junction and vascular conflict (interatrial and arteriovenous narrowing), who underwent pyeloplasty using autologous tunica vaginalis. All patients underwent an incision of ureteropelvic stricture and resection of the parietal layer of the tunica vaginalis which was used to repair the obstruction site and internal stenting of the upper urinary tract.

Results. The patients were examined at baseline and during follow-up ranging from 3 months to 3 years. At three months after surgery, there was a decrease in the size of the renal pelvis and calyces with an improvement of all parameters of uro- and hemodynamics. At three years after surgery, the structural and functional parameters of the upper urinary tract were completely restored.

Conclusion. Obstructive uropathy, resulting from the intrarenal pelvis, leads to persistently impaired urinary outflow from the upper urinary tract. Surgical intervention is the only curative treatment able to restore the urinary flow. In men with the intrarenal pelvis, the autoplasic surgery of the ureteropelvic junction obstruction using a parietal layer of the tunica vaginalis is an effective surgical modality improving renal pelvis capacity and contributing to the recovery of urinary outflow from the upper urinary tract.

Keywords: intrarenal pelvis, autoplasic surgery, upper urinary tract, stricture of the ureteropelvic segment, vascular conflict

Authors declare no conflict of interests for this article. For citations: Kurbanaliev R.M., Usupbaev A.Ch., Kolesnichenko I.V., Sadyrbekov N.Zh., Sultanov B.M. Evaluation of upper urinary tract function in patients undergoing autoplasic surgery for hydronephrosis of the intrarenal pelvis. Urologiya. 2018;2:00–00 (in Russian)

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2018.2.00-00>

Сведения об авторах:

Курбаналиев Р.М. — к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Усупбаев А.Ч. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: usupbaevakylbek@rambler.ru

Колесниченко И.В. — к.м.н., доцент кафедры урологии Кыргызско-Российского славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: irina-kw@mail.ru

Салдырбеков Н.Ж. — д.м.н., зав. отделением общей урологии Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения КР, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: nurbek_081969@mail.ru

Султанов Б.М. — аспирант кафедры урологии Кыргызско-Российского славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика; e-mail: letter4bobothon@gmail.com

Authors' information:

Kurbanaliev R.M. — Ph.D., Teaching Assistant at the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Usupbaev A.Ch. — Dr.Med.Sci., Prof., Head of the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: usupbaevakylbek@rambler.ru

Kolesnichenko I.V. — Ph.D., Associate Professor at the B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: irina-kw@mail.ru

Sadyrbekov N.Zh. — Dr.Med.Sci., Head of the Department of General Urology, Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: nurbek_081969@mail.ru

Sultanov B.M. — Ph.D. Student at the B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic; e-mail: letter4bobothon@gmail.com

ISSN 0722-2065



9 771723 290000

УРОЛОГИЯ

6

• МОСКВА •

2017

А. Ч. Усупбаев¹, Р. М. Курбаналиев¹, Г. С. Чернецова², И. В. Колесниченко²,
Б. М. Султанов², Н. М. Мырзаканов³, А. О. Золотухин³, Н. А. Вагнер⁴

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА: АУТОПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И МОЧЕТОЧНИКА ВЛАГАЛИЩНОЙ ОБОЛОЧКОЙ ЯИЧКА

¹Кафедра урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; ²кафедра урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан; ³кафедра акушерства и хирургии факультета ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К. И. Скрябина, Бишкек, Кыргызстан; ⁴ветеринарная клиника «Animal planet», Бишкек, Кыргызстан

Автор для связи: Р. М. Курбаналиев – к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения путем использования аутооттрансплантата (влагищной оболочки яичка) на верхних мочевыводящих путях экспериментальных животных.

Материалы и методы. В работе представлены результаты замещения участков почечной лоханки и мочеточника аутооттрансплантатом у 25 собак (мужские особи). Забор лоскутов трансплантата произведен путем резекции париетального листка влагищной оболочки яичка, пересаженного в область лоханочно-мочеточникового сегмента и проксимального отдела мочеточника. Дренажирование верхних мочевыводящих путей осуществлено с помощью мочеточникового стент-катетера. Результаты оценивали через 1 неделю, 1–3–6 месяцев после операции. Анализировали функциональное состояние почек и мочеточников с помощью экскреторной урографии и УЗИ, изучали морфогистологическую картину биоптатов аутооттрансплантата.

Результаты: Во всех случаях жизнеспособность аутооттрансплантата полностью сохранялась, отсутствовали признаки вторичного инфицирования, некроза и нарушения проходимости в зоне анастомоза. При гистологическом исследовании наблюдали признаки эпителизации и соединительнотканного замещения в зоне имплантации с процессами неоваскулогенеза.

Заключение. Предложенный метод хирургического лечения служил альтернативным способом восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей при обструктивных уропатиях.

Группа обструктивных урологических патологий изучена на примере стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента при внутрипочечной лоханке, стриктур мочеточника протяженностью до 3–4 см.

Ключевые слова: аутооттрансплантат, влагищная оболочка яичка, верхние мочевыводящие пути

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Для цитирования: Усупбаев А. Ч., Курбаналиев Р. М., Чернецова Г. С., Колесниченко И. В., Султанов Б. М., Мырзаканов Н. М., Золотухин А. О., Вагнер Н. А. Экспериментальная работа: аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника влагищной оболочкой яичка. Урология. 2017;6:50–54
Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2017.6.50-54>

Введение. Восстановление проходимости верхних мочевыводящих путей при обструктивных уропатиях остается одной из самых сложных проблем оперативной урологии [1, 2]. В современной литературе описано много способов хирургического лечения гидронефротической трансформации с целью восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей, однако недостаточно освещены вопросы, касающиеся изучения функционального состояния почек и мочеточников при замещении зоны обструкции аутооттрансплантатом.

На стадии изучения находятся методики замещения мочеточника синтетическими материалами, сосудистыми аутооттрансплантатами, фаллопиевыми трубами, лиофилизированной твердой мозговой оболочкой при протяженных стриктурах или при тотальном замещении мочеточников. Однако данные трансплантаты не подходят для постоянно-

го замещения ввиду невозможности осуществлять сокращения, подобные перистальтике цистидов мочеточника, что в свою очередь может стать причиной рецидива уретерогидронефроза [3].

Наиболее широко используемыми методами замещения мочеточника при обширных повреждениях в настоящее время являются использование различных отделов кишечника – тонкой кишки, имеющей схожее с мочеточником строение стенки и обладающей способностью к сократительной деятельности, червеобразного отростка и сегментов толстой кишки [3].

Для реконструкции стриктур мочеточника протяженностью от 3 до 5 см некоторые авторы используют методику буккальной пластики [4–7].

В литературе представлены единичные экспериментальные работы, посвященные изучению проблем восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей. Так, в работе [8] у трех павианов

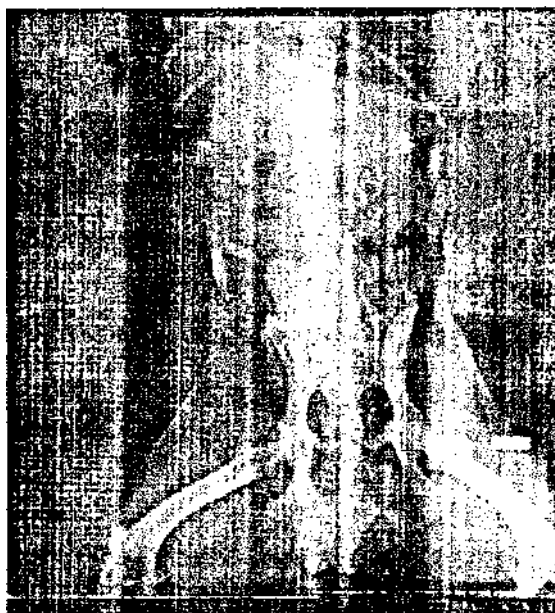


Рис. 1. Обзорная урография. Наличие стент-катетера в верхних мочевыводящих путях у экспериментальных животных

оценивали возможность замены поврежденного сегмента мочеточника протяженностью до 3 см свободным аутотрансплантатом из слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения путем использования аутотрансплантата (влагиальной оболочки яичка) на верхних мочевыводящих путях у экспериментальных животных.

Материалы и методы. Экспериментальная работа проведена Республиканским научным центром урологии совместно с кафедрой акушерства и хирургии факультета ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К. И. Скрябина и ветеринарной клиникой «Animal planet». Исследование выполнено на 25 беспородных собаках мужских особей. Масса тела 2 особей составила 8 кг, 6 — от 11 до 12 кг, 7 — от 12 до 14 кг, 8 особей — от 14 до 16 кг.

Всем животным была выполнена аутопластика мочеточника влагиальной оболочкой яичка. Операция выполнена под внутривенным наркозом с дополнительной инфильтрационной анестезией 2%-ным раствором лидокаина — 50 мл. Операционное поле — поясничная область слева и мошонка — выстригали, обрабатывали йодистым раствором. Длина разреза в поясничной области соответствовала 5–6 см. Межмышечным доступом в забрюшинном пространстве визуализировали мочеточник, брали его на держалку и рассекали продольно на 2,5 см. В просвет мочеточника устанавливали стент-катетер. Рану прикрывали стерильным материалом. Выполняли разрез кожи мошонки длиной 1,5–2 см. Выделяли и вскрывали влагиальную оболочку яичка, из которой выкраивали лоскут размером 2,5×0,5 см, ушивали ее. На кожу накладывали рассасывающиеся (полидиоксанон) швы, асептическую повязку. Аутоимплантат фиксировали внутренней поверхностью к просвету мочеточника и ушивали непрерывным вворачивающимся швом полигликолида

4–0. Мочеточник подводили к позвоночному краю раны и чресфасциально закрепляли к ней. В рану устанавливали дренажную страховую трубку. Послойно ушивали рану. На кожу налагали рассасывающиеся (полидиоксанон) швы, асептическую повязку. Выполняли катетеризацию мочевого пузыря катетером Нелатона. Собак переводили в послеоперационный вольер. Осуществляли динамическое наблюдение с контролем температуры тела и диуреза. Назначали антибактериальную терапию: цефтриаксон 0,5 г 2 раза в сутки, раствор метронидазола 50 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 2 дней. С целью контроля установки мочеточникового стента-катетера выполняли обзорную урографию в прямой и боковой проекциях (рис. 1).

Забор биопсийного материала для морфогистологического исследования осуществлен через 1 мес. у 7 особей, через 3 — у 8 и через 6 мес. — у 10 собак. Вмешательство проведено под аналогичной ранее анестезией. Выполнен продольный разрез длиной 2–3 см по старому послеоперационному рубцу, ближе к позвоночному углу. Межмышечным доступом в забрюшинном пространстве находили фиксированный мочеточник, производили краевое иссечение фрагмента аутотрансплантата и ткани мочеточника размером около 0,4×0,3 см. Удаляли стент-катетер. Дефект мочеточника ушивали узловыми швами полигликолида 4–0. На кожу накладывали рассасывающиеся швы полидиоксанона, асептическую повязку.

В послеоперационном периоде осуществляли динамическое наблюдение за температурой тела и суточным диурезом.

Назначали антибактериальную терапию в виде цефтриаксона 0,5 г однократно внутримышечно и раствора метронидазола 50 мл однократно внутривенно капельно.

Стент-катетер был установлен 10 особям, из них у 3 он был удален через 1 мес., у 3 — через 3, у 4 — через

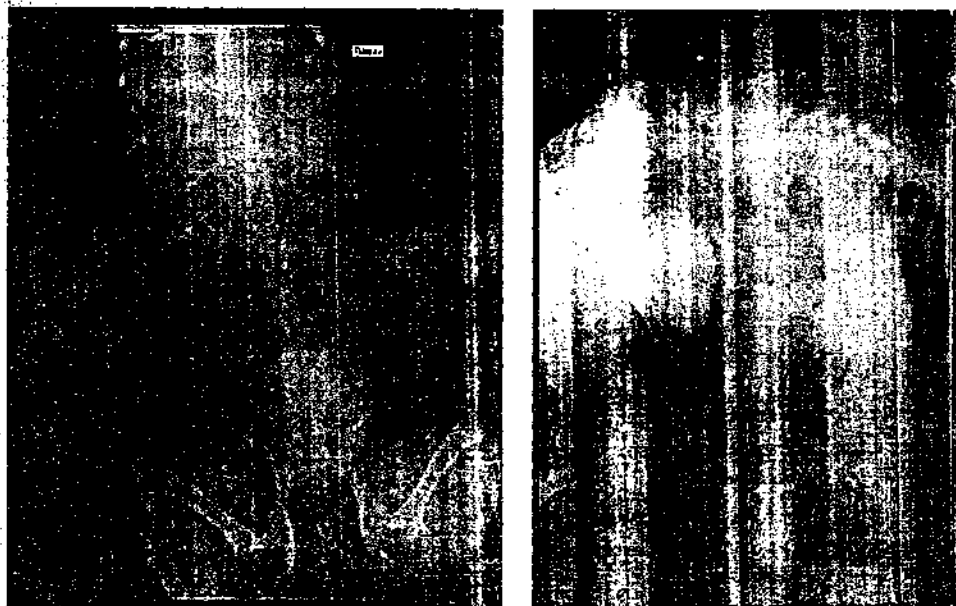


Рис. 2. Экскреторная урограмма на 5–15-й минуте после операции. Выделительная функция почек удовлетворительная, часть контрастного вещества — в мочевом пузыре

6 мес. Пятнадцати собакам установка стента не производилась.

Для гистологического исследования готовили парафиновые срезы на санном микротоме толщиной 5–6 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином.

Сравнительная оценка результатов хирургической коррекции проведена до и после операции путем анализа данных экскреторных урограмм, УЗИ, гистологического исследования аутооттрансплантата.

Все животные обследованы в раннем послеоперационном периоде на 7-е сутки и далее через 1–3–6 мес. Четырем особям произведен забор биопсийного материала (мочеточник+аутооттрансплантат и

люханка+аутооттрансплантат) через 1 мес., 5 — через 3, 6 — через 6 мес.

Работа с животными при проведении эксперимента проведена в соответствии гуманным отношением и нравственными нормами по защите животных для биомедицинских исследований.

Результаты. Во всех случаях жизнеспособность аутооттрансплантата полностью сохранялась, отсутствовали признаки вторичного инфицирования, некроза и нарушения проходимости в зоне анастомоза.

В послеоперационном периоде у одной особи наблюдалось вторичное заживление раны, связан-

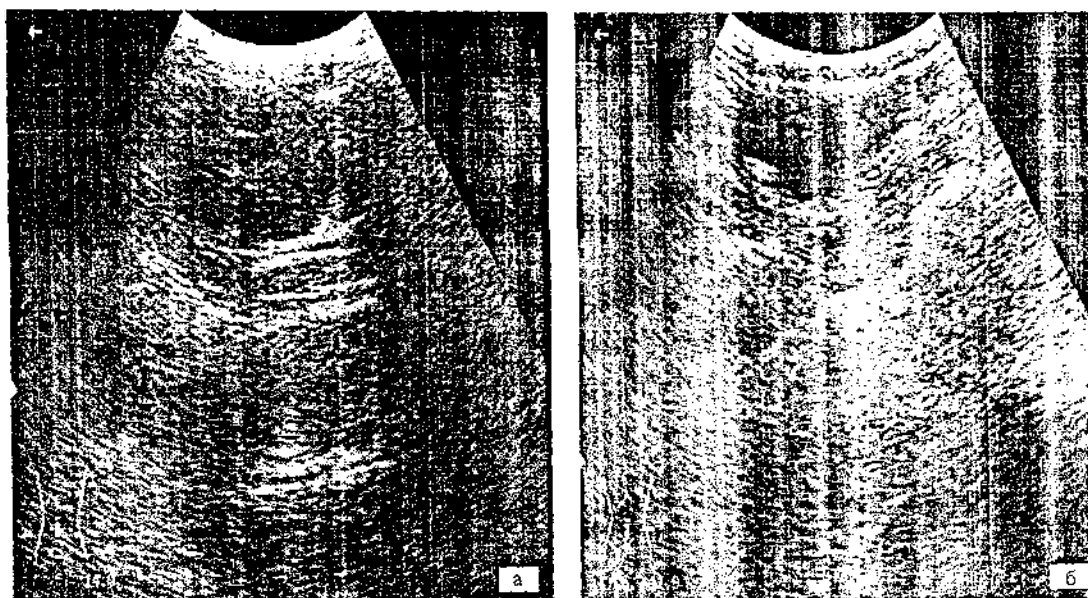


Рис. 3. Данные УЗИ почек у экспериментальных животных в послеоперационном периоде.
а — пассаж мочи из верхних мочевыводящих путей не нарушен.
б — стент-катетер визуализируется в мочевом пузыре.

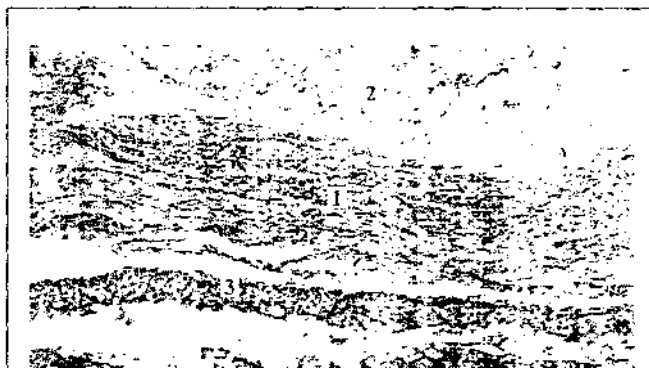


Рис. 4. Микропрепарат стенки мочеоточника через 1 месяц после операции

1 — имплантат, 2 — соединительная ткань, 3 — напoлзающий эпителий. Здесь и на рис. 5, 6: окраска гематоксилином и эозином. $\times 480$.



Рис. 5. Микропрепарат стенки мочеоточника через 1 месяц после операции

1 — полнокровные сосуды в зоне дефекта, 2 — имплантат, 3 — формирование эпителия в зоне имплантата.



Рис. 6. Мочеоточник через 6 месяцев после операции

1 — формирование эпителия в зоне имплантата, 2 — имплантат.

ное с постоянными расчесами вокруг нее. У 4 особей со стент-катетрами в первые 7 дней отмечена дизурия, которая в последующем купировалась. В отношении 9 животных в послеоперационном периоде в течение 2–3 сут. регистрировалось повышение температуры до $38,3\text{--}39^\circ\text{C}$ (норма при ректальном измерении $37,5^\circ\text{C}$).

Нарушения пассажа мочи, по данным экскреторной урографии, не выявлено ни у одного животного (рис. 2).

По данным проведенного УЗИ в послеоперационном периоде, нарушения уродинамики в мочевыводящих путях не выявлено (рис. 3 а, б).

При гистологическом исследовании препаратов через 1 мес. наблюдались признаки эпителизации в зоне трансплантации. Отчетливо определены зона трансформации, признаки гистиолимфоцитарной инфильтрации, адгезия имплантата (рис. 4).

Результаты гистологического исследования через 3 мес. выявили признаки соединительнотканного замещения имплантата. Зона трансформации была стертой. Определены признаки восстановления микроциркуляторного русла с полнокровными сосудами, что характеризовало снижение лимфоцитарной инфильтрации (рис. 5).

Через 6 мес. после операции констатировано соединительнотканное замещение в зоне имплантации. Наблюдались признаки эндотелизации и неоваскулогенеза: клетки заместительной соединительной ткани хорошо выражены, с крупными ядрами. Отмечено восстановление структурной архитектуры соединительнотканых клеток зоны трансплантата (рис. 6).

Выводы

1. Аутотрансплантат влажной оболочки яичка приживляется в течение 30–60 дней и герметично закрывает дефект мочеоточника, не вызывая нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей.
2. На биопсийном материале подтверждено, что аутотрансплантат влажной оболочки яичка является своего рода «матрицей», представляющей соединительную ткань, внутреннюю поверхность которой выстилает слизистый эпителий, исходящий из мочеоточника.
3. Данные экспериментальной работы можно использовать как метод выбора хирургического лечения мужчин, страдающих нарушениями уродинамики верхних мочевыводящих путей, с целью увеличения диаметра мочеоточника и лоханочно-мочеоточникового сегмента.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Komyakov B.K., Guliev B.G., Novikov A.I., Dorofeev S.Ya., Lebedev M.A., Al'-Issa A. Intestinal urethroplasty. *Urologia*. 2005;2:24–28. Russian (Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Новиков А.И., Дорофеев С.Я., Лебедев М.А., Аль-Исса А. Интестинальная пластика мочеоточников. *Урология*. 2005;2:24–28).
2. Kato H., Abol-Enein H., Igawa Y., Nishizawa O., Ghoneim M.A. Case of ideal ureter with proximal antireflux system. *Urol*. 2002;1:12–22.
3. Bogdanov V.G., Borodkina D.A. Urethroplasty. *Meditsina v Kuzbasse*. Kemerovo. 2008;3:3–4. Russian (Богданов В.Г., Бородкина Д.А. Пластика мочеоточника. *Медицина в Кузбассе*. Кemerovo. 2008;3:3–4).
4. Agrawal V., Dassi V., Andankar M.G. Buccal mucosal graft onlay repair for a ureteric ischemic injury following a pyeloplasty. *Indian J Urol*. 2010;26(1):120–2. Doi: 10.4103/0970-1591.60458.
5. Badawy A.A., Abolyosr A., Saleem M.D., Abuzeid A.M. Buccal mucosa graft for ureteral stricture substitution: initial experience. *Urology*. 2010;76(4):971–975. Discussion: 975. Doi: 10.1016/j.urology.2010.03.095.
6. Naude J.H. Buccal mucosal grafts in the treatment of ureteric lesions. *BJU Int*. 1999;83(7):751–754.
7. Trapeznikova M.F., Bazaev V.V., Shibaev A.N., Luk'yanchikov A.G.

Vinogradov A.V. Replacement plastic reconstruction of extended ureteral stricture using buccal mucosa autograft. *Urologiya*. 2014;2:16–19. Russian (Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Шибаяев А.Н., Лукьянчиков А.Т., Виноградов А.В. Заместительная пластика протяженных стриктур мочеточника аутооттрансплантом буккальной слизистой. *Урология*. 2014;2:16–19).

Somerville J.J., Naude J.H. Segmental ureteric replacement: an animal study using a free non-pedicled graft. *Urol. Res.* 1984;12(2):115–119.

Experimental work: reconstruction of the pelvi-ureteric junction and ureter using testicular tunica vaginalis autograft. *Urologia*. 2017;6:50–54 (in Russian)
 Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2017.6.50-54>

Поступила 15.08.17
 Принята в печать 31.10.17
 Received 15.08.17
 Accepted 31.10.17

EXPERIMENTAL WORK: RECONSTRUCTION OF THE PELVI-URETERIC JUNCTION AND URETER USING TESTICULAR TUNICA VAGINALIS AUTOGRAFT

A. Ch. Usupbaev¹, R. M. Kurbanaliev¹, G. S. Chernetsova², I. V. Kolesnichenko³, B. M. Sultanov², N. M. Myrzakanov³, A. O. Zolotukhin², N. A. Vagner⁴

¹ M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education. I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan; ² B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan; ³ Department of Obstetrics and Surgery, Faculty of Veterinary Medicine and Biotechnology, the K.I. Skryabin Kyrgyz National Agrarian University, Bishkek, Kyrgyzstan; ⁴ «Animal planet» Veterinary Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan

Corresponding author: R. M. Kurbanaliev – Ph.D., Teaching Assistant at the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education. I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Aim. To evaluate the results of surgical reconstruction of the upper urinary tract using an autograft of testicular tunica vaginalis in experimental animals.

Materials and methods. The article presents the results of partial replacement of the renal pelvis and ureter with an autograft in 25 male dogs. The grafts were harvested by resection of the parietal layer of the testicular tunica vaginalis, which was transplanted into the region of the pelvi-ureteric junction and the proximal ureter. The upper urinary tract was drained using a ureteral stent catheter. The results were evaluated at week 1 and months 1, 3 and six after the operation. The functional state of the kidneys and ureters was analyzed using excretory urography and ultrasound; the autograft biopsy specimens were examined histologically.

Results. In all cases, the viability of the autograft was completely preserved, there were no signs of secondary infection, necrosis and impaired patency in the anastomosis zone. Histological examination revealed signs of epithelialization, connective tissue substitution and neovascutogenesis in the implantation zone.

Conclusion. The proposed surgical modality is an alternative method to restore normal urine flow in the upper urinary tract in obstructive urological diseases. The group of obstructive urological diseases was studied using the model of the strictures of the pelvi-ureteric junction in the intrarenal pelvis and ureteral strictures measuring up to 3–4 cm in length.

Keywords: autograft, tunica vaginalis of the testis, upper urinary tract

Authors declare no conflict of interests for this article. For citations: Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Chernetsova G.S., Kolesnichenko I.V., Sultanov B.M., Myrzakanov N.M., Zolotukhin A.O., Vagner N.A.

Сведения об авторах:

Усупбаев А.Ч. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Курбаналиев Р.М. — к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Чернецова Г.С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Колесниченко И.В. — к.м.н., доцент кафедры урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина; e-mail: irina-kw@mail.ru

Султанов Б.М. — аспирант кафедры урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина; e-mail: letter4bobozhon@gmail.com

Мырзаканов Н.М. — к.б.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и хирургии, факультет ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К.И. Скрябина, Бишкек, Кыргызстан

Золотухин А.О. — ассистент кафедры акушерства и хирургии, факультет ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К.И. Скрябина, Бишкек, Кыргызстан

Вagner Н.А. — директор ветеринарной клиники «Animal planet», Бишкек, Кыргызстан

Authors' information:

Usupbaev A.Ch. — Dr.Med.Sci., Prof., Head of the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Kurbanaliev R.M. — Ph.D., Teaching Assistant at the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Chernetsova G.S. — Dr.Med.Sci., Prof., Head of the B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan

Kolesnichenko I.V. — Ph.D., Associate Professor at the B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan; e-mail: irina-kw@mail.ru

Sultanov B.M. — Ph.D. Student at the B. N. El'tsin Department of Urology, Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan; e-mail: letter4bobozhon@gmail.com

Myrzakanov N.M. — Ph.D. (bio. sci.), Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Surgery, Faculty of Veterinary Medicine and Biotechnology, the K.I. Skryabin Kyrgyz National Agrarian University, Bishkek, Kyrgyzstan

Zolotukhin A.O. — Teaching Assistant at the Department of Obstetrics and Surgery, Faculty of Veterinary Medicine and Biotechnology, the K.I. Skryabin Kyrgyz National Agrarian University, Bishkek, Kyrgyzstan

Vagner N.A. — Director of the «Animal planet» Veterinary Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan

Курбаналиев Р.М., Кузубаев Р.Е., Усупбаев А.Ч., Хакимходжаев З.Ш.,
Мырзалиев Ж.С., Адиев А.Т., Султанов Б.М.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПОСПАДИИ: НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Республиканский научный центр урологии КР, г. Бишкек

Резюме: Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока остается весьма актуальной, неудачи в послеоперационном периоде достигают иногда 50% и более. В данной статье мы предоставили опыт успешного использования разных методик хирургической коррекции при одной и той же форме порока.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика.

Kurbanaliev R., Kuzebaev R., Usupbaev A., Hakimhodjaev Z., Myrzaliev J.,
Adiev A., Sultanov B.

THE CASE OF THE FAMILY OF HYPOSPADIAS: OUR EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION

Republic Scientific Center of Urology, Kyrgyzstan, Bishkek

Resume: Despite the large number of scientific studies on the treatment of hypospadias, the problem of correcting the urethral defect remains relevant, failures in the postoperative period sometimes reach more than 50%. In this article, we have provided the experience of successful use of different methods of surgical correction at one and the same form of vice.

Keywords: hypospadias, urethroplasty.

Пороки развития мочеиспускательного канала и наружных половых органов до настоящего времени составляют значительный удельный вес в структуре детской заболеваемости и продолжают оставаться наиболее трудными разделами восстановительной детской хирургии, а также реабилитационной эндокринологии и андрологии. Гипоспадия представляет собой недоразвитие мочеиспускательного канала с замещением недостающего его отдела плотным соединительно-тканым тяжом (хордой), что обуславливает искривление полового члена в вентральную сторону (1,9).

Порок является сугубо интимным дефектом и обычно тщательно скрывается от окружающих. Нередко родители пропускают оптимальные сроки оперативного лечения или обращаются к врачу слишком поздно. По мере роста ребенка гипоспадия оказывает отрицательное воздействие на психику ребенка. В половозрелом возрасте такие больные, в основном физически здоровые, но убежденные в своей половой неполноценности, испытывают страх перед раскрытием тайны порока. Психические рас-

стройства личности отмечается у 47% случаев (4).

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. По публикациям разных авторов за последние 40 лет отмечен значительный рост данной патологии. Если в 70-е годы частота рождения мальчиков с гипоспадией составляла 1:500-600 новорожденных, то в настоящее время частота рождения новорожденных мальчиков с различными формами гипоспадии возросла до 1:125 (2,3) случаев. Причем за последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости гипоспадии. По данным американского Центра контроля за заболеваниями (Center for Disease Control) количество детей с гипоспадией за последние 30 лет увеличилось в два раза (2,3).

Гипоспадия является полиэтиологическим заболеванием. Причины развития этого порока разнообразны: воздействие различных тератогенных экзо- и эндогенных факторов в период ускоренного роста и развития мочеполовой системы, соответствующее 7 – 14 неделе. Сред-

факторы развития гипоспадии значимыми являются генетические, эндокринные и факторы влияния окружающей среды (7,8). Ведущую роль в увеличении числа страдающих данным заболеванием имеют экологические катастрофы, точечные мутации генов, использование продуктов питания содержащих дизрапторы: андрогенные разрушители и андрогенные заместители, изменяющие гормональный статус плода таким образом, что нарушается процесс формирования пола. В настоящее время к дизрапторам относят фунгициды, фталаты, пестициды и гербициды большинство из которых присутствуют в нашей повседневной жизни. Нередко к развитию гипоспадии может привести гормональная терапия, применяемая при угрозе выкидыша, либо гормональная контрацепция, проводимая до предполагаемой беременности в сроки менее 6 месяцев (7,8,10).

Большинство хирургов и урологов считают наиболее целесообразным начинать лечение в возрасте 3-5 лет, так как в ранние годы жизни ребенка анатомически и физиологически более благоприятно. Необходимость оперативного лечения в эти сроки обосновывается следующими обстоятельствами: предупреждаются необратимые изменения в пещеристых телах полового члена и не задерживается его развитие, обеспечивается ранее восстановления нормального мочеиспускания, это способствует полноценному развитию полового члена и до минимума снижает отрицательные психогенные воздействия на ребенка (5,6).

Пластический материал для формирования уретры должен соответствовать следующим требованиям: он должен быть эластичным и легко растяжимым при эрекциях, при пластике уретры у детей сохранять способность к росту, иначе неизбежно несоответствие, полностью уничтожающие результаты, не иметь тенденции к сужению; внутренняя поверхность должна иметь эпителиальный покров; просвет должен быть достаточным для обеспечения свободного мочеиспускания (12).

Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, проблема коррекции этого порока

остается весьма актуальной. Существует много нерешенных вопросов. Предложено более трехсот различных операций, однако изучение результатов хирургического лечения гипоспадии, по данным отечественных и зарубежных авторов, показала, что проблема лечения данного порока не решена до настоящего времени, поскольку различного рода неудачи в послеоперационном периоде достигают иногда 50% и более (11,12,13).

Цель: Представить наш опыт хирургической коррекции семейной гипоспадии с использованием непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Материал и методы. В РНЦ урологии наблюдались родные братья пациент Б.18 и пациент С.16 лет с диагнозом гипоспадия, мошоночная форма.

Жалобы: На мочеиспускание по женскому типу, искривление полового члена в вентральную сторону.

Анамнез: Со слов родителей дети родились в результате родственного брака. Обасына, старший до 6 лет, младший до 4-х лет имели женский пол. В 4-6 летнем возрасте родители заметили, что дети росли как мальчики, склонности характера и игры были характерны для мальчика. После обращения к хирургу по месту жительства было получено заключение, что дети типичные мальчики и выставлен диагноз гипоспадия мошоночная форма. Посоветовали сложнейшую операцию против РКДБ. Тогда родители изменили паспортный полис, записали детей как мальчиков.

Объективно: Общее развитие соответствует возрасту, половые органы развиты типично для мошоночной формы гипоспадии, половой член резко искривлен, несколько недоразвит, наружное отверстие уретры открывается в дистальной трети мошонки, мошонка расщеплена.

В РНЦУ пациенты обследованы со стороны ОАК, ОАМ, биохимические анализы крови, RW- крови, ПТИ, сахар крови, ЭКГ, R грудной клетки, УЗИ внутренних органов - в пределах нормы.

Первый этап операции: Иссечение хорды, выпрямление полового члена. Троакарная цистостомия произведена в марте 2012 года обоим пациентам.



Рис. 3. А. Наложение непрерывного вворачивающего шва.
Б. Сформированная уретра.

На фоне проведения антибактериальной, противовоспалительной, противорубцовой терапии состояние больного улучшилось. Послеоперационный период протекал без осложнений. Уретральный катетер был удален на 14 сутки после операции, а надлобковый мочевого дренаж удален после восстановления адекватного акта мочеиспускания на 16 сутки.

Второй этап операции: Буккальная уретропластика по методу клиники произведена в октябре 2012 года пациенту С., 16 лет.

Ход операции: Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля произведена троакарная цистостомия.

Половой член и мошонка обработаны, кожа полового члена и мошонки взяты на держалки и растянуты, произведены два параллельных разреза от головки полового

члена шириной 1 см, длиной около 9 см, с окаймлением свищевого хода. Край кожной раны мобилизован, подготовлен ложе для буккального лоскута (рис. 4, А). Затем после тщательной обработки ротовой полости выделен и взят лоскут из слизистой щеки с правой стороны длиной около 10 см, шириной 1,5 см (рис. 4, Б), и положена в раствор с гентамицином. Рана на слизистой щеки ушита непрерывным кетгутовыми швом. Буккальный лоскут обработан и удалены излишки тканей. Далее в мочевой пузырь установлен уретральный катетер Nelaton № 14. На фоне уретрального катетера произведена буккальная уретропластика с использованием непрерывного вворачивающего герметичного шва (рис. 5, А). Сформированная уретра длиной 9 см (рис. 5, Б). Многослойные швы на рану. На рану асептическая глицириновая повязка.



А

Рис. 4, А. Подготовлена тоннель.



Б

Б. Выделение буккального лоскута.



А

Рис. 5, А. Наложение непрерывного вворачивающегося шва.



Б

Б. Сформированная уретра.

На фоне проведения антибактериальной, противовоспалительной, противорубцовой терапии состояние больного улучшилось. После операционный период протекал без осложнений. Уретральный катетер был удален на 14 сутки после операции, а надлобковый мочевой дренаж удален после восстановления адекватного акта мочеиспускания на 16 сутки.

Результаты: По результатам 3 месячного наблюдения состояние пациентов удовлетворительное, жалоб не предъявляют, мочеиспускание свободное, струя сформированная, также пациенты отмечают удовлетворительные эрекции.

1) урофлоуметрия: $Q_{max} 20 \text{ мл/сек}$. 2) УЗИ: почек, мочевого пузыря без особенностей.

Выводы: Несмотря на многочисленные разработанные способы уретропластики при

гипоспадии успех создания неоуретры зависит от количества методов, которыми в совершенстве владеет оперирующий хирург. Поскольку при одной и той же форме порока с одинаковым успехом можно использовать разные методики.

У больных с гипоспадией целесообразнее начинать лечение в возрасте 3-5 лет, так как в ранние годы жизни ребенка анатомически и физиологически более благоприятно, кроме того, в данном возрасте выполнение корригирующих операций минимально сказывается на психике ребенка. Как правило, ребенок быстро забывает негативные моменты послеоперационного лечения, что в дальнейшем не отражается на его личностном развитии.

Так же зависит от свойства ткани, используемой для ее формирования. Использование буккального лоскута как пластич-

материала для формирования уретры, является эффективным и безопасным методом. Все это зависит от принципа наложения - использование непрерывного шва, позволяющего герметичного шва при лучшей стабильной фиксации достигшему проангиогенезу и устраняет развитие некроза лоскута, дивертикула.

Литература:

1. Володько Е.А. Хирургическая тактика при уретрите у детей с нарушением формирования. Е.А. Володько. Автореф. дис. д.м.н. - Москва, 2009.
2. Рудин Э.Ю. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии дезинтегрированным краем крайней плоти. Э.Ю. Рудин. Урология. - 2008. - №5. - С.34-40.
3. Макажанов М.А. Гипоспадия. Хирургическая тактика. М.А. Макажанов. Здравоохранение Таджикистана. - Душанба, 2011. - №3. - С.204-205.
4. Колеватых В.Н. Оперативное лечение порока развития мочеиспускательного канала у детей. Колеватых В.Н. Куйбышевское книжное издательство. - 1969. - С.190.
5. Русаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала. В.И. Русаков. - Москва: «Медицина», 1991. - С.100.
6. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Н.Е. Савченко. - Минск: «Белорусь», 1974. - С.100.

7. Эндокринные аспекты лечения гипоспадии у детей. Л.Б. Меновщикова, С.Л. Коварский, Н.Ю. Калинин. Б.К. Ташпулатов. Андрология и генитальная хирургия. - 2010. - №3. - С.84-89.

8. Генетические исследования гипоспадии. Н.Е. Савченко, Г.И. Лазюк, Г.И. Кравцев и др. // Вопросы медицинской генетики и генетики человека. - Минск, 1971. - С.27-34.

9. Диагностика ложного мужского гермафродитизма у детей с гипоспадией. Е.А. Володько, Д.Н. Бровин, Д.В. Романов, А.Б. Окулов. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - №2. - С.58-62.

10. Применение клеточных технологий для реконструкции уретры в детской урологии. О.С. Роговая, А.В. Васильев, А.К. Файзуллин, Н.В. Демин. Андрология и генитальная хирургия. - 2009. - №4. - С.36-39.

11. Лечение уретральных свищей у детей с использованием аллогенных фибробластов. А.К. Файзуллин, В.М. Прокопьев, Е.В. Федорова, Н.В. Демин. Урология. - 2008. - №2. - С.53-55.

12. Рудин Ю.Э. Модификация одномоментной пластики уретры по HODGSON - 3 при лечении проксимальной гипоспадии у мальчиков. Ю.Э. Рудин. Урология. - 2000. - №6. - С.41-47.

13. Вилков В.И. Методы коррекции проксимальных форм гипоспадии. Автореф. дис. к.м.н. - Москва, 2010. - С.15-19.

14. Русаков В.И. Красулин В.В. Восстановительные операции при больших дефектах уретры у мужчин. Ташкент, 1968. - С.294.

15. Roberto C. Foinquinos, Adriano A. Calado, Raimundo Janio et al. The Tunica Vaginalis Dorsal Graft Urethroplasty // Initial Experience. - Vol. 33 (4): 523-531, July - August, 2007.

ВЕСТНИК



*Кыргызско-Российского
Славянского университета*

*В красоте при открытии
Патристы правды и
В мире, как слезы трудятся,
Или, народный фронт,
В мире, как приобретается*

Александр Пушкин

2016

Том 16, № 11

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Абдылдаев И.З., Чевгун С.Д., Данияров Б.С. Результаты различных методов реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом.....	3
Абтабаев М.К., Шакирова А.Т., Балтабаев А.М. Новые подходы в терапии аспергиллеза.....	8
Абдиев Х.С., Бебезов Б.Х., Мамашев Н.Дж., Уметалиев Т.М., Эсенкулов Ч.Т., Суоров Э.А. Дистальные резекции печени при повторных оперативных вмешательствах по поводу альвеококкоза	13
Абдиев Б.Х., Осомбаев М.Ш., Мамашев Н.Д., Мурзалиев Э.М., Джекишенов М.Д., Самаков А.А. Непосредственные результаты хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень.....	19
Абдиева К.Б. Технические особенности новой комбинированной операции для остановки прогрессирования "осевой" миопии.....	22
Абдиева К.Б., Медведев М.А. Влияние на внутриглазное давление новой склеропластической операции при высокой прогрессирующей близорукости.....	25
Васильева О.И. Принципы анатомически обоснованной декомпрессивно-диализной терапии региона поджелудочной железы при тяжелом панкреонекрозе.....	27
Дворкин М.И., Китаев М.И. Цитокины у больных хеликобактерной инфекцией (хронический гастрит В, язвенная болезнь желудка).....	29
Долгая Г.В. Оценка диагностики плацентарной недостаточности.....	33
Исмаилов К.М., Мамасаидов А.Т. Анализ результатов различных видов терапии при люпус-нефрите.....	36
Кудайров Д.К., Муратов А.А., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж., Бакаева А.К. Врожденные пороки сердца у детей: структура, причинные факторы, клинические проявления.....	40
Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Исмаилов Г.М. Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж.....	43
Мадаминов А.М., Малькави М.М., Айсаев А.Ю., Люхуров Р.Н. Результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением.....	46
Мадаминов А.М., Сыдыков У.О., Айсаев А.Ю. К вопросу консервативного лечения геморроя.....	50
Макиева К.Б. Рак молочной железы и ассоциация локуса Arg399Gln гена XRCC1 у женщин кыргызской популяции.....	53
Макиева К.Б. Роль полиморфных маркеров Arg399Gln гена XRCC1, а также Arg72Pro гена P53 в развитии рака молочной железы у женщин кыргызской популяции.....	55
Саткеева А.Дж. Анализ результатов симультанных операций брюшной полости и малого таза.....	57
Саткеева А.Дж. Симультанные операции в хирургии и гинекологии.....	61
Султанов Б.М., Курбаналиев Р.М., Чернецова Г.С., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н. Совершенствование хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки при вторичных камнях почек путем аутопластики.....	66
Султансеитов Ш. Результаты лечения местно-распространенного рака молочной железы с учетом фенотипа опухоли.....	69
Султансеитов Ш., Талаева Ш.Ж. Эффективность новых схем химиотерапии при раке молочной железы.....	72
Урманбетов К.С., Калиев Т.Б., Бебезов И.Х., Тукушева Э.Н. Имплантация митрального клапана с применением непрерывной шовной техники.....	76
Фуллоэр И.С., Жынжыров Б.К., Ашимов М.А. Спонтанный пневмоторакс: причина его возникновения и лечение.....	79
Шалбаева Р.Ш., Кайрбаев М.Р. Оптимизация хирургического лечения рака вульвы.....	84

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Айтышова Д.К., Шалбаева Р.Ш., Кайрбаев М.Р., Макимбетов Э.К., Султангазиева Б.Б., Букуев Н.М.** Состояние специализированной помощи женщинам с онкогинекологическими заболеваниями в Кыргызстане и Казахстане
- Ансаматова Н.М.** Особенности иммунной системы при остром обструктивном бронхите у детей раннего возраста
- Атежанов Д.О., Суниева Т.К.** Отечественные лечебно-профилактические стоматологические препараты и их клиническое применение у детей с соматической патологией
- Ахметжанов О.Т., Анкудинова С.А.** Скрининг колоректального рака в Республике Казахстан: эндоскопическая тактика
- Борбашев Т.Т., Харитонов М.Ю.** Расширенные и расширенно-комбинированные хирургические вмешательства при осложненном раке желудка (Обзор литературы)
- Гелесханов Б.Б.** Восприятие боли больными с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника при создании эктопической чувствительной доминанты
- Дуанбекова Г.Б., Абишев Ж.Б., Бодеев М.Т., Аяган Е., Карынбаева М.Ж.** Влияние фармакологического соединения амидофосфата цитизина на структуру и функции печени при экспериментальной механической желтухе
- Дуанбекова Г.Б., Карынбаева М.Ж., Бодеев М.Т., Сарсекеева Б.А., Кулейменов А.Ж.** Изучение мутагенной активности и способности цитафата индуцировать доминантные летальные мутации в зародышевых клетках животных
- Жукембаева А.М.** Инфекции, передающиеся половым путем при беременности: влияние на ее исход, возможности профилактики и лечения
- Князева В.Г., Султаналиева Р.Б.** Влияние поведенческих факторов риска на распространенность и риск развития сахарного диабета 2 типа в Кыргызстане (Исследование STEPS)
- Кудайров Д.К., Саатова Г.М., Мустапаева Ж.Ш., Болотбекова А.Ж., Бакаева А.К.** Клинико-эпидемиологические аспекты реактивного артрита у детей
- Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В., Рысалиева Н.Т.** Клинико-неврологические и кардиоинтервалографические показатели у лиц среднего возраста в условиях Кыргызской Республики, г. Бишкек
- Ниязов Б.С., Турдыев Д.А.** Методы диагностики синдрома повышенного внутрибрюшного давления у больных с острой кишечной непроходимостью
- Радченко Е.А., Куватова Д.О., Мамбетова А.И., Канатбекова А.К.** Особенности течения ветряной оспы у взрослых на современном этапе
- Сагынбаева Г.А., Калиев Р.Р.** Контраст-индуцированное острое повреждение почек: профилактика
- Султаналиева Р.Б., Сагынбаева С.К., Албакова А.О., Князева В.Г., Добрынина Н.П.** Эпидемиологические аспекты сахарного диабета в Кыргызстане (по данным государственного регистра сахарного диабета в разрезе 2015 г.)
- Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморев Д.Р., Насыров Н.Р.** Сексуальные дисфункции у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы
- Усенова А.А., Батырканова Г.К.** Неходжкинские лимфомы: некоторые современные аспекты этиологии, классификации, клинико-лабораторной диагностики и лечения
- Усенова А.А., Батырканова Г.К.** Распространенность острого миелобластного лейкоза среди женского населения в Кыргызстане
- Харитонов М.Ю., Борбашев Т.Т., Тойгонбеков А.К.** Местно-распространенный рак желудка (Обзор литературы)
- Чернецов О.Н., Чернецова Г.С.** Отдаленные результаты хирургического лечения стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента гидронефроза у взрослых пациентов, оперированных в детстве по поводу гидронефроза

<i>Шайбеков Д.Р.</i> Причины развития острых химических ожогов пищевода у детей, их диагностика и лечение.....	161
<i>Шахнабиева С.М., Мамырбаев С.Т., Нурымбай К.К.</i> Анализ качества оказываемой медицинской помощи больным с врожденными пороками сердца.....	164

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

<i>Аумолдаева З.М., Тухватшин Р.Р., Аптокурова Г.С.</i> Влияние гипобарической тренировки животных на фоне заправки их ацетатом свинца и бихроматом калия на регенерацию костного мозга	169
<i>Горохова Г.И., Маткеримова Б.Т., Муратбекова А.М., Махмудова И.В., Азарова К.В.</i> Микроциркуляторный аспект фармакодинамики прогестерона при церебральной патологии	172
<i>Джунусова Г.С., Сатаева Н.У., Шерматова Ч.С., Ибраимов С.Б., Мусаева Э.Дж.</i> Разработка нейрофизиологических методов управления регуляторными процессами центральной нервной системы человека в условиях гор.....	175
<i>Джунушева Ч.Б.</i> Особенности количественного накопления инкорпорированных радионуклидов урана в тканях глазного яблока у экспериментальных животных в условиях барокамерной гипоксии	180
<i>Ибраимова Г.И., Шукурбекова Б.К.</i> Типологические подходы в изучении демографического старения населения (Региональный разрез)	184
<i>Мельникова Н.Г., Чынгышпаев Д.Ш.</i> Субъективные оценки вуза и учебной деятельности студентами-иностранцами с различными мотивами выбора профессии	190
<i>Сушанло Р.Ш.</i> Особенности развития окислительного стресса в патологии сердечно-сосудистой системы в условиях гипоксии и влияния ацетата свинца	196
<i>Шидаков Ю.Х.-М., Горохова Г.И., Маткеримова Б.Т., Муратбекова А.М., Махмудова И.В.</i> Микроциркуляторный аспект фармакодинамики глибенкламида при церебральной патологии	200

ЮБИЛЕЙ

Боконбаева С.Д.	204
Сведения об авторах	206

УДК 616.617:616.613-007.63-089.844

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И ЛОХАНКИ
ПРИ ВТОРИЧНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК ПУТЕМ АУТОПЛАСТИКИ**

*Б.М. Султанов, Р.М. Курбаналиев, Г.С. Чернецова,
А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов*

Представлены результаты хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента у пациентов со вторичным образованием конкрементов в почке при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента на фоне внутривнепочечного расположения лоханки.

Ключевые слова: вторичные камни почек; аутопластика; стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента; внутривнепочечный тип лоханки.

**EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF URETEROPELVIC SEGMENT
AND PELVIS IN SECONDARY KIDNEY STONES BY AUTOPLASTY**

*B.M. Sultanov, R.M. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova,
A.Ch. Usupbaev, O.N. Chernetsov*

The paper regards the results of surgical correction of the pelvis and ureteropelvic segment in patients with secondary formation of stones in the kidney at strictures ureteropelvic segment on background location intrarenal pelvis.

Keywords: secondary kidney; autoplasty; stricture of ureteropelvic segment; intrarenal pelvis type.

Введение. Одним из путей улучшения результатов хирургического лечения вторичного камнеобразования в почках при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, возникающего на фоне внутривнепочечного строения лоханки, является совершенствование хирургической техники оперативного лечения.

При внутривнепочечном расположении лоханки нарушение функционального состояния почки развивается гораздо стремительнее и тяжелее вследствие соответствующего анатомо-физиологического строения [1, 2]. Радикальными операциями многие авторы считают те, которые бы предусматривали одновременно ликвидацию вторично образовавшегося конкремента почки, восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями и приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы [3].

При наличии конкрементов на фоне внутривнепочечного строения лоханки суммарная емкость чашечек может превысить емкость лоханки и она окажется не в состоянии вместить в себя в момент

диастолы достаточное количество мочи, необходимое для опорожнения чашечек. В конечном счете, это приведет к возникновению дискинезии, гипокинезии и, в дальнейшем, к гипотонии лоханки, гипоксии ее стенок [4]. Наличие стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента еще более усугубляет процесс вышеизложенного. Тем самым, послеоперационный объем проксимального сегмента мочеточника должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в него при систоле лоханки [5]. Следовательно, и объем лоханки должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в нее при диастоле лоханки.

На основании результатов комплексных урологических исследований, предложена усовершенствованная методика хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки путем аутопластики париетальным листком влажной оболочки яичка.

Целью работы явилось восстановление пассажа мочи при нарушенной уродинамике лоханочно-мочеточникового сегмента, увеличение функциональной емкости почечной лоханки и предотвра-

щение возможного развития рецидивов вторичных конкрементов в почке.

Материал и методы. Данная методика внедрена в Республиканском научном центре урологии с 2012 г. Клинический материал представлен результатами произведенных оперативных вмешательств по восстановлению нарушенной уродинамики предложенным методом за период 2012–2016 гг. Методы исследования включали в себя как лабораторные, так и инструментальные обследования. Наиболее значимыми из них – ОАМ, почечные тесты, УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

Результаты.

Клинический пример.

Пациент М., 44 года (история болезни № 37082/1126), находился на стационарном лечении в отделении реконструктивно-пластической и эндоскопической урологии Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР. Поступил с жалобами на боли в поясничной области справа приступообразного характера, тошноту, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что клинические симптомы возникли за сутки до обращения в стационар.

Больной обследован в отделении. ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$; Hb – 152 г/л; гематокрит – 42 %; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$; п – 4 %; с – 75 %; л – 18 %; м – 3 %; СОЭ – 4 мм/ч. ОАМ: с/ж, полн., 1012, белок – 0,099 г/л, эпителий плоский – 27–30 в п. з., лейкоциты – 10–13 в п. з., эритроциты неизм. – 7–10 в п. з., слизь +, ураты ++ в п. з. Мочевина – 6,5 ммоль/л, остаточный азот – 20,5 ммоль/л; креатинин – 92,0 мкмоль/л. УЗИ: данные за мочекаменную болезнь, камень правой почки, гидронефротическую трансформацию правой почки, калькулезный пиелонефрит.



Рисунок 1 – Обзорная урограмма



Рисунок 2 – Экскреторная урограмма на 15-й минуте

На обзорной урограмме определяется положительный псоас-симптом справа, наличие кон-

кремента в правой почке диаметром = 25 мм × 15 мм (рисунок 1). На экскреторной урограмме на 15-й минуте – функция почек удовлетворительная с обеих сторон, отмечается расширение чашечек и лоханки справа, выраженный гидрокаликоз и пиелоктазия справа (рисунок 2).

Пациенту произведено оперативное лечение, состоящее из нескольких этапов:

- 1) ламбодомия справа, задняя субкортикальная пиелолитомия, уретеролиз, пиелолит, стентирование почки;
- 2) резекция влагалищной оболочки правого яичка;
- 3) пластика лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента влагалищной оболочкой яичка (модификация клиннки).

Описание операции

1. Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи по Федорову в поясничной области справа. Подкожно-жировая клетчатка и мышцы рассечены. По ходу гемостаз. Брюшина отодвинута медиально. Вскрыта фасция Герота. Выделен мочеточник, взят на держалку. Произведен уретеролиз и пиелолит. Лоханка внутрпочечная, задняя губа почки приподнята векоподъемником. Лоханка рассечена продольно и перпендикулярно (Т-образно). Конкремент удален. Установлен мочеточниковый стент № 8. Оценка дефекта лоханки.

2. После соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи мошонки справа по передней поверхности. Рассечены послойно все оболочки яичка до париетального листка влагалищной оболочки. Гемостаз. Произведена резекция париетального листка в виде лоскута треугольной формы, размером 15 мм × 10 мм, на дефект оболочек – узловые кетгутовые швы. Послойно швы на рану. Асептическая повязка.

3. На дефект лоханки наложен резецированный участок влагалищной оболочки, внутренней поверхностью обращенный в полость лоханки с ушиванием непрерывным вворачивающимся швом викрила 3-0. Контрольный гемостаз. В рану установлен резиновый выпускник и страховый дренаж. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

На 13-е сутки после операции пациент выписан с улучшением. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление раны первичным натяжением. Спустя 3 года проведено контрольное обследование. На обзорной и экскреторной урограммах на 15-й минуте отмечается удовлетворительная функция обеих почек, теней конкрементов не определяется (рисунки 3, 4).



Рисунок 3 – Обзорная урография



Рисунок 4 –
Экскреторная урография
на 15-й минуте

Результаты оперативной коррекции оценивались по ряду критериев, среди которых необходимо выделить улучшение эвакуаторной функции лоханки, уменьшение степени эктазии ЧЛС, улучшение уродинамики почки.

Выводы

Хирургическая коррекция стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента при внутрипочечном развитии лоханки позволила оценить характер структурно-функциональных изменений в почке и верхних мочевых путях на фоне вторичной обструкции с учетом современных диагностических возможностей, а также обосновать выбор вида оперативного лечения.

Предложенный метод хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента путем аутопластики париетальным листком влагалищной оболочки яичка улучшает функциональное состояние почки путем увеличения функциональной емкости лоханки и улучшения уродинамики.

Данный метод способствует профилактике развития вторичных осложнений, наиболее частыми из которых являются образование конкрементов в лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте.

Литература

1. Чернецова Г.С. Урология / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др.; под ред. Г.С. Чернецовой, А.Г. Пугачева, А.Ч. Усупбаева. Бишкек, 2009. С. 170–190.
2. Колесниченко И.В. Оптимизация результатов хирургического лечения больных с гидронефрозом в различных возрастных группах: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Колесниченко. Бишкек, 2013. С. 15.
3. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко // Урология. М., 2002. № 3. С. 43–46.
4. Карпенко В.С. Гидронефроз / В.С. Карпенко, Ф.П. Хрипта, А.М. Романенко // Здоровье. Киев, 1991. 239 с.
5. Пугачев А.Г. Результаты пластических операций при гидронефрозе / А.Г. Пугачев, Ю.И. Кудрявцев, И.И. Ларионов // Урология и нефрология. М., 1996. № 3. С. 3–8.

ВЕСТНИК



*Кыргызско-Российского
Славянского университета*



*О, счастье нам открылось тут,
Чтобы в науку посвященный быть,
А чтобы, сие омыв трудом,
Илишь, парадокс быть,
И научай, все приобретем.*

Александр Пушкин

2017

Том 17, № 7

МАЗМУНУ

КЛИНИКАЛЫК МЕДИЦИНА

<i>баев Р.С., Карпавичус Д., Копмбаев К.К., Шайымбетова А.Р.</i> Жаактын альвеолярдуу иясында «ROOTT» системасынын бир муундуу компрессиондук имплантаттарынын нулушун негиздөө	3
<i>ов А.А., Сатыбалдиева А.Ж., Бозгорноева Б.Б., Бекибаева Б.С.</i> Төрөт курагындагы рдын эндометриозун аныктоодо жана дарылоодо дифференциалдуу мамиле жасоо	7
<i>канов А.О., Джанузаканов Н.Т., Батырханов Ш.К.</i> Төрөт курагындагы аялдардын ык бездеринин поликистозу синдромунун клиникалык-диагностикалык мүнөздөмөсү	11
<i>иканов А.О., Абдраманова Б.Б., Батырханов Ш.К.</i> Жашы жете элек кыздардын жатынынын иилдик каноосунда терапия иш чараларын негиздөө жана алардын натыйжалуулугун баалоо	15
<i>авачев С.В., Макимбетов Э.К.</i> Эркек безинин залал шишигин нур менен дарылоо	18
<i>гая Г.В.</i> Хирургиялык жана медикаменттик бойдон түшүрүүнү салыштырма түрдө баалоо	22
<i>това А.А.</i> Уран калдыктары бар тоолуу жерлерде жашаган адамдардын атопикалык матитинин клиникалык көрүнүшүнүн өзгөчөлүктөрү	25
<i>дырбеков А.К., Чернецова Г.С.</i> Бир учурда табарсык аркылуу жасалган аденомэктомиядан инки оорулуларды кароонун клиникалык өзгөчөлүктөрү	30
<i>рбаналиев Х.Р., Чернецова Г.С.</i> Көп бойлуулардын пиелонефрити. Урогинекологдордун селелерине азыркы көз караш (Адабияттарга сереп салуу)	33
<i>адыралиев А.У., Бебезов Б.Х.</i> Бөйрөк үстүндөгү шишиктердин хирургиялык дарылоосу	37
<i>зогооров С.Ф., Юлдашев И.М., Борончиев А.Т.</i> Тишти өзгөчө ыкма менен оорутпай улууда ксефокамды (лорноксикамды) колдонуу	42
<i>адаминов А.М., Малькави М.М., Айсиев А.Ю.</i> II–III даражадагы тромбдолгон геморройду арургиялык жол менен дарылоо маселесине карата	44
<i>адаминов А.М., Малькави М.М.</i> Какоо жана анемия менен күчөтүлгөн II–IV даражадагы өнөкөт геморройду хирургиялык жол менен дарылоо	47
<i>Аураталиев Т.М., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н., Раджапова З.Т., Жанышбекова Н.Ж., Султан уулу Э.</i> Үй бүлөлүк гиперхолестеринемия: аныктоонун жана дарылоонун ыркы принциптери. I бөлүк	51
<i>Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.</i> Фебрилдик талмасы бар балдардын клиникалык-функционалдык изилдөөлөрүнүн өзгөчөлүктөрү жана кардиоинтервалограммасынын көрсөткүчтөрү	57
<i>Нургалеев Н.С.</i> Табарсыктын залал шишигине операцияга чейинки химиотерапия же цистэктомия маселеси	62
<i>Сабирова А.И., Мамытова А.Б.</i> Жалпы пародонтит менен ооруган адамдардын комплекстүү периодонт индексинин, артериялык кан тамырларынын катуулугунун көрсөткүчтөрүнүн жана метаболизм синдромунун компоненттеринин өз ара байланышы	65
<i>Семетей К.А., Макимбетов Э.К.</i> Эмчек безинин залал шишигинде BRCA1 жана BRCA2 гендеринин экспрессиясы	69
<i>Цой Л.Г.</i> Цитокиндер жана өнөкөт жүрөк жетишсиздиги	72
<i>Цой Л.Г., Залова Т.Б., Сатиева Н.С., Рысмазова Ф.Т., Полупанов А.Г., Сабиров И.С.</i> Жүрөк-кан тамыр ооруларынын күчөшү ыктымалдыгы жогору болгон адамдарда цитокиндердин гемодинамикалык жана метаболикалык факторлор менен биригиши	76
<i>Чудинова М.И., Асымбекова Г.У., Сарымсакова Т.А., Далбаева Б.Ж.</i> Акушер-гинекологдун практикасындагы пренаталдык диагностика	80
<i>Шайымбетова А.Р.</i> Өнөкөт атикалык пародонтитти дарылоо (Адабияттарга сереп салуу)	84
<i>Шалбаева Р.Ш., Кайрбаев М.Р.</i> Вульванын залал шишигинин таралган стадиясында аны аныктоо жана дарылоо алгоритми	88

Ырысов К.Б., Медведев М.А., Имаев Н.А. Супратенториалдык локализациядагы баш мээнин шишиктериндеги көрүү нервинин кан уюган дискаларынын динамикасы	92
Эркин уулу Ж. Астыңкы жаактын ачык сыныктарын хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун талдоо (Адабияттарга сереп салуу)	97
Эстебесов Н.С. Бейтаптардын эркек безинин трансуретралык резекциясынан жана ачык табарсык аркылуу аденомэктомиядан кийинки клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык көрсөткүчтөрүнүн салыштырма мүнөздөмөсү	101

ПРОФИЛАКТИКАЛЫК МЕДИЦИНА

Алдашева Н.М., Боконбаева С.Дж., Мамбетсадыкова Е.М., Сушанло Х.М. Метилентетрагидрофолатредуктаза генинин полиморфизми жана кыргыз калкында нерв түтүкчөсүнүн дефектилеринин өнүгүшү коркунучу	105
Бобушева Г.С., Зиддинова Л.М. Семирүү жана калкан безинин иштебей калышы (Адабияттарга сереп салуу)	110
Богданов А.В. Боордун шишиктерин дифференциалдык түрдө аныктоодо бир вокселдүү протон спектроскопиясын колдонуунун айрым теориялык аспектилери жана клиникалык тажрыйба	114
Болбачан О.А., Ибраимова Д.Д. Кыргыз Республикасындагы төрөттүн талдоосу	121
Буйлашев Т.С., Мамбетов М.А., Абдуллаев Т.О. Ата-энесиз тарбияланып жаткан балдардын жашпоо шарттарына медициналык-социалдык баа берүү	123
Гущина Ю.Ш., Кубаева М.Б. ВИЧ-инфекциясынын дарылангышынын эпидемиологиялык аспектилери	126
Джолочиева М.К., Юсупханова Г.А. Кыргыз Республикасындагы ичүүчү суунун сапатынын микробиологиялык көрсөткүчтөрүн гигиена жагынан баалоо	128
Железняк А.О., Кудаярова М.Ж. Тамактануунун структурасына теориялык-маалыматтык мамиле кылуу	131
Камарли З.П., Туманбаев А.М., Доолотбеков С.М., Сорокин А.А. Уйку безинин залал шишик оорусуна чалдыккан оорулуулардын андан ары жашап кетишин оорунун стадиялары жана Кыргызстандагы жашаган жери боюнча талдоо	134
Мамедалиева Н.М., Курманова А.М., Дзоз Л.С. Тукум улоочу функциянын бузулуусунда туура келген иммунокоррекцияны жүргүзүү	137
Мамедалиева Н.М., Аимбетова А.Р., Тлеубердиева Ф.Н. Казакстан Республикасында кош бойлуу аялдарда магний жетишсиздигинин таралышын баалоо	140
Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Алсаматов З.М., Байзаков А., Сабырбеков К. Уран калдыктары аймагында жашаган мээнин залал шишиги менен ооруган бейтаптардын гендерлик жана курактык структурасы	145
Розьева Р.С., Артыкбаева А.К., Темиров Н.М. Кыргыз Республикасындагы калктын сексуалдык жана тукум улоочу ден соолугунун маселелери	149
Руженская Е.В. Психиатрияда иштеген медициналык персоналдын эмоциялык чарчоосу	152
Сулайманова М.Р. Травмадан кийин стресс ооруларына чалдыккан адамдарга карата психокоррекциялык мамиле кылууну шарттоочу культуралдык предикторлор	156
Султанов Б.М., Колесниченко И.В., Курбаналиев Р.М., Адиев А.Т. Заара таштар оорусунун эпидемиологиясындагы жана метафилактикасындагы тенденциялар	161
Тухватшин Р.Р., Раимжанов А.Р., Исупова А.А., Топчубаева Т.М., Казиева А.А., Антокурова Г.С. Уран калдыктарынын адамдын ден соолугуна тийгизген таасирине баа берүү	164
Щербак Л.В., Бебинов С.Е. Унаа мектептеринде башталгыч этабында окуган курсанттардын көнүү механизмдеринин чыналышынын кардиоинтервалографиялык мүнөздөмөсү	168

МЕДИЦИНАЛЫК-БИОЛОГИЯЛЫК ИЛИМДЕР

<i>Абаева Т.С.</i> Улгайган куракта адамдын кызыл сөөк чучугунун морфофункционалык көрсөткүчтөрү.....	171
<i>Горохова Г.И., Муратбекова А.М., Маткеримова Б.Т.</i> Эксперименттеги мээ патологиясы боюнча өпкөдөгү структуралык өзгөрүүлөр.....	175
<i>Джаналиев Б.Р., Ахметова М.И., Вычигжанина Ю.С.</i> Жапыз тоолуу аймактарда жашаган жана темирдин жетишсиздигинен аз кандуулук менен жабыркаган аялдардын плацентасынын түзүлүшүнүн өзгөчөлүктөрү.....	178
<i>Кубентаев С.А.</i> Нарымский тоо кыркасында <i>Patrinia Intermedia</i> дары өсүмдүгүнүн фитоцентотикалык мүнөздөмөсү жана анын саны.....	182
<i>Матющенко Н.С., Закиров Дж.З., Кучук Э.М.</i> Тоо этеги шарттарында туруктуу иондуу радиация шарттарында келемиш чычкандардын симпатoadреналин системасынын жообунун мүнөзү.....	186
<i>Сатаева Н.У., Джунусова Г.С., Ибраимов С.Б., Курманбаев Ю.М., Мусаева Э.Д.</i> Тоолук өспүрүмдөрдүн мээсинин нейродинамикалык жана физикалык параметрлерин баалоо.....	191
<i>Слынько Т.Н., Тыналиева Б.К., Заречнова Н.Н.</i> Бийик тоо шарттарында бир ай жашагандан кийин алкогольдун таасири астындагы калкан безинин абалы.....	194
<i>Фейгин Г.А., Турсунов Р.М., Тогочуев А.А., Фейгин А.М.</i> Прогрессивдүү некроз, кызыл өңгөчтүн химиялык күйүк дарылоонун олуттуулугу жана жыйынтыгы чагылдырылган жана терапия ролу.....	198
<i>Шарова Е.В., Горборукова Л.П., Филипенко Е.Г., Айтматов М.К., Мадумаров Д., Вейберов В.</i> Келемиш чычкандардын функционалдык абалына суусундуктардын таасиринин салыштырма мүнөздөмөсү.....	204
Авторлор тууралуу маалыматтар.....	207

УДК 616.61-002.3-055.26

**ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД
НА ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГОВ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Х.Р. Курбаналиев, Г.С. Чернецова

Представлено современное состояние проблемы пиелонефрита беременных. Указаны причины и проблемы лечебной тактики. С позиции уролога уделено внимание проблемам восстановления оттока мочи внутренним дренированием – установлением самоудерживающегося стента при гестационном пиелонефрите с акцентированием преимуществ и недостатков этого метода.

Ключевые слова: пиелонефрит беременных; гестационный пиелонефрит; нарушение оттока мочи; гидронефроз; осложнения; стентирование и дренирование верхних мочевых путей.

**PYELONEPHRITIS PREGNANT WOMEN.
THE MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF UROGYNECOLOGIC
(REVIEW)**

H.R. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova

This review presents the current state of the problem of pyelonephritis of pregnant. The article suggests the causes and problems of therapeutic tactics. From the standpoint of the urologist, the focus was on problems of recovery of the outflow of urine internal drainage – establish a self-retaining stent at a gestational pyelonephritis with emphasis on the advantages and disadvantages of the method.

Keywords: pyelonephritis of pregnant women; gestational pyelonephritis; a violation of the outflow of urine; hydronephrosis; complications stenting and drainage of the upper urinary tract.

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к увеличению рождаемости. Наряду с этим повышается частота развития заболеваний почек, приводящих к осложнениям беременности и родов у женщин и плода. За последние 20 лет как урологи, так и акушеры-гинекологи неоднократно обсуждали проблему, связанную с гестационным пиелонефритом, т. е. пиелонефритом беременных, которая вновь и вновь обращает на себя внимание врачей многих специальностей. Пиелонефрит беременных в настоящее время развивается у 7 % пациенток (по некоторым данным от 17,4 до 23,2 %) и может привести к серьезным осложнениям. У 30 % беременных с пиелонефритом развиваются гнойно-воспалительные осложнения, у 40 % отмечается снижение или отсутствие выделительной функции почек, у 10,3 % развивается бактериотоксический шок, 6,4 % страдают токсическим гепатитом, летальность достигает 4–10 %, а перинатальная смертность составляет до 7,5 % [1–5].

Так, еще российские исследователи прошлого века отметили, что эта проблема является своего рода руководством к действию. За два десятилетия частота встречаемости гестационного пиелонефрита возросла с 0,8 до 10 %. К настоящему времени эти показатели изменились, к сожалению, в сторону роста и достигают уже 17,4 % [6–8].

Основная причина развития гестационного пиелонефрита – механическая. Во время беременности матка постепенно увеличивается в размерах, “сдавливая” соседние органы, в том числе и мочеточники, особенно справа, выводные протоки почек, которые отводят из почек мочу. По этой же причине пиелонефрит чаще возникает во второй половине беременности, когда размеры матки максимальные [9, 10].

Другой немаловажный фактор, способствующий развитию гестационного пиелонефрита, – это гормональные перестройки при беременности. Изменение соотношений гормонов в организме, главным

образом, эстрогенов и прогестерона, ведет к ухудшению перистальтики мочеточников и, как результат, к нарушению оттока [11–13].

Помимо вышеперечисленных проблем существуют и те, которые имеют причинно-следственную связь с перенесенным гестационным пиелонефритом и относятся к категории чрезвычайно важных социальных и медицинских вопросов. К последним можно отнести: осложнения в дородовом и послеродовом периодах; невынашивание беременности и мертворождение; развитие хронических заболеваний у женщин, приводящих порой к инвалидизации. Несомненно, гестационный пиелонефрит влияет на состояние плода и, соответственно, на здоровье ребенка. У детей, рожденных от матерей, страдающих пиелонефритом, чаще наблюдаются гипоксия, гипотрофия и внутриутробное инфицирование. Это диктует необходимость выделения таких детей в группу высокого риска по перинатальной патологии. Решение этих вопросов приобретает особое значение в условиях неблагоприятной демографической ситуации [14, 15].

По-прежнему остается достаточно высоким количество гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных, при которых требуется выполнение хирургических, порой органосохраняющих, вмешательств. По данным многих исследователей, количество оперированных женщин с острым гестационным пиелонефритом составило 14,4 %. Процент оперативных вмешательств, по данным ряда авторов, колебался от 8,3 до 28,4 %, а причины такого значительного количества беременных, потребовавших выполнения операции, авторы, прежде всего, усматривали в поздней госпитализации. Несомненно, что в то время в значительной степени страдала преемственность в лечении этих пациенток между урологами и акушерами-гинекологами; отсутствовали единые подходы в диагностике и лечении данной категории больных. В то же время, нельзя недооценивать значение госпитальной инфекции в развитии гнойно-деструктивного пиелонефрита, о чем свидетельствуют современные данные бактериологического анализа у женщин, перенесших инфекции мочевых путей как в период беременности, так и вне ее. Все эти факторы требуют тщательного анализа и выработки четких стандартов лечения острого гестационного пиелонефрита [2, 6, 8, 16].

20 лет тому назад произошли значительные перемены в акушерской тактике, что обусловлено внедрением в практику современных методов исследования, позволяющих с акушерских позиций оценить состояние матери и плода, а также функцию плаценты. Эти вопросы имеют чрезвычайно важное значение в тех ситуациях, когда весь арсе-

нал лечебных методов не позволяет избавить женщину от воспалительного процесса в почках, что, в свою очередь, может стать причиной развития серьезных осложнений, таких как ОПН, гестоз, а в последующем ХПН и др. [14].

Совершенствуются организационные методы взаимодействия урологов и акушеров-гинекологов, чему в последнее десятилетие посвящено значительное количество научных работ.

Таким образом, все указанные физиологические причины приводят к застою мочи в лоханках почек, что является благоприятным фоном для размножения патологических микроорганизмов – кишечной палочки, стафилококков, стрептококков и пр. Все это ведет к развитию инфекционно-воспалительного процесса в почках, т. е. пиелонефрита.

Разноречивыми, а иногда и спорными, являются вопросы лечебной тактики. Одни исследователи предлагают консервативную терапию, другие придерживаются показаний к стентированию верхних мочевых путей с целью восстановления оттока мочи. Ученые подчеркивают, что даже проводимая интенсивная терапия будет неэффективной, если имеет место нарушение оттока мочи. Другие же придерживаются принципа последовательных консервативных и хирургических мероприятий, направленных на длительное восстановление оттока мочи, санацию гнойного очага с проведением антибактериальной и симптоматической терапией.

Так, В.Н. Серов и соавт., а также многие исследователи указывают, что дренирование мочевых путей при обструктивном пиелонефрите повышает эффективность проводимого лечения острого пиелонефрита и профилактику осложнений течения беременности. При этом наружное дренирование мочевых путей путем наложения чрескожной пункционной нефростомы у беременных при ретенционно-обструктивных нарушениях мочевых путей является более перспективным способом восстановления пассажа мочи [2].

Многие исследователи считают оптимальным методом кратковременное наружное дренирование мочеточниковым катетером, продолжительное рекомендуют дренировать внутренним стентированием, а при тяжелых состояниях и тяжелом течении пиелонефрита, где требуется длительное и контролируемое дренирование почки, методом выбора является перкутанная пункционная нефростомия. Однако следует отметить, что использование чрескожной нефростомии сопровождается повышением компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте, что выражается в повышении капилляризации терминальных ворсин малого калибра, гиперплазии периферически расположенных капилляров, уменьшении толщины

плацентарного барьера. При наружном дренировании облитерационная ангиопатия ограничена только промежуточными ворсинками, сокращается площадь деструктивных и воспалительных изменений в плаценте по сравнению с внутренним дренированием мочеточников [10, 17–20].

В данное время разработаны и унифицированы показания к оперативному вмешательству у больных с гнойным пиелонефритом беременных для органосохраняющих операций – отсутствие эффекта от проводимой терапии на фоне адекватного пассажа мочи из верхних мочевых путей, прогрессирование бактериотоксического шока, присоединение тяжелой полиорганной недостаточности и отека легких, невозможность восстановления оттока мочи малоинвазивными методами. Показания к нефрэктомии – тотальное поражение почки карбункулом или апостемами с абсцедированием и гнойным расплавлением паренхимы почки, тяжелые септические осложнения, полиорганная недостаточность и др. [6, 14, 17].

Часто урологи видят выход из положения в установлении стента даже при небольших размерах расширенной лоханки и в различные сроки беременности. Разработка показаний и противопоказаний еще требует доработок, но о том, что стентирование является абсолютно безопасным, говорить рано, так как многие исследователи указывают на осложнения в виде следующих проявлений: частые позывы к мочеиспусканию; болезненность и затрудненность мочеиспускания; наличие в моче крови; развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса, приводящего к отеку слизистой мочеточника. Если говорить о более серьезных осложнениях, к которым может привести стентирование для восстановления проходимости мочевых путей, то среди них можно выделить следующие: инфицирование, неправильная установка, миграция, обструкция мочевыводящих путей, разрушение или смещение стента, инкрустация и возможная окклюзия, эрозии мочеточника, появление свищей [4, 6, 14, 16, 17].

В современной литературе недостаточно освещены показания к разгрузке верхних мочевых путей у беременных при обструктивных поражениях с выбором оптимального метода дренирования почек, особенно на фоне гестационных осложнений. Отсутствует единство взглядов на ведение обструктивного пиелонефрита у беременных, нет общей точки зрения о длительности лечения, сроках и различных подходах к катетеризации полостной системы почек с позиций не только коррекции состояния почек и мочеотведения, но и снижения тяжести гестационных осложнений, риска перинатальных потерь. В связи с вышеизложенными фак-

тами, проблема разработки тактики комплексного лечения пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных, относится к актуальным [1, 7, 8, 14].

Таким образом, актуальность проблемы гестационного пиелонефрита в настоящее время не вызывает сомнений. Трудно выделить при рассмотрении всей проблемы только лишь урологическую составляющую. И все же, с точки зрения практикующего врача-уролога как амбулаторно-поликлинической службы, так и врача урологического стационара, необходимы четко сформулированные принципы в вопросах профилактики, диагностики и лечения гестационного пиелонефрита. Это касается как организации специализированной урологической помощи, так и взаимодействия с акушерами-гинекологами. Создание единых стандартов позволит обеспечить оказание квалифицированной урологической помощи в стационарах различного уровня.

Из вышеизложенного следует, что пиелонефрит во время беременности является тяжелым осложнением, приводящим к высокому проценту развития гестозов (44,2 %), анемий беременных (61,1 %), преждевременных родов (17,1 %) и внутриутробного инфицирования плода (8,4 %).

Среди причин следует выделить такие как: рост заболеваемости; увеличение процентного количества гнойно-деструктивных форм гестационного пиелонефрита; отсутствие четко сформулированных критериев как в постановке диагноза, так и при выборе показаний к различным методам лечения; отсутствие общепринятых протоколов ведения данной категории больных. Требуют дальнейшего совершенствования организационные вопросы диагностики и лечения этого заболевания, координации врачей разных специальностей.

Литература

1. Вартанова А.О. Особенности течения беременности, родов, перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / А.О. Вартанова, А.П. Кирющенков, А.А. Довлатян // Акушерство и гинекология. 2006. № 2. С. 8–11.
2. Серов В.Н. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение / В.Н. Серов, В.Л. Тютюнник // Русский мед. журнал. 2012. Т. 10. № 36. С. 78–81.
3. Франк М.А. Острый гестационный пиелонефрит: патогенетические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Франк. М., 2009. 23 с.
4. Morgan K.L. Management of UTIs during pregnancy / K.L. Morgan // MCN Am J Matern Child Nurs. 2004. Vol. 29. № 4. P. 254–258.

УДК 616.6/.62-003.7-036.22

ТЕНДЕНЦИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Б.М. Султанов, И.В. Колесниченко, Р.М. Курбаналиев, А.Т. Адиев

Рассматриваются вопросы эпидемиологии и метафилактики пациентов с мочекаменной болезнью на фоне внутрипочечного строения лоханки, оперированных методом аутопластики лоханочно-мочеточникового сегмента.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; аутопластика; эпидемиология; метафилактика; внутрипочечная лоханка.

TRENDS IN EPIDEMIOLOGY AND METAPHYLAXIS UROLITHIASIS

B.M. Sultanov, I.V. Kolesnichenko, R.M. Kurbanaliev, A.T. Adiev

The article discusses the questions of epidemiology and metaphylaxis patients with urolithiasis in the background intrarenal pelvis structure operated by autoplasty ureteropelvic segment.

Keywords: urolithiasis; autoplasty; epidemiology; metaphylaxis; intrarenal pelvis.

Введение. Высокая распространенность мочекаменной болезни (МКБ) в популяции, достигающая показателей около 5 % населения индустриально развитых стран, в течение многих десятилетий стимулирует поиск эффективных механизмов метафилактики и развитие новых технологий оперативного лечения [1].

Социальная значимость уrolитиаза в последние годы обретает новую актуальность в связи с глобальными изменениями состояния здоровья населения планеты, что приводит к увеличению частоты МКБ и составляет 8,8 % – у мужчин и 5,6 % – у женщин в группе 65–69 лет по сравнению с 3,7 и 2,8 %, соответственно, в группе 30–34 года [2].

Таким образом, мы сталкиваемся со ставшей очевидной в последние годы тенденцией к росту МКБ в наиболее социально-активных группах населения.

По данным исследования эпидемиологии МКБ, частота уrolитиаза в США, Италии, Германии, Испании, Японии за последние 20 лет удвоилась, при этом именно в последние годы наблюдается наиболее драматический рост этого показателя [3].

Частота распространения уrolитиаза многие годы была главным предметом изучения в Кыргызской Республике. В последние два десятилетия

появился интерес к заболеваемости уrolитиазом из расчета числа заболевших на 10 тыс. населения. Этот показатель в Кыргызстане составил 102 пациента в 2001 г. и 169 – в 2011 г. [4, 5].

Фундаментальными причинами такой динамики являются изменение образа жизни и питания людей, находящие свое выражение в эпидемии метаболических нарушений [6, 7], и глобальные климатические изменения [8].

Одновременно с вышеуказанным, недостаточное внимание уделяется вопросам метафилактики МКБ. Без адекватной метафилактики в течение 5 лет почти у половины больных рецидив камнеобразования составляет 60 % уже спустя 3 года после удаления первичного камня.

Материалы и методы. Исследования выполнены на базе Республиканского научного центра урологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (РНЦУ при НГ МЗ КР).

Под наблюдением находились 25 больных с МКБ на фоне внутрипочечного развития лоханки, оперированных методом аутопластики паритальным листком влагалищной оболочки яичка.

Пациенты, госпитализированные в урологические отделения, обследованы по стандартному диагностическому алгоритму: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, ультразвуковое сканирование верхних мочевыводящих

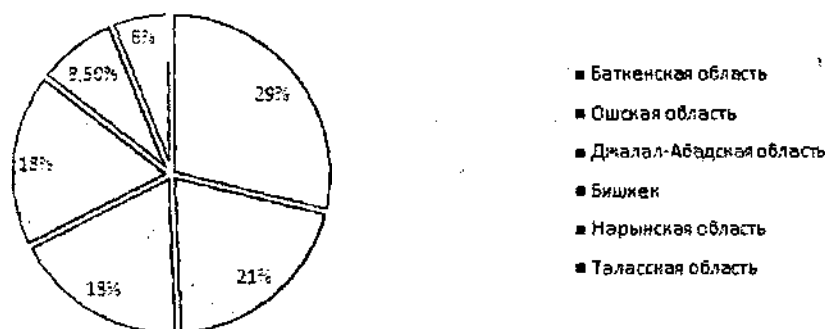


Рисунок 1 – Эпидемиология оперированных больных с МКБ по разработанной методике

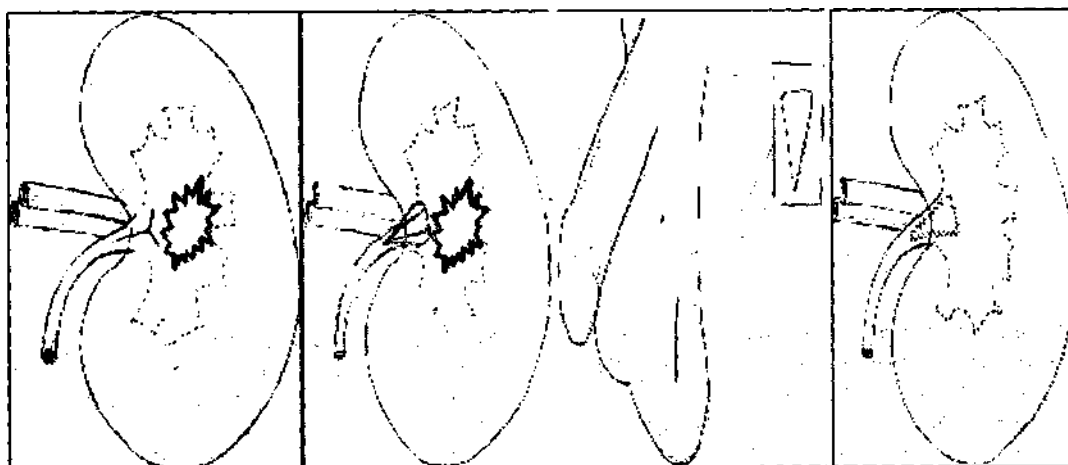


Рисунок 2 – Аутопластика внутрипочечной лоханки париетальным листком влагалищной оболочкой яичка

путей с доплерографией сосудов почек, рентген-урологические исследования.

Оценивая эпидемиологические критерии у оперированных больных нашей республики, мы выявили, что большинство пациентов с уролитиазом являются уроженцами южных регионов республики – 68 %, что связано с климатическими условиями внешней среды, образом жизни, метаболическим синдромом и хроническими воспалительными заболеваниями органов мочевыводящих путей (рисунок 1).

Результаты исследования. Целью хирургического лечения на внутрипочечной лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте считаются те радикальные операции, которые бы предусматривали одновременно восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями, приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы, ликвидацию вторичного камнеобразования в почках.

В РНЦУ при НГ МЗ КР разработан метод аутопластики внутрипочечной лоханки париетальным листком влагалищной оболочкой яичка на фоне МКБ (рисунок 2).

Этапы хирургического лечения:

1. Люмботомия. Задняя субкортикальная пиелотомия. Уретеролиз. Пиелолиз. Стентирование почки.

2. Резекция влагалищной оболочкой яичка.

3. Пластика лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента париетальным листком влагалищной оболочкой яичка (модификация клиники).

Проанализированы результаты лечения 15 больных, оперированных по разработанной методике, в катарестетические сроки до 3 лет.

При этом удовлетворительные результаты получены у 15 пациентов (100 %), у 3-х больных (15 %) отмечено истечение мочи по страховому дренажу, прекратившееся самостоятельно спустя 6–9 суток после операции.

Рецидивов камнеобразования после вышеуказанного способа хирургической коррекции почечной лоханки не было.

Выводы

1. Предложенный метод хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента путем аутопластики влажной оболочкой яичка улучшает функциональное состояние почки путем увеличения функциональной емкости лоханки и улучшения уродинамики.

2. Метод аутопластики почечной лоханки способствует профилактике развития вторичного камнеобразования и возможных осложнений в верхних мочевыводящих путях.

3. Разработанный метод хирургической коррекции внутрипочечной лоханки позволяет улучшить результаты оперативного лечения уролитиаза и способствуют метафилактике МКБ.

Литература

1. Knoll T. Epidemiology, pathogenesis, and pathophysiology of urolithiasis // *Eur Urol Suppl.* 2010. Vol. 9. P. 802–806.
2. Indridason O.S., Birgisson S., Edvardsson V.O., Sigvaldason H., Sigfusson N., Pálsson R. Epidemiology of kidney stones in Iceland: a population-based study // *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 2009. Vol. 40. № 3. P. 215–220.
3. Romero V., Akpinar H., Assimos D.G. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factor // *Rev Urol.*, 2010. Vol. 12. № 2–3. P. 86–96.
4. Чернецова Г.С. Урология / Г.С. Чернецова, А.Ч. Пугачев, А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов. Бишкек, 2009. С. 421.
5. Шалекенов Б.У. Мочекаменная болезнь / Б.У. Шалекенов, В.И. Вошула, А.Ч. Усупбаев. Алматы, 2013. С. 16.
6. Taylor E.N., Stampfer M.J., Curhan G.C. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones // *JAMA*, 2008. Vol. 293. № 4. P. 455–462.
7. Chang I.H., Kim K.D., Moon Y.T., Kim T.H., Myung S.C., Kim Y.S., Lee J.Y. Possible relationship between metabolic syndrome traits and nephrolithiasis: incidence for 15 years according to gender // *Korean J Urol.*, 2011. Vol. 52. № 8. P. 548–553.
8. Brikowski T.H., Lotan Y., Pearle M.S. Climate-related increase in the prevalence of urolithiasis in the United States // *Proc Natl Acad Sci USA*, 2008. Vol. 105. № 28. P. 9841–9846.

Том XX, № 2-3, 2014

Volume XX,
Number 2-3, 2014

ISSN 1694-5018

**ЦЕНТРАЛЬНО-
АЗИАТСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ
ИМЕНИ М. МИРРАХИМОВА**



**CENTRAL ASIAN MEDICAL JOURNAL
OF M. MIRRAKHIMOV**

**Материалы
II-го Иссык-Кульского
Форума урологов и
Европейской школы урологов**

- ◆ Актуальные проблемы андрологии
- ◆ Современные подходы к диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей
- ◆ Мочекаменная болезнь в современных условиях: подходы к лечению
- ◆ Разное

Озеро Иссык-Куль, Отель Ак-Марал, с. Бает

20-21 июня 2014 г.

АСТАНА-АШГАБАД-БИШКЕК-ДУШАНБЕ-ТАШКЕНТ

СОДЕРЖАНИЕ

АНДРОЛОГИЯ

Айтуганов А.Т. Лечение андрогенных нарушений препаратами на основе продуктов природного происхождения	75
Айтуганов А.Т. Новый подход в лечении хронического абактериального простатита с фертильной дисфункцией	78
Алчинбаев М.К., Абишев Б.Х., Буйрашев А.К. Возможности трехмерного ультразвукового исследования простаты	81
Алчинбаев М.К., Абишев Б.Х., Буйрашев А.К. Результаты применения доплерографии у больных с патологией предстательной железы	85
Алчинбаев М.К., Абишев Б.Х., Буйрашев А.К. Роль трансректального ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы ...	88
Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю., Красова О.М., Щербakov Д.В., Ижбаев С.Х. Микрохирургическая техника в лечении бесплодных мужчин с варикоцеле и сексуальными нарушениями	91
Гамидов С.И., Попова А.Ю., Красова О.М., Овчинников Р.И. Необструктивная азооспермия: как выбрать метод биопсии?	95
Гамидов С.И., Щербakov Д.В., Попова А.Ю., Овчинников Р.И. Сравнительная оценка консервативной терапии больных с преждевременной эякуляцией	99
Дуйшеналиев А.А. Морфология травматического повреждения яичка	102
Климов Н.Ю., Андрейчиков А.В., Фирсов М.А. Антропометрические отличия больных аденомой простаты	106
Кузбаев Р.Е. Уретропластика при гипоспадии и гермафродитизме	109
Курбаналиев Р.М. Опыт применения сочетанной терапии при лечении доброкачественной гиперплазии в сочетании с хроническим простатитом ..	112
Курбаналиев Р.М., Кузбаев Р.Е., Эратов И.Т. Сравнительная оценка методов уретропластики при хирургическом лечении гипоспадии	115
Мамбетов Ж.С., Шакиров С.С. Морфологическая характеристика репродуктивных желез и прямой кишки при экспериментальном простатите	119
Мамбетов Ж.С., Шакиров С.С. Совершенствование диагностики и лечения хронического простатита	122
Нусратуллоев И.Н., Усманова Г.М., Тусматов Ш.М., Садыллоев Ф.С., Олимов Р.Х. Микробиологический мониторинг внутрибольничной инфекции у послеоперационных больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы для выбора антибактериальной терапии	126

CONTENTS

ANDROLOGY

Aytuganov A.T. Treatment of androgenic disorders by medicines based on natural products	
Aytuganov A. T. The new approach in the treatment of chronic abacterial prostatitis with fertile dysfunction	
Alchinbaev M.K., Abishev B.H., Buirashev A.K. The features of 3-dimensional ultrasound of the prostate	
Alchinbaev M.K., Abishev B.H., Buirashev A.K. Results of application of Doppler in patients with pathology of the prostate	
Alchinbaev M.K., Abishev B.H., Buirashev A.K. The role of transrectal ultrasound in differential diagnosis of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer	
Hamidov S. I., Ovchinikov R. I., Popova A. Y., Krasova O. M., Sherbakov D. V., Ijbaev S. H. Microsurgical technique in treatment of infertile men with varicocele and sexual disorders	
Hamidov S. I., Popova A. Y., Krasova O. M., Ovchinikov R. I. Nonobstructive azoospermia: how to choose the method of biopsy?	
Hamidov S. I., Sherbakov D. B., Popova A. Y., Ovchinikov R.I. Comparative evaluation of conservative treatment of patients with premature ejaculation	
Duyshenaliev A.A. Morphology of traumatic injuries of the testicle	
Klimov N. Yu., Andreychikov A.V., Firsov M.A. Anthropometric distinctions of patients with adenoma of prostate	
Kuzebaev R. Urethroplasty in hypospadias and hermaphroditism	
Kurbanaliev R.M. Experience in the use of combination therapy in the treatment of benign hyperplasia in combination with chronic prostatitis	
Kurbanaliev R., Kuzebaev R., Eratov I. Comparative evaluation of methods of urethroplasty in the surgical treatment of hypospadias.	
Mambetov J.S., Shakirov S.S. Morphologic characteristic of reproductive glands and rectum under experimental prostatitis	
Mambetov J.S., Shakirov S.S. Development of diagnosis and treatment of chronic prostatitis	
Nusratulloev I.N., Usmonova U.M., Tusmatov Sh.M., Sadulloev F.S. Microbiological monitoring of hospital infection in postsurgical patients with benign prostatic hyperplasia for choosing antibacterial therapy	

Оморов Д.Ж. Тактические подходы к оперативному лечению гиперплазии простаты	129
Садырбеков Н.Ж. Медико-социальные факторы бесплодия супружеских пар	132
Усупбаев А.Ч., Адиев А.Т., Кузубаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш. Наш опыт хирургической коррекции пола MtF	137
Усупбаев А.Ч., Боталаев Б.А. Профилактика инфекционных осложнений после ТУР простаты ...	142
Усупбаев А.Ч., Хакимходжаев З.Ш. Актуальность урологической патологии в практической геронтологии	145
Чернетсова Г.С., Адиев А.Т., Шакиров Г.А., Султанов Б.М. Сравнительная оценка методов деривации мочи при острой задержке мочеиспускания на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы	147
Чернетсова Г.С., Кылычбеков М.Б., Калыгулов А.К. Сравнительный анализ морфологических изменений при трансректальной биопсии простаты у больных с повышенным уровнем ПСА ...	149
Эсембаев Б.И., Порожай В.Н., Даниленко Ю.Л. Анализ результатов лечения гипоспадии у детей ...	152
Эстебесов Н.С. Преимущества методики трансуретральной резекции предстательной железы в лечении больных с доброкачественной гиперплазией простаты на сравнительном анализе	154
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	
Ахмедов Р.Н., Абдуллажанов М.М., Рахимов М.Р., Рашидов М.М. Гнойно-воспалительные заболевания почек. Роль мало-инвазивного лечения	157
Дауров Ш.Ю. Результаты ретроспективного анализа интравтробной гибели плода и мертворожденности от врожденных пороков развития мочевых органов и урогенитальных инфекций в г. Б.Ш.Ш.	160
Кожоналиев Т.З., Абдырасулов А.Д., Тургунбаев Т.Е. Инфузионные препараты в лечении больных хроническим пиелонефритом	162
Нусратуллоев И.Н., Усманова Г.М., Тусматов Ш.М., Садуллоев Ф.С., Абдуллоходжаева Г.А. Определение этиологической структуры и антибиотикочувствительности при осложнённых инфекциях мочевыводящих путей	164
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	
Абдуллажанов М.М., Рахимов М.Р., Рашидов М.М. Сравнительная оценка катетеризации почки перкутанной нефростомии при деблокировании суправезикальной обструкции	167
Акилов Ф.А., Акилова Н.Ф., Наджимитдинов Я.С. Компьютерная томография при обследовании пациентов с камнями мочеочника	170
Батиров М.И., Меринов Д.С., Гаджиев Г.Д., Швангирадзе И.А. Перкутанная нефролитотрипсия в лечении крупных и коралловидных камней единственной или единственно функционирующей почки	173

Omorov D.J. Tactical approaches to surgical treatment of prostatic hyperplasia	129
Sadyrbekov N.J. Medical and social factors of infertility in married couples	132
Usupbaev A., Adiev A., Kuzebaev R., Hakimhodjaev Z. Our experience in sex reassignment surgery MtF	137
Usupbaev A.Ch., Botalae B.A. Prevention of infectious complications after TUR of prostate	142
Usupbaev A.Ch., Hakimhodjaev Z.Sh. Actuality of urological diseases in practical gerontology	145
Chernetsova G.S., Adiev A.T., Shakirov G.F., Sultanov B.M. Comparative evaluation of methods of urine derivation in acute urinary retention on the background of benign prostatic hyperplasia	147
Chernetsova G.S., Kylychbekov M.B., Kalygulov A.K. Comparative analysis of morphological findings in transrectal prostate biopsy in patients with elevated PSA	149
Esembaev B.I., Poroshai V.N., Danilenko I.L. Analysis of treatment in children with hypospadias	152
Estebesov N. S. Advantages of using a transurethral resection of the prostate in patients with benign prostatic hyperplasia, based on a comparative analysis	154

URINARY TRACT INFECTION

Ahmedov R.N., Abdullajanov M.M., Rahimov M.R., Rashidov M.M. Pyo-inflammatory kidney diseases. The role of minimal invasive treatment	157
Daurov Sh. Yu. The results of retrospective analysis of intrauterine death and stillbirth rate from congenital malformations of the urinary tract and urogenital infections in Bishkek city	160
Kojonaliev T.Z., Abdyrasulov A.D., Turgunbaev T.E. Infusion medicines in treatment of patients with chronic pyelonephritis	162
Nusratulloev I.N., Usmanova U.M., Tusmatov Sh.M., Sadulloev F.S., Abdullohodzhaeva G.A. Determination of etiological structure and antibiotic-sensitivity at complicated infections of urinary tracts	164

UROLITHIASIS

Abdullajanov M.M., Rahimov M.R., Rashidov M.M. Comparative evaluation of the kidney catheterization and percutaneous nephrostomy during unblocking supravazical obstruction	167
Akilov F.A., Akilova N.F. Nadjimitdinov Y.S. Computed tomography for the investigation of patients with ureteral calculi	170
Catibov M.I., Merinov D.S., Gadjiyev G.D., Hnikin F.N., Shvangiradze I.A. Percutaneous nephrolithotripsy in the treatment of large and staghorn stones in the only or only-functioning kidney	173

- Наджимитдинов Я.С., Хаджиханов Ф.А.* Метаболические нарушения у больных с камнями в подковообразной почке 176
- Скорняков С.Н., Зубань О.Н., Новиков Б.И., Бородин Э.П., Еремеев Д.Ю., Фадина О.В.* Нephrotuberculosis and urolithiasis: что первично? 179
- Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Осмон уулу Айбек, Махмудов А.М.* Дистанционная ударно-волновая литотрипсия на литотрипторе Modulit-SLK 184
- Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Зарылбеков Н.З.* Сравнительная эффективность малоинвазивных и традиционных методов лечения уретеролитиаза .. 188
- Шамсиев Дж.А., Турсунов Н.Т., Гафуров Р., Олимов Р.Х., Тусматов Ш.М., Сатторов Х.Б.* Состояние электролитного обмена при развитии почечной недостаточности у больных мочекаменной болезнью до нефрэктомии 192
- Чхотуа А.* Эффективность фитопрепарата "Tutukon" при лечении пациентов с мочекаменной болезнью 196

РАЗНОЕ

- Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н., Рахимов М.Р., Рашидов М.М., Хусанхожаев Ж.У.* Современные методы лучевой диагностики лечения повреждений почек 201
- Ахмедов Р.Н., Абдуллажанов М.М., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Махсумов К.Д., Халилов М.Л., Расулов З.Н.* Особенности клинического течения изолированных травм почек. 10-летний опыт лечения 205
- Колесниченко И.В., Чернецова Г.С., Абдикаликов Т.Ж.* Клинико-рентгенологический прогноз у пациентов с единственной оставшейся почкой вследствие почечнокаменной болезни и стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента 211
- Кулукеев У.К.* Хирургическое лечение иатрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря 213
- Омурбеков Т.О., Арбаналиев М.К., Порожай В.Н.* Состояния регионарной гемодинамики при дисфункции мочевого пузыря у детей 217
- Осмонов Д.К., Юнeman К.П., Ботобаев А.А.* Техника "Kielknots" при лечении врожденного и приобретенного искривления полового члена 220
- Рашидов М.М., Ахмедов Р.Н., Абдуллажанов М.М., Рахимов М.Р.* Современные подходы к диагностике и лечению повреждений мочевого пузыря 225
- Усупбаев А.Ч., Абдыкалыков М.Б., Козубаев Б.У.* Результаты открытой нефропексии с помощью полипропиленовой сетки 229
- Усупбаев А.Ч., Турдумаматов У.Н., Жолдошов К.Ы.* Эпидемиологическая характеристика больных с пересаженной почкой в Кыргызской Республике 231

- Nadjimitdinov Y.S., Khadjikhanov F.A.* Metabolic disorders in patients with calculi in horseshoe kidney
- Skornjakov S.N., Zuban O.N., Novikov B.I., Borodin E.P., Eremeyev D.Y., Fadina O.V.* Nephrotuberculosis and urolithiasis: What comes first?
- Usupbaev A. Ch., Mamatbekov R.A., Oskon uulu Aibek, Mahmudov A.M.* Extracorporeal shock wave lithotripsy using the Modulit -SLK lithotripter
- Usupbaev A.Ch., Monolov N.K. Zarylbekov N.Z.* Comparison of the effectiveness of minimally invasive and conventional methods of treatment of ureterolithiasis
- Shamsiev J.A., Tursuov N.T., Gafurov R., Olimov R.Kh., Tusmatov Sh.M., Sattorov Kh.B.* Electrolyte balance state at the chronic failure development in patients with urolithiasis before nephrectomy
- Chkhorua A.* Effectiveness of phytotherapeutic drug "Tutukon" in the treatment of patients with urolithiasis

MISCELLANEOUS

- Abdullajanov M.M., Ahmedov R.N., Rahimov M.R., Rashidov M.M., Husanhojayev J.U.* Contemporary methods of X-ray diagnostics and treatment of kidney damage
- Ahmedov R.N., Abdullajanov M.M., Rahimov M.R., Rashidov M.M., Macsumov C.D., Halilov M.L., Rasulov Z.N.* Clinical features of isolated kidney injury. 10-year experience in treatment
- Kolesnichenko I.V., Chernecova G.S., Abdikhalikov T.J.* Clinical and radiographic prediction in patients with the only remaining kidney due to nephrolithiasis and ureteropelvic stricture
- Kulukeev U.K.* Surgical treatment of iatrogenic damages of ureter and urine bladder
- Omurbekov T.O., Arbanaliev M.K., Poroschai V.N.* State of regional hemodynamics in children with urinary bladder dysfunction
- Osmonov D.K., Juneman K.P., Botobaev A.A.* The "Kiel Knots" technique for treatment of congenital and acquired penile deviation.
- Rashidov M.M., Ahmedov R.N., Abdullajanov M.M., Rahimov M.R.* Current approaches to diagnosis and treatment of injuries of the urinary bladder
- Usupbaev A.Ch., Abdykalykov M.B., Kozubaev B. U.* Results of the open nephropexy using polypropylene mesh
- Usupbaev A.Ch., Turdumamatov U.N., Joldoshev K.Y.* Epidemiological characteristic of patients with transplanted kidney in the Kyrgyz Republic

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Курбаналиев Р.М.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра урологии и андрологии, Бишкек, Кыргызская Республика

Experience in the use of combination therapy in the treatment of benign hyperplasia in combination with chronic prostatitis

Kurbanaliev R.M.

В статье представлены результаты консервативной терапии с включением в схему лечения препаратов Афала и Импазы у 123 больных ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом за 2012-2013 гг. в РНЦУ при НГ МЗ КР.

Ключевые слова: ДГПЖ, хронический простатит, консервативная терапия

The article presents the results of conservative therapy with inclusion in the scheme of treatment drugs, Afala and Em-pathy in 123 patients with BPH in combination with chronic prostatitis for 2012-13 in RNCU when NG Ministry of health KR.

Keywords: BPH and chronic prostatitis, conservative therapy

□ ВВЕДЕНИЕ

ДГПЖ является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Так, у каждого четвертого мужчины старше 50 лет развиваются обструктивные и ирритативные симптомы заболевания. Необходимо отметить, что течение данного заболевания часто осложняется воспалительными процессами в мочеполовых органах (1,2,5).

В настоящее время ДГПЖ часто сопровождается хроническим простатитом, который усугубляет ее клиническое течение. Эти два заболевания в сочетании требуют больше времени и терпения для лечения. Необходимо отметить возросший интерес к консервативным методам, где для уменьшения выраженности симптомов, связанных с гиперплазией простаты, широко применяются разнообразные пероральные препараты – в том числе фитотерапевтические и гомеопатические, причем был достигнут прогресс в выделении действующего начала этих препаратов и изучении их механизма действия. Приступая к медикаментозному лечению, включающему пищевые добавки, гомеопатические средства – α-блокаторы, либо ингибиторы 5α-редуктазы (3,4,6).

Цель нашего исследования – оценка клинической эффективности одновременного применения гомеопатических препаратов Афала и Импаза у больных ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом.

□ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для наблюдения за клиническим применением препаратов Афала и Импаза, а также для оценки его переносимости и безопасности у 123 больных проведено комплексное обследование, которое включало сбор анамнеза, лабораторные исследования в полном объеме, УЗИ (или ТРУЗИ), анкетирование больных по психологическим параметрам качества жизни (IPSS), по показаниям ректальное пальцевое исследование, урофлоуметрия, рентгенологическое исследование.

□ РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 123 пациентов у 97 (78,9%) ДГПЖ сочеталась с хроническим простатитом.

Препараты принимались по следующей схеме: Афала по 2 таблетки 2 раза в сутки 16 недель и Импаза по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 4 недель, далее по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 8 недель.

Контрольную группу составили 25 человек, получавших терапию обычной схемой без включения этих препаратов.

На рисунке 1 представлен возрастной состав больных: больные с ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом до 50 лет – 4 (4,1%), от 50 до 60 лет – 22 (22,7%), от 60 до 70 лет – 52 (53,6%), старше 70 лет – 19 (19,6%).

Следует отметить, что больше половины составили больные в возрасте от 60 до 70 лет (53,6%).

На рисунке 2 представлены показатели динамики после проведенного лечения через 3 мес.

У всех пациентов, находившихся под наблюдением, отмечался дизурический симптомокомплекс, который проявлялся в виде учащенного мочеиспускания, поллакиурии до 5-7 раз в сутки, затруднения мочеиспускания, чувства неполного опорожнения мочевого пузыря. После лечения частота мочеиспускания нормализовалась у 36,3% больных, императивные позывы перестали беспокоить 39,6% больных, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря исчезло у 52,6%. Поллакиурия исчезла у 36% больных. Таким образом, отмечена явная динамика улучшений, которая проявляется в уменьшении симптомов простатизма, причем улучшение отмечалось при рассмотрении как обструктивных, так и императивных симптомов данной группы больных.

При УЗИ-скрининге уменьшение размеров предстательной железы выявлено у 29 пациентов в среднем на 6-8%, что мы могли объяснить уменьшением отека предстательной железы и уменьшением остаточной мочи до 8 мл в динамике ($P < 0,01$).

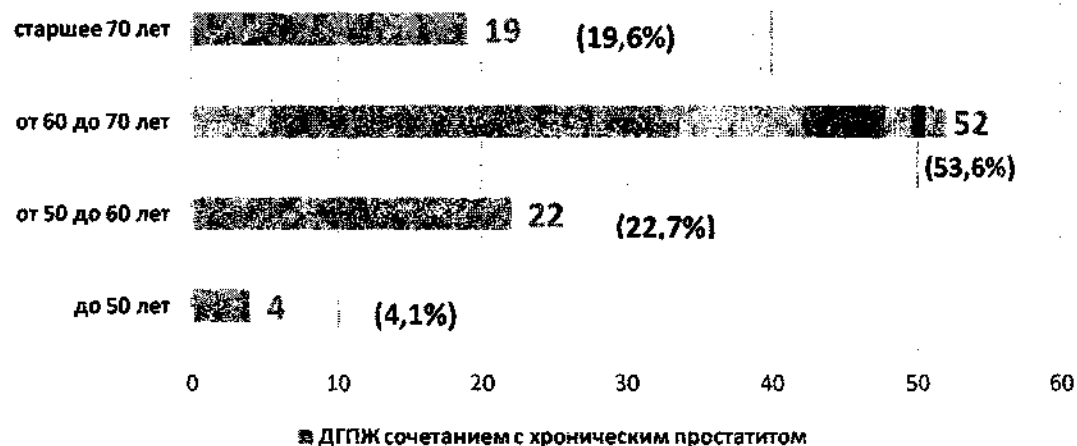


Рис.1. Показатели больных в разрезе возраста.

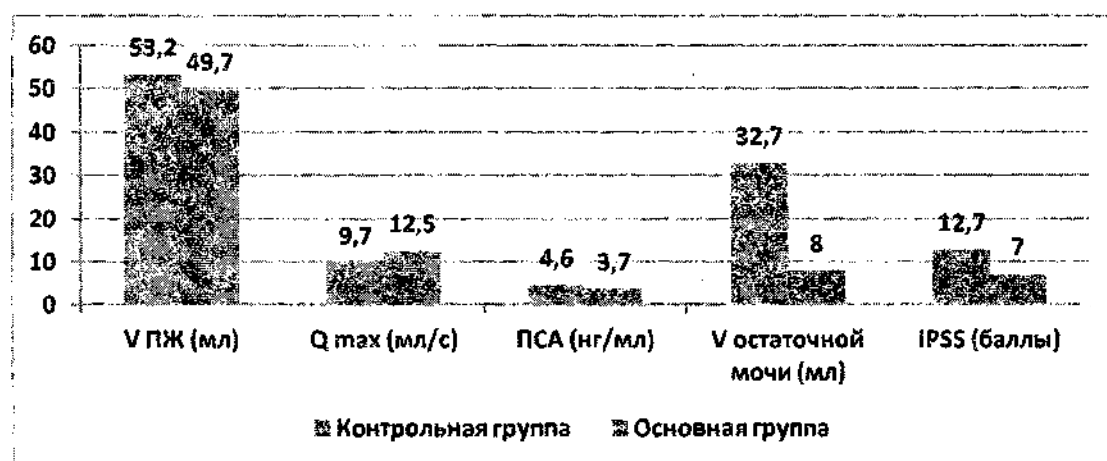


Рис.2. Показатели динамики до и после лечения в группах.

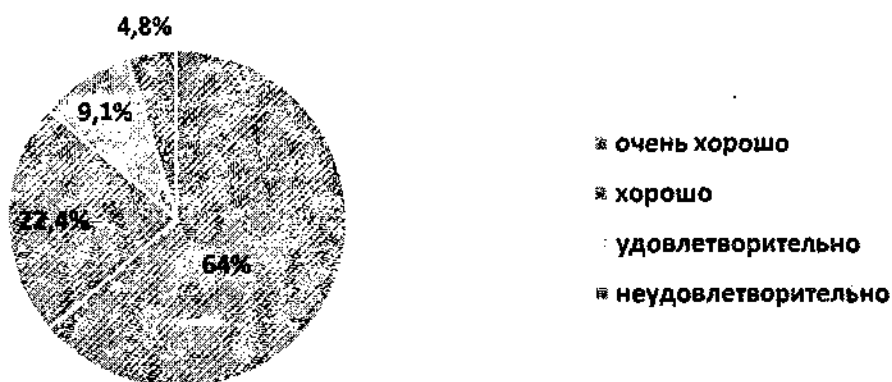


Рис.3. Оценка переносимости больными комплексного лечения.

У всех больных в среднем уже через 1 мес. после начала приема отмечено улучшение показателей уродинамики (Q_{max} с 9,7 до 12,5 мл/с; $P < 0,05$). ПСА крови пациентов снизился с 4,6 до 3,7 нг/мл ($P < 0,05$).

Отмечено снижение общей суммы симптомов IPSS с 12,7 до 7 баллов по данным анкетирования через 3 месяца после приема препарата: оценка качества жизни, общее самочувствие, настроение, жизненная активность, получение удовольствия при и после мочеиспускания, половая активность – же-

лание и возможности.

При этом очень хорошую переносимость препарата отметили 64,0%, хорошую – 22,4%, удовлетворительную – 9,1%, неудовлетворительную – 4,8% обследованных (рис.3).

Таким образом, на наш взгляд, препараты могут широко рекомендоваться для лечения больных ДГПЖ с сопутствующим хроническим простатитом. Важнейшим свойством препарата является отсутствие осложнений.

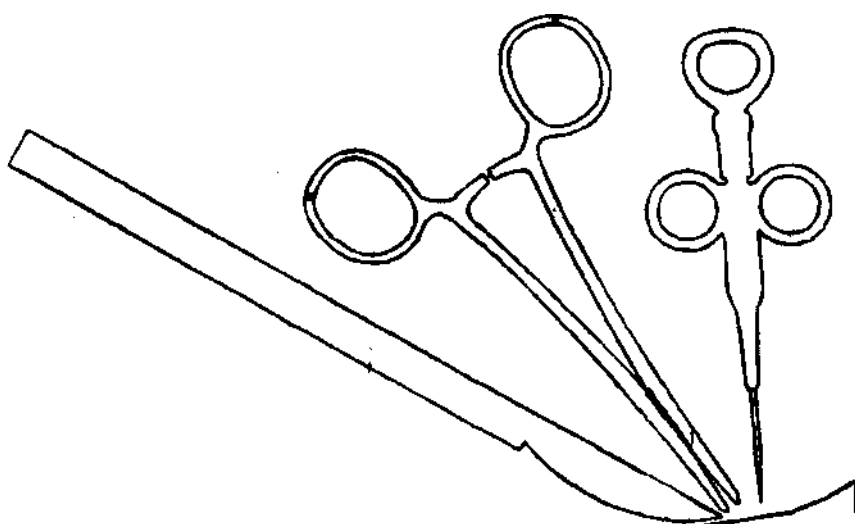
Согласно нашим наблюдениям, имеющим опыт 3-летнего применения, у больных уменьшается на 50% вероятность возникновения острой задержки мочи и на 30% снижается необходимость в применении трансуретральных процедур и открытой аденомэктомии.

□ ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Газимиев М.А. *Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике*. М: "Р.Валент". 2001.
2. Гориловский Л.М. *Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте*. Москва.-Медпрактика, 1999г. С.104-107.
3. *Опыт применения препарата Афала у пациентов с диагнозом ДГПЖ / Абоян И.А., Абоян В.Э., Зиньковская О.В. и соавт. // Поликлиника. – 2010. - № 3. – С.57 – 59.*
4. *Опыт лечения хронического простатита с применением препарата Афала / Ноздрачев Д.В., Ноздрачева Р.Н., Крюков и соавт. // Поликлиника. – 2010. - № 6. – С.128 – 131.*
5. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette J, et al. Benign prostatic hyperplasia: a progressive disease of aging men. *Urology* 2003; 61:267-273.
6. Han M, Alfert H, Partin A *Retropubic and Suprapubic Open Prostatectomy*. Chapter 41. In *Campbell's Urology*, 8th edition, WB Saunders 2002: 1423-1434.



КЫРГЫЗСТАН ХИРУРГИЯСЫ



- Организация хирургической службы
- Вопросы общей и частной хирургии
- В помощь практическому врачу
- Обзоры
- Рецензии
- Протоколы заседаний Ассоциации хирургических обществ

№3
2010 г.

ХИРУРГИЯ КЫРГЫЗСТАНА

**выпуск номера журнала посвящен памяти
Заслуженного врача Кыргызской Республики
У.Ш. Галиева**

СОДЕРЖАНИЕ

История медицины

Усупбаев А.Ч.

Галиев Урпек Шаршебаевич - жизнь во благо народа и здравоохранения Кыргызстана (к 75-летию со дня рождения) 3

Воспоминания коллег 7

Вопросы урологии

Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Адиев А.Т., Колесниченко И.В., Боталаев Б.А.

К вопросу оперативного лечения нейромышечной дисплазии мочеточника 9

Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Зарылбеков Н.З.

Пневматическая уретеролитотрипсия и цистолитотрипсия 12

Усупбаев А.Ч., Казымбеков К.Р.

Опыт применения комплексной противовоспалительной терапии при оперативном лечении стриктур уретры 14

Усупбаев А.Ч., Жаныбаев К.А.

Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией мочеполовой системы и других органов 16

Усупбаев А.Ч., Качиева А.А., Катаниди К.Ю.

Л-карнитин (Картан) в лечении анемии на фоне ХПН 21

Усупбаев А.Ч., Байсалов М.К., Рысбаев Б.А., Хакимходжаев З.Ш.

Применение фитопрепаратов при патозооспермии 24

Садырбеков Н.Ж.

Об этиопатогенезе развития гидроцеле 25

Садырбеков Н.Ж.

Влияние гормонов и половых инфекций на фертильность у супругов, состоящих в бесплодном браке 27

Чернецова Г.С., Чернецов О.Н.

Лечение аденомы предстательной железы и хронического простатита Афалой 29

Чернецова Г.С., Чернецов О.Н.

Опыт лечения острых воспалительных заболеваний мочеполовой системы препаратом Роцефин 32

Чернецова Г.С., Алимов Ч.Б.

Результаты катамнестического обследования женщин с недержанием мочи после хирургического лечения 35

Мамбетов Ж.С., Турашев М.Т.

Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом 38

Мамбетов Ж.С., Турашев М.Т.

К вопросу изучения нефроптоза 41

Жумагазиев Т.С., Мамбетов Ж.С., Орозалиев К.Ш.

Морфологическое исследование и стандартизация ведения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы 43

Нусратуллоева М.И., Дабуров К.Н.

Метафилактика рецидивирования мочекаменной болезни диетотерапией 44

Саъдуллоев Ф.С., Дабуров К.Н. Внутрибольничные инфекции в ЛПУ Таджикистана: проблемы и пути их решения	49
Усупбаев А.Ч., Мырзалиев Ж.С., Стамбекова К.Н., Дауров Ш.Ю. Лечение мочеполювого микоплазмоза до и после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы	52
Колесниченко И.В. Комплексный подход к лечению цисталгии у женщин в постменопаузе	56
Рысбаев Б.А., Байсалов М.К. Опыт применение м-холиноблокатора Везикар при недержании мочи	58
Усупбаев А.Ч., Лим Е.Ю. Методы диагностики заболеваний предстательной железы и их информативность	60
Арбаналиев М.К. Клинико-функциональная характеристика энуреза в возрастном аспекте при дисфункции мочевого пузыря у детей	63
Вопросы хирургии	
Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч., Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К. Анализ результатов диагностики и тактики лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью	67
Сундетов М.М. Аплазия доли легкого	71
Ешмуратов Т.Ш. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза левого легкого и печени	74
Монокбаев Э.К., Адамалиев К.А., Анарбаев А.А. Алгоритмы трехэтапной системы диагностики диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей	77
Монокбаев Э.К., Адамалиев К.А., Анарбаев А.А. Дифференцированные подходы к профилактике и лечению ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей	82
Обзоры	
Талипов Н.О. Применение препаратов группы 5- нитрофуранов в лечении гнойных ран	87

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА

Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Адиев А.Т., Колесниченко И.В., Боталаев Б.А.

Республиканский научный центр урологии при НГМЗ КР, г. Бишкек

В статье отражена техника усовершенствования методики оперативной коррекции нейромышечной дисплазии мочеоточника и ее эффективность.

Ключевые слова: аномалия мочеполовой системы, нейромышечная дисплазия мочеоточника, оперативное лечение.

THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT URETHRAL NEUROMUSCULAR DYSPLASIA

Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Adiev T.T., Kolesnichenko I.V., Botalaeв B.A.

Urethral neuromuscular dysplasia (UND) – specific condition among congenital abnormalities of urinary tract system, due to the surgical treatment of this problem is still opened. In literature seasonly meet publications of the authors, indicating about result of the surgical correction of UND. However, there is no definite ways to solve the problem. This is because of unsatisfied results of existing reconstructive surgical techniques. In this article we wanted to share our technical approaches in UND correction.

В структуре врожденных аномалии мочеполовой системы нейромышечная дисплазия мочеоточника (НМЦ) занимает особое положение, поскольку, до настоящего времени вопросы оперативного лечения остаются дискуссионными и открытыми [3,5,6]. В литературе периодически встречаются сообщения авторов, указывающих о результатах хирургической коррекции НДМ [1,2,4]. Однако, до сих пор урологи не пришли к единому решению этой проблемы из-за неудовлетворительных результатов реконструктивно-пластических операций на мочевых путях.

В связи с этим, мы в своей работе хотели поделиться разработанными тактико-техническими подходами коррекции НДМ на конкретных клинических материалах.

Цель: улучшение результативности хирургической коррекции нейромышечной дисплазии мочеоточника, на основе совершенствования методов реконструктивно-пластических вмешательств.

Материал и методы. В научном центре урологии НГМЗКР за период с 2007 по 2009 года нами были произведены 5 реконструктивно-пластических операций по поводу нейромышечной дисплазии

мочеоточника, среди которых 2 пациента с мегауретером 1 стадии и 3 пациента с мегауретером 2 стадии. По половой принадлежности мужчин - 3, женщин -2.

Все больные прошли общеклинические исследования: развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Были произведены УЗИ внутренних органов, рентгенологические и инструментально-эндоскопические исследования (обзорная и экскреторная урограмма, компьютерная томография).

В разделе о результатах и обсуждениях мы подробно остановились на методике усовершенствования оперативной коррекции НДМ.

Под эндотрахеальным наркозом производили клюшкообразный разрез подвздошной области. После рассечения апоневроза и мышц, забрюшинно выделялся резко расширенный мочеоточник (рис.1). Он отделялся от спаек, стремясь максимально сохранить так называемую «брыжейку» - сосудисто-нервные пучки мочеоточника. Далее мочеоточник освобождали до интрамурального отдела, где производили отсечение. Дефект ушивался наглухо.

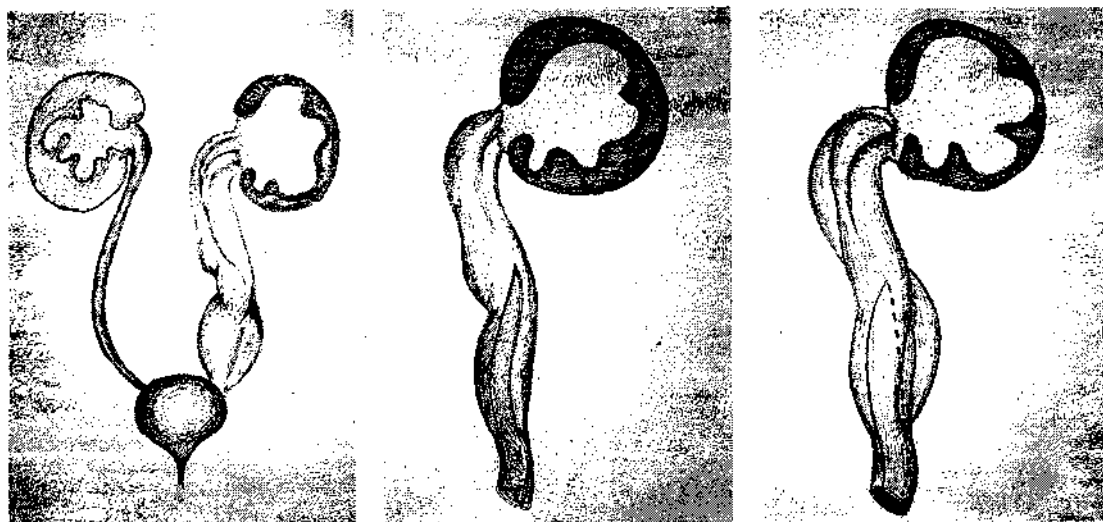


Рис. 1. Этапы мобилизации мочеточника на стороне поражения

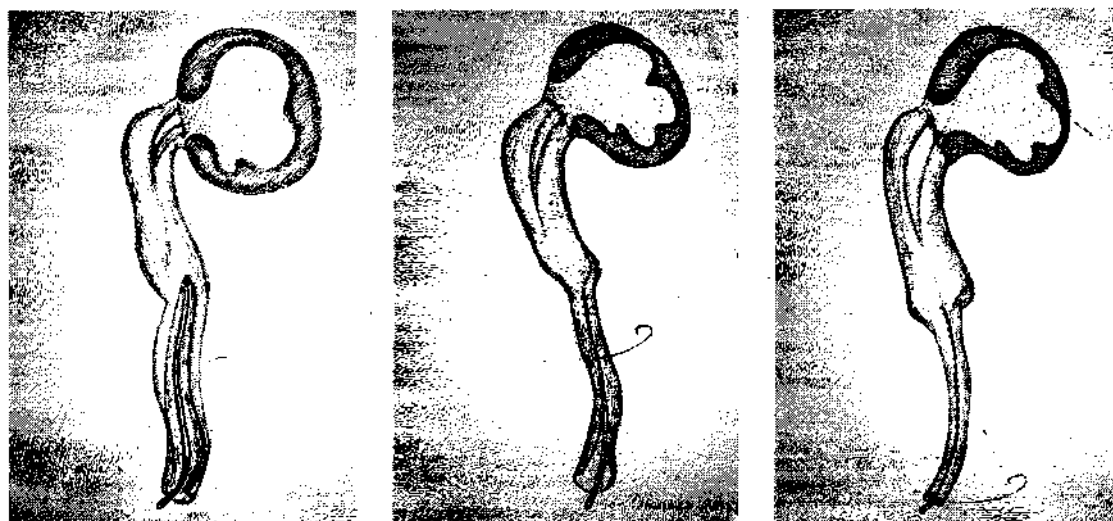


Рис. 2. Этапы реконструкции дилатированного мочеточника

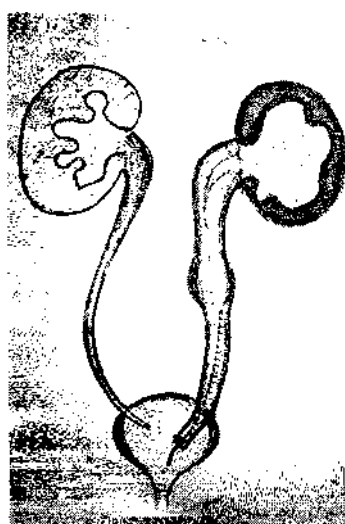


Рис. 3. Уретероцистонеоанастомоз по антирефлюксной методике по Политано-Лидбеттеру

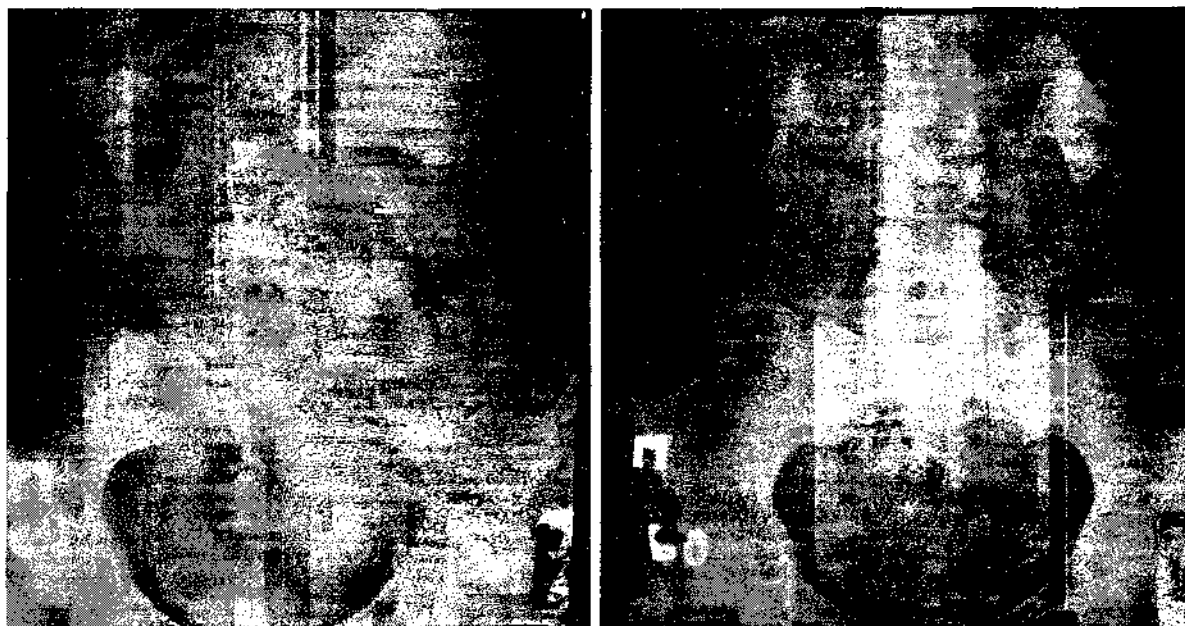


Рис.4. Экскреторная урография до и после операции

Мочевой пузырь ушивался, оставляя эпицистостому и уретральный дренаж Фоллея. В забрюшинное пространство устанавливалась страховая дренажная трубка. Накладывались послойные швы на рану. В послеоперационном периоде на 3 день удалялся уретральный дренаж, на 7-9 день - эпицистостома, на 14 день - страховой дренаж, на 21-30 сутки полускрытый дренаж (или мочеточниковый стэнд-катетер). Пациенты выписывались на 21-22 сутки без осложнений.

Результаты хирургического лечения мы определяли с помощью экскреторных урограмм, при которых сравнивалась выделительная функция почек до и после коррекции, а также производилось контрольное УЗИ (рис. 4). Мочеточник дренировали силиконовым дренажем или специальным мочеточниковым стэнд-катетером № 12 (рис.4). Начиная от дистального разреза мочеточника, накладывали непрерывный вворачивающийся шов викрилом № 3-0 до проксимального отдела, оставляя дренаж внутри формирующегося мочеточника. Далее поверх вворачивающегося шва были наложены узловые серо-серозные швы на всем протяжении викрилом № 5-0. После формирования мочеточника вскрывали мочевой пузырь, производили уретеро-цистонеоанастомоз по антирефлюксной методике по Политано-Лидбеттеру (рис.3).

Производили максимальную мобилизацию мочеточника в проксимальном направлении. Далее, линейным разрезом в продольном направлении равномерно с обеих сторон скальпелем отсекались края мочеточника от 12 до 17 см (для более ровного сопоставления краев мочеточника), оставляя полоску до 2,5 см. В дистальном отделе оставляли клиновидный разрез (рис.2).

Таким образом, предложенный нами усовершенствованный метод наложения непрерывного вворачивающегося шва на всем протяжении мочеточника позволяет восстановить нормальное сечение на всем его протяжении, что в свою очередь обеспечивает адекватную уродинамику из верхних мочевых путей.

Литература

1. Авайзян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек и мочеточников. - М., 1988. - С. 324-350.
2. Ерохин А.П. Осложнения при оперативном лечении мегауретера у детей // Урол. и нефрол. - 1982. - №2. - С. 11-15.
3. Лопаткин Н.А., Житникова Л.Н. Мегауретер - понятие и классификация. - Л., 1981. - С. 9-12.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. - М., 1990. - 208с.
5. Лопаткин Н.А. Нейромышечная дисплазия мочеточника // Урол. и нефрол. - 1971. - №5. - С.35-40.
6. Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. - М., 1972. - С. 129-130.

ISSN 1728- 2985



9 771728 298000

УРОЛОГИЯ

6

• МОСКВА •

2017

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

С.Г. Аляев, М.А. Газимиев, З.К. Гаджиева. Российское общество урологов за последние 5 лет

Yu.G. Alyaev, M.A. Gazimiev, Z.K. Gadzhieva. Russian society of urology over the past 5 years

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLE

С.Г. Аляев, Е.С. Сирота, Е.А. Безруков, Д.Н. Фиев, М.Д. Букатов, А.В. Летуновский, И.Ш. Бядретдинов. Применение 3D-мягких печатных моделей почки для лечения больных локализованным раком почки (пилотное исследование)

Yu.G. Alyaev, E.S. Sirota, E.A. Bezrukov, D.N. Fiev, M.D. Bukatov, A.V. Letunovskii, I.Sh. Byadretdinov. Application of 3D soft print models of the kidney for treatment of patients with localized cancer of the kidney (a pilot study)

Р.Г. Гусейнов, С.В. Попов, А.Н. Горшков, К.В. Сивак, А.Г. Мартов. Влияние длительности тепловой ишемии почки на восстановление фильтрационной функции в эксперименте

R.G. Guseinov, S.V. Popov, A.N. Gorshkov, K.V. Sivak, A.G. Martov. Effects of the of renal warm ischemia time on the recovery of filtration function in the experiment

Г.Р. Касян, Д.А. Вишневский, Л.В. Акуленко, С.О. Козлова, Е.И. Шарова, Н.В. Тупикина, Д.Ю. Пушкар'. Ассоциация полиморфизма 1800255 гена COL3A1 с развитием атласа тазовых органов и недержания мочи у женщин: предварительные данные

G.R. Kasyan, D.A. Vishnevskii, L.V. Akulenko, Yu.O. Kozlova, E.I. Sharova, N.V. Tupikina, D.Yu. Pushkar'. Association of polymorphism of 1800255 COL3A1 gene with pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women: preliminary data

Ю. Шевченко, Е.В. Кульчавеня. Есть ли скрининг для урологического туберкулеза?

S.Yu. Shevchenko, E.V. Kulchavenya. Is there screening for urinary tuberculosis?

Н.А. Курашова, Е.В. Беляева, О.А. Ершова, Б.Г. Дашиев, Т.А. Байрова, Л.И. Колесникова. Ассоциация полиморфизма генов GSTT1, GSTM1 с бесплодием у мужчин

N.A. Kurashova, E.V. Belyaeva, O.A. Ershova, B.G. Dashiev, T.A. Bairova, L.I. Kolesnikova. Association of polymorphism of GSTT1 and GSTM1 genes with infertility in men

З.А. Кадыров, С.И. Сулейманов, В.Ш. Рамишвили, В.Г. Истратов. Клинико-биохимические аспекты патогенеза уrolithiasis

Z.A. Kadyrov, S.I. Suleymanov, V.Sh. Ramishvili, V.G. Istratov. Clinical and biochemical aspects of pathogenesis of urolithiasis

А.Ч. Усупбаев, Р.М. Курбаналиев, Г.С. Чернецова, И.В. Колесниченко, Б.М. Султанов, Н.М. Мырзаканов, А.О. Золотухин, Н.А. Вагнер. Экспериментальная работа: аутопластика пельви-мочеточникового сегмента и мочеточника с использованием оболочки яичка

A.Ch. Usupbaev, R.M. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova, I.V. Kolesnichenko, B.M. Sultanov, N.M. Myrzakanov, A.O. Zolotukhin, N.A. Vagner. Experimental work: reconstruction of the pelvi-ureteric junction and ureter using testicular tunica vaginalis autograft

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, А.Д. Болотов. Трансбрюшинное и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы в определении экстракапсулярной простатической протрузии

G.G. Krivoborodov, N.S. Efremov, A.D. Bolotov. Transabdominal and transrectal ultrasound assessment of intravesical prostatic protrusion

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

PEDIATRIC UROLOGY

А.В. Пирогов, В.В. Сизонов, М.И. Коган. Опыт 157 везикоскопических операций у детей

A.V. Pirogov, V.V. Sizonov, M.I. Kogan. Experience of 157 vesicoscopic operations in children

ЭНДОУРОЛОГИЯ

ENDOUROLOGY

Л.Д. Арустамов, М.И. Катибов, Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, В.А. Епишов. Анализ клинической эффективности и факторов риска возникновения осложнений при перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с односторонней почкой

L.D. Arustamov, M.I. Katibov, D.S. Merinov, Sh.Sh. Gurbanov, A.V. Artemov, V.A. Epishov. Analysis of clinical effectiveness and risk factors for complication of percutaneous nephrolithotripsy in patients with a solitary kidney

Н.В. Поляков, Н.Г. Кешисhev, Ш.Ш. Гурбанов, М.В. Григор'ева, С.А. Серебрянный, А.В. Казаченко, Б.Я. Алексеев. Эффективность лапароскопической пластики при первичных стриктурах пельви-мочеточникового сегмента

N.V. Polyakov, N.G. Keshishev, Sh.Sh. Gurbanov, M.V. Grigor'eva, S.A. Serebryannyi, A.V. Kazachenko, B.Ya. Alekseev. Effectiveness of laparoscopic repair of primary strictures of ureteropelvic junction

Р.Г. Биктимиров, А.Г. Мартов, Т.Р. Биктимиров, А.А. Капустовский. Роль экстраперитонеоскопической аденомэктомии в оперативном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы объемом более 80 см³

R.G. Biktimirov, A.G. Martov, T.R. Biktimirov, A.A. Kaputovskii. The role of extraperitoneoscopic adenomectomy in the management of benign prostatic hyperplasia greater than 80 cm³

И.Н. Орлов, С.В. Попов, А.Г. Мартов, Е.А. Галлямов, С.М. Малевич, И.В. Сушина, Е.А. Грин', А.Е. Санжаров, А.Б. Новиков, В.П. Сергеев, А.Д. Кочкин. Сравнительная оценка методов лечения аденомы предстательной железы объемом более 100 см³

I.N. Orlov, S.V. Popov, A.G. Martov, E.A. Gallyamov, S.M. Malevich, I.V. Sushina, E.A. Grin', A.E. Sanzharov, A.B. Novikov, V.P. Sergeev, A.D. Kochkin. Comparative assessment of treatments for prostate adenoma greater than 100 cm³

Г.Н. Алексеева, К.В. Стегний, Л.Ф. Писарева, Л.И. Гурина, М.В. Волков. Совершенствование организации медицинской помощи при раке почки

87

Б.К. Комьяков, Б.Г. Гулиев, А.И. Новиков, Х.Х. Ягубов. Результаты открытой и лапароскопической резекции почки при локализованном раке почки

91

Б.Г. Гулиев, Х.Х. Ягубов. Лапароскопическая трансперитонеальная резекция почки при опухоли верхнего сегмента

96

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, С.О. Сухих, А.В. Сидоренков, А.В. Пушкарёв, Д.И. Цыганов, Д.Ю. Пушкарёв. Актуальные методы ранней диагностики рака предстательной железы

101

А.О. Васильев, А.В. Говоров, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарёв. Роль уретрального катетера в развитии катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей

107

Ю.В. Олефир, А.Н. Яворский, Д.В. Бутнару, О.В. Шаталова, В.С. Горбатенко, А.С. Герасименко. Идиопатическая гиперкальциурия. Диагностика и лечение

112

С.В. Попов, Р.Г. Гусейнов, А.Г. Мартов, Т.М. Муратов, Н.Б. Табынбаев. Биомаркеры острого гипоксически-реоксигенационного повреждения нефроцитов в условиях лапароскопической резекции ренальной паренхимы

120

О.А. Чубукова, В.В. Шкарин. Сочетанные урогенитальные инфекции у мужчин

126

И.С. Шорманов, И.И. Можжев, Х.А. Соколова, А.С. Соловьев. Роль стресс-индуцированного хронического субклинического воспаления в патогенезе синдрома хронической тазовой боли IIIB у мужчин

131

М.В. Епифанова, М.Е. Чалый, Б.Р. Гвасалия, И.И. Еремин, А.А. Пулин, И.И. Наделяева, С.А. Артеменко, Д.А. Галицкая, А.М. Репин. Новые подходы к восстановлению эректильной функции у пациентов после радикальной простатэктомии

138

Г.Р. Касян, С.О. Сухих, Д.Ю. Пушкарёв. Место мирабегрона в клинической практике

144

Н.Д. Ахвледиани, П.Г. Шварц, Я.В. Киричук. Эректильная дисфункция после нервосберегающей радикальной простатэктомии

149

В.М. Попков, А.И. Тарасенко, Г.Н. Маслякова, А.Н. Россоловский, О.Л. Березинец. Взгляд на проблему хирургического лечения почечно-клеточного рака в аспекте биомолекулярной диагностики и оценки почечной функции

153

А.А. Камалов, А.М. Тахирзаде. Современные подходы к консервативному лечению мужчин с сочетанием доброкачественной гиперплазии предстательной железы и эректильной дисфункции

160

О.И. Аполихин, С.В. Москвин. Лазерная терапия при мужском бесплодии. Ч. 2. Систематический обзор клинических исследований

164

G.N. Alekseeva, K.V. Stegnii, L.F. Pisareva, L.I. Gurina, M.V. Volkov. Improving renal cancer care

B.K. Komyakov, B.G. Guliev, A.I. Novikov, Kh.Kh. Yagubov. Results of open and laparoscopic partial nephrectomy for localized renal cancer

B.G. Guliev, Kh.Kh. Yagubov. Laparoscopic transperitoneal partial nephrectomy for a tumor of the upper segment

LITERATURE REVIEWS

A.V. Govorov, A.O. Vasilyev, A.A. Shiryayev, S.O. Sukhikh, A.V. Sidorenkov, A.V. Pushkarev, D.I. Tsiganov, D.Yu. Pushkar'. Current methods of early diagnosis of prostate cancer

A.O. Vasilyev, A.V. Govorov, A.A. Shiryayev, D.Yu. Pushkar'. The role of the urethral catheter in the development of catheter-related urinary tract infection

Yu.V. Olefir, A.N. Yavorskii, D.V. Butnaru, O.V. Shatalova, V.S. Gorbatenko, A.S. Gerasimenko. Idiopathic hypercalciuria. Diagnosis and treatment

S.V. Popov, R.G. Guseinov, A.G. Martov, T.M. Muratov, N.B. Tabynbaev. Biomarkers of acute hypoxia-reoxygenation injury to nercocytes during laparoscopic resection of renal parenchyma

O.A. Chubukova, V.V. Shkarin. Concomitant urogenital infections in men

I.S. Shormanov, I.I. Mozhaev, Kh.A. Sokolova, A.S. Solov'ev. The role of stress-induced chronic subclinical inflammation in the pathogenesis of the chronic pelvic pain syndrome IIIB in men

M.V. Epifanova, M.E. Chalyi, B.R. Gvasaliya, I.I. Eremin, A.A. Pulin, I.I. Nadelyaeva, S.A. Artemenko, D.A. Galitskaya, A.M. Repin. New approaches for recovery of erectile function in patients after radical prostatectomy

G.R. Kasyan, S.O. Sukhikh, D.Yu. Pushkar. The place of mirabegron in clinical practice

N.D. Akhvediani, P.G. Shvarts, Ya.V. Kirichuk. Erectile dysfunction after nerve-sparing radical prostatectomy

V.M. Popkov, A.I. Tarasenko, G.N. Maslyakova, A.N. Rossolovskii, O.L. Berezinets. A look at the problem of surgical treatment of renal cell carcinoma in the aspect of biomolecular diagnosis and assessment of renal function

A.A. Kamalov, A.M. Takhirzade. Current approaches to conservative treatment of men with concomitant benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction

O.I. Apolikhin, S.V. Moskvin. Laser therapy for men's infertility. Part 2. Systematic review of clinical trials

А. Ч. Усунбаев¹, Р. М. Курбаналиев¹, Г. С. Чернецова², И. В. Колесниченко²,
Б. М. Султанов², Н. М. Мырзаканов³, А. О. Золотухин³, Н. А. Вагнер⁴

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА: АУТОПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И МОЧЕТОЧНИКА ВЛАГАЛИЩНОЙ ОБОЛОЧКОЙ ЯИЧКА

¹ Кафедра урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; ² кафедра урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан; ³ кафедра акушерства и хирургии факультета ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К. И. Скрябина, Бишкек, Кыргызстан; ⁴ ветеринарная клиника «Animal planet», Бишкек, Кыргызстан

Автор для связи: Р. М. Курбаналиев – к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последилового обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения путем использования аутоотрансплантата (влагищной оболочки яичка) на верхних мочевыводящих путях экспериментальных животных.

Материалы и методы. В работе представлены результаты замещения участков почечной лоханки и мочеточника аутоотрансплантатом у 25 собак (мужские особи). Забор лоскутов трансплантата произведен путем резекции париетального листка влагищной оболочки яичка, пересаженного в область лоханочно-мочеточникового сегмента и проксимального отдела мочеточника. Дренажирование верхних мочевыводящих путей осуществлено с помощью мочеточникового стент-катетера. Результаты оценивали через 1 неделю, 1–3–6 месяцев после операции. Анализировали функциональное состояние почек и мочеточников с помощью экскреторной урографии и УЗИ, изучали морфологическую картину биоптатов аутоотрансплантата.

Результаты: Во всех случаях жизнеспособность аутоотрансплантата полностью сохранялась, отсутствовали признаки вторичного инфицирования, некроза и нарушения проходимости в зоне анастомоза. При гистологическом исследовании наблюдали признаки эпителизации и соединительнотканного замещения в зоне имплантации с процессами неоваскулогенеза.

Заключение. Предложенный метод хирургического лечения служил альтернативным способом восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей при обструктивных уропатиях.

Группа обструктивных урологических патологий изучена на примере стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента при внутривисцеральной лоханке, стриктур мочеточника протяженностью до 3–4 см.

Ключевые слова: аутоотрансплантат, влагищная оболочка яичка, верхние мочевыводящие пути

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Для цитирования: Усунбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Чернецова Г.С., Колесниченко И.В., Султанов Б.М., Мырзаканов Н.М., Золотухин А.О., Вагнер Н.А. Экспериментальная работа: аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника влагищной оболочкой яичка. Урология. 2017;6:50–54
Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2017.6.50-54>

Введение. Восстановление проходимости верхних мочевыводящих путей при обструктивных уропатиях остается одной из самых сложных проблем оперативной урологии [1, 2]. В современной литературе описано много способов хирургического лечения гидронефротической трансформации с целью восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей, однако недостаточное освещены вопросы, касающиеся изучения функционального состояния почек и мочеточников при замещении зоны обструкции аутоотрансплантатом.

На стадии изучения находятся методики замещения мочеточника синтетическими материалами, сосудистыми аутоотрансплантатами, фаллопиевыми трубами, лиофилизированной твердой мозговой оболочкой при протяженных стриктурах или при тотальном замещении мочеточников. Однако данные трансплантаты не подходят для постоянно-

го замещения ввиду невозможности осуществлять сокращения, подобные перистальтике цистоидов мочеточника, что в свою очередь может стать причиной рецидива уретерогидронефроза [3].

Наиболее широко используемыми методами замещения мочеточника при обширных повреждениях в настоящее время являются использование различных отделов кишечника – тонкой кишки, имеющей схожее с мочеточником строение стенки и обладающей способностью к сократительной деятельности, червеобразного отростка и сегментов толстой кишки [3].

Для реконструкции стриктур мочеточника протяженностью от 3 до 5 см некоторые авторы используют методику буккальной пластики [4–7].

В литературе представлены единичные экспериментальные работы, посвященные изучению проблем восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей. Так, в работе [8] у трех павианов

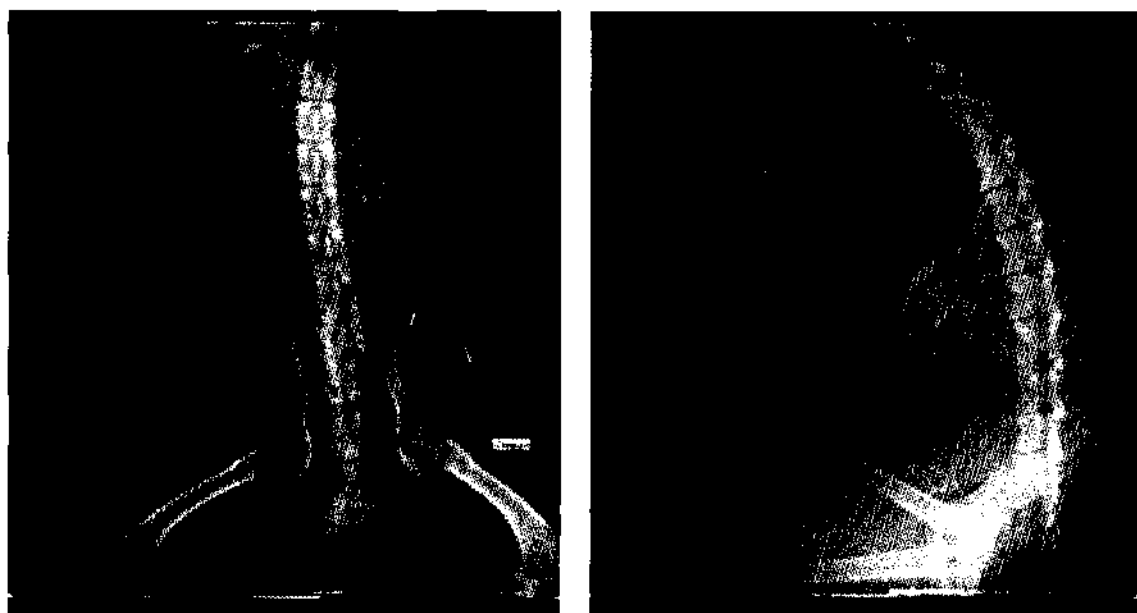


Рис. 1. Обзорная урография. Наличие стент-катетера в верхних мочевыводящих путях у экспериментальных животных

оценивали возможность замены поврежденного сегмента мочеточника протяженностью до 3 см свободным аутоотрансплантатом из слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения путем использования аутоотрансплантата (влагалищной оболочки яичка) на верхних мочевыводящих путях у экспериментальных животных.

Материалы и методы. Экспериментальная работа проведена Республиканским научным центром урологии совместно с кафедрой акушерства и хирургии факультета ветеринарной медицины и биотехнологий Кыргызского национального аграрного университета им. К. И. Скрябина и ветеринарной клиникой «Animal planet». Исследование выполнено на 25 беспородных собаках мужских особей. Масса тела 2 особей составила 8 кг, 6 — от 11 до 12 кг, 7 — от 12 до 14 кг, 8 особей — от 14 до 16 кг.

Всем животным была выполнена аутопластика мочеточника влагалищной оболочкой яичка. Операция выполнена под внутривенным наркозом с дополнительной инфильтрационной анестезией 2%-ным раствором лидокаина — 50 мл. Операционное поле — поясничная область слева и мошонка — выстригали, обрабатывали йодистым раствором. Длина разреза в поясничной области соответствовала 5–6 см. Межмышечным доступом в забрюшинном пространстве визуализировали мочеточник, брали его на держалку и рассекали продольно на 2,5 см. В просвет мочеточника устанавливали стент-катетер. Рану прикрывали стерильным материалом. Выполняли разрез кожи мошонки длиной 1,5–2 см. Выделяли и вскрывали влагалищную оболочку яичка, из которой выкраивали лоскут размером 2,5×0,5 см, ушивали ее. На кожу накладывали рассасывающиеся (полидиоксанон) швы, асептическую повязку. Аутоимплантат фиксировали внутренней поверхностью к просвету мочеточника и ушивали непрерывным вворачивающимся швом полигликолида

4–0. Мочеточник подводили к позвоночному краю раны и чресфасциально закрепляли к ней. В рану устанавливали дренажную страховую трубку. Послойно ушивали рану. На кожу налагали рассасывающиеся (полидиоксанон) швы, асептическую повязку. Выполняли катетеризацию мочевого пузыря катетером Нелатона. Собак переводили в послеоперационный вольер. Осуществляли динамическое наблюдение с контролем температуры тела и диуреза. Назначали антибактериальную терапию: цефтриаксон 0,5 г 2 раза в сутки, раствор метронидазола 50 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 2 дней. С целью контроля установки мочеточникового стента-катетера выполняли обзорную урографию в прямой и боковой проекциях (рис. 1).

Забор биопсийного материала для морфогистологического исследования осуществлен через 1 мес. у 7 особей, через 3 — у 8 и через 6 мес. — у 10 собак. Вмешательство проведено под аналогичной ранее анестезией. Выполнен продольный разрез длиной 2–3 см по старому послеоперационному рубцу, ближе к позвоночному углу. Межмышечным доступом в забрюшинном пространстве находили фиксированный мочеточник, производили краевое иссечение фрагмента аутоотрансплантата и ткани мочеточника размером около 0,4×0,3 см. Удаляли стент-катетер. Дефект мочеточника ушивали узловыми швами полигликолида 4–0. На кожу накладывали рассасывающиеся швы полидиоксанона, асептическую повязку.

В послеоперационном периоде осуществляли динамическое наблюдение за температурой тела и суточным диурезом.

Назначали антибактериальную терапию в виде цефтриаксона 0,5 г однократно внутримышечно и раствора метронидазола 50 мл однократно внутривенно капельно.

Стент-катетер был установлен 10 особям, из них у 3 он был удален через 1 мес., у 3 — через 3, у 4 — через

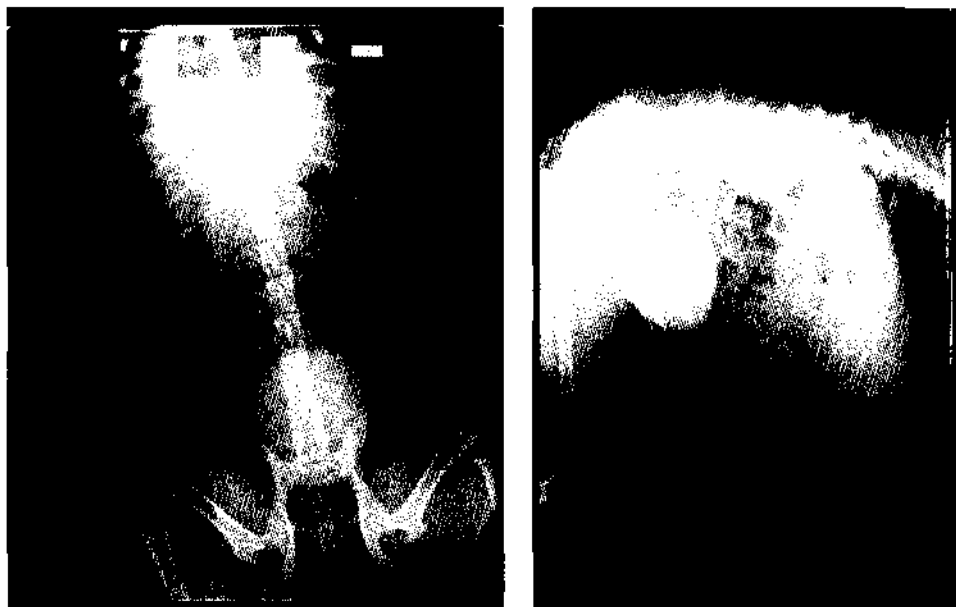


Рис. 2. Экскреторная урограмма на 5–15-й минуте после операции. Выделительная функция почек удовлетворительная, часть контрастного вещества – в мочевом пузыре

6 мес. Пятнадцати собакам установка стента не производилась.

Для гистологического исследования готовили парафиновые срезы на санном микротоме толщиной 5–6 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином.

Сравнительная оценка результатов хирургической коррекции проведена до и после операции путем анализа данных экскреторных урограмм, УЗИ, гистологического исследования аутооттрансплантата.

Все животные обследованы в раннем послеоперационном периоде на 7-е сутки и далее через 1–3–6 мес. Четырем особям произведен забор биопсийного материала (мочеточник+аутооттрансплантат и

лоханка+аутооттрансплантат) через 1 мес., 5 – через 3, 6 – через 6 мес.

Работа с животными при проведении эксперимента проведена в соответствии гуманным отношением и нравственными нормами по защите животных для биомедицинских исследований.

Результаты. Во всех случаях жизнеспособность аутооттрансплантата полностью сохранялась, отсутствовали признаки вторичного инфицирования, некроза и нарушения проходимости в зоне анастомоза.

В послеоперационном периоде у одной особи наблюдалось вторичное заживление раны, связан-

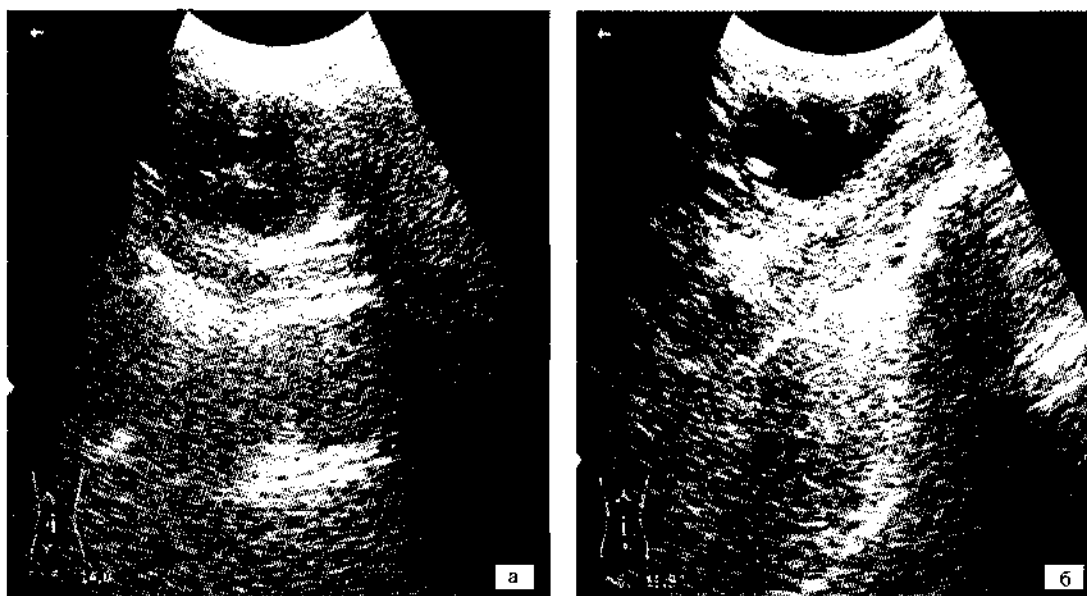


Рис. 3. Данные УЗИ почек у экспериментальных животных в послеоперационном периоде.

а – пассаж мочи из верхних мочевыводящих путей не нарушен,
б – стент-катетер визуализируется в мочевом пузыре.



Рис. 4. Микропрепарат стенки мочеочника через 1 месяц после операции

1 — имплантат, 2 — соединительная ткань, 3 — наползающий эпителий. Здесь и на рис. 5, 6. окраска гематоксилином и эозином. $\times 480$.



Рис. 5. Микропрепарат стенки мочеочника через 1 месяц после операции

1 — полнокровные сосуды в зоне дефекта, 2 — имплантат, 3 — формирование эпителия в зоне имплантата.

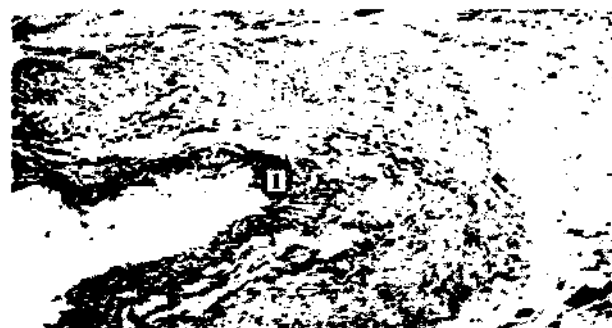


Рис. 6. Мочеточник через 6 месяцев после операции

1 — формирование эпителия в зоне имплантата, 2 — имплантат.

ное с постоянными расчесами вокруг нее. У 4 особей со стент-катетрами в первые 7 дней отмечена дизурия, которая в последующем купировалась. В отношении 9 животных в послеоперационном периоде в течение 2–3 сут. регистрировалось повышение температуры до $38,3\text{--}39^\circ\text{C}$ (норма при ректальном измерении $37,5^\circ\text{C}$).

Нарушения пассажа мочи, по данным экскреторной урографии, не выявлено ни у одного животного (рис. 2).

По данным проведенного УЗИ в послеоперационном периоде, нарушения уродинамики в мочевыводящих путях не выявлено (рис. 3 а, б).

При гистологическом исследовании препаратов через 1 мес. наблюдались признаки эпителизации в зоне трансплантации. Отчетливо определены зона трансформации, признаки гистиолимфоцитарной инфильтрации, адгезия имплантата (рис. 4).

Результаты гистологического исследования через 3 мес. выявили признаки соединительнотканного замещения имплантата. Зона трансформации была стертой. Определены признаки восстановления микроциркуляторного русла с полнокровными сосудами, что характеризовало снижение лимфоцитарной инфильтрации (рис. 5).

Через 6 мес. после операции констатировано соединительнотканное замещение в зоне имплантации. Наблюдались признаки эндотелизации и неоваскулогенеза: клетки заместительной соединительной ткани хорошо выражены, с крупными ядрами. Отмечено восстановление структурной архитектуры соединительнотканых клеток зоны трансплантата (рис. 6).

Выводы

1. Аутоотрансплантат влажной оболочки яйца приживляется в течение 30–60 дней и герметично закрывает дефект мочеочника, не вызывая нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей.
2. На биопсийном материале подтверждено, что аутоотрансплантат влажной оболочки яйца является своего рода «матрицей», представляющей соединительную ткань, внутреннюю поверхность которой выстилает слизистый эпителий, исходящий из мочеочника.
3. Данные экспериментальной работы можно использовать как метод выбора хирургического лечения мужчин, страдающих нарушениями уродинамики верхних мочевыводящих путей, с целью увеличения диаметра мочеочника и лоханочно-мочеочникового сегмента.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Komyakov B.K., Guliev B.G., Novikov A.I., Dorofeev S.Ya., Lebedev M.A., Al'-Issa A. Intestinal urethroplasty. *Urologia*. 2005;2:24–28. Russian (Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Новиков А.И., Дорофеев С.Я., Лебедев М.А., Аль-Исса А. Интестинальная пластика мочеочников. *Урология*. 2005;2:24–28).
2. Kato H., Abol-Enein H., Igawa Y., Nishizawa O., Ghoneim M.A. Case of ideal ureter with proximal antireflux system. *Urol*. 2002;1:12–22.
3. Bogdanov V.G., Borodkina D.A. Urethroplasty. *Meditsina v Kuzbasse*. Kemerovo. 2008;3:3–4. Russian (Борданов В.Г., Бородин Д.А. Пластика мочеочника. *Медицина в Кузбассе*. Кемерово. 2008;3:3–4).
4. Agrawal V., Dassi V., Andankar M.G. Buccal mucosal graft onlay repair for a ureteric ischemic injury following a pyeloplasty. *Indian J Urol*. 2010;26(1):120–2. Doi: 10.4103/0970-1591.60458.
5. Badawy A.A., Abolyosr A., Saleem M.D., Abuzeid A.M. Buccal mucosa graft for ureteral stricture substitution: initial experience. *Urology*. 2010;76(4):971–975. Discussion 975. Doi: 10.1016/j.urology.2010.03.095.
6. Naude J.H. Buccal mucosal grafts in the treatment of ureteric lesions. *BJU Int*. 1999;83(7):751–754.
7. Trapeznikova M.F., Bazaev V.V., Shibaev A.N., Luk'yanchikov A.G.,

8. *Somerville J.J., Naude J.H.* Segmental ureteric replacement: an animal study using a free non-pedicated graft. *Urol. Res.* 1984;12(2):115-119.

Accepted 31.10.17

*A. Ch. Usupbaev¹, R. M. Kurbanaliev¹, G. S. Chernetsova²,
I. V. Kolesnichenko², B. M. Sultanov², N. M. Myrzakanov³,
A. O. Zolotukhin³, N. A. Vagner⁴*

Corresponding author: R. M. Kurbanaliev – Ph.D., Teaching Assistant at the M.T. Tynaliev Department of Urology and Andrology of pre- and postgraduate education. I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan;
e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Conclusion. The proposed surgical modality is an alternative method to restore normal urine flow in the upper urinary tract in obstructive urological diseases. The group of obstructive urological diseases was studied using the model of the strictures of the pelvi-ureteric junction in the intrarenal pelvis and ureteral strictures measuring up to 3-4 cm in length.

Authors declare no conflict of interests for this article. For citations: Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Chernetsova G.S., Kolesnichenko I.V., Sultanov B.M., Myrzakanov N.M., Zolotukhin A.O., Vagner N.A.

Vagner N.A. – Director of the «Animal planet» Veterinary Clinic,
Bishkek, Kyrgyzstan



ISSN 1694-6405

И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА

№3 2017

Бишкек

СЛОВО РЕКТОРУ!	10
ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО Д.М.Н., ПРОФЕССОРА А.Ч. УСУПБАЕВА	11
АНДРОЛОГИЯ	
Абаралдиев А.К., Райымбеков Ж.К., Садырбеков Н.Ж., Райымбекова Г.К., Чернецова Г.С. Морфофункциональные показатели сперматозоидов при криоконсервации полученные с использованием методов MESA и TESE; микрохирургическая эпидидимальная аспирация сперматозоидов и получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии яичка у больных с азооспермией	12
Айдарбекова К.А., Ботобаев А.А., Юннеман Клаус П. Сравнение различных трансплантационных материалов, выбранных для хирургического лечения искривления полового члена, вызванные болезнью Пейрони	15
Асылбеку уулу У., Евсюков В.Н., Абдыкалыков М.Б., Курбаналиев Р.М., Осмон уулу А., Кузебаев Р.Е. Лечение вторичного бесплодия у больных, перенесших в анамнезе операцию по поводу стриктуры уретры	19
Ботатаев Б.А., Усупбаев А.Ч., Колесниченко И.В. Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	22
Казымбеков К.Р., Усупбаев А.Ч. Изучение роли микроэлементозов в развитии заболеваний репродуктивной системы мужчин Кыргызской Республики и оптимизация методов их лечения (обзор литературы)	26
Кадырбеков Н.М. Диагностика патологического венозного дренирования полового члена у пациентов с веногенной эректильной дисфункцией	31
Мирзакулов Д.С., Акынбеков А.А., Матазов Б.А., Мирзакулов Ш.С. Этиологическое значение ассоциированных инфекций в патологии мочеполовых органов у мужчин, проживающих в Ошской области Кыргызской Республики	35
Табынбаев Н.Б., Куттымуратов Г.М., Абдугафаров С.А., Жумагазин Ж.Д., Сарсебеков Е.К., Абишева Ж.А. Оценка сексуального здоровья у пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии до и после трансплантации почки	39
Усупбаев А.Ч., Джапаров Ж.Т., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Эстебесов Н.С., Шакиров С.С. Сравнительный анализ пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики	43
Усупбаев А.Ч., Ботобаев А.А., Айдарбеков А.А., Осмонов Д.К., Юннеман К.П. Хирургическая коррекция врожденного и приобретенного искривления полового члена по методу KIEL-KNOTS	46
Хакимходжаев З.Ш. Лечение синдрома гиперактивного мочевого пузыря у больных с диффузной гиперплазией предстательной железы	51
Шакиров С.С., Садырбеков Н.Ж., Абдыкалыков М.Б., Осмон уулу А., Джапаров Ж.Т. Эффективность применения М-холинолитиков после чрезуверной аденомэктомии в послеоперационном периоде	54
Шакиров С.С., Мамбетов Ж.С., Хакимходжаев З.Ш. Мужское здоровье в Кыргызстане	57
Эсекеев Б.Б., Эсекеев Б.С., Абдуллаев С.Ч., Матазов Б.А., Тойтуков М.М. Опыт применения позадионной аденомэктомии при лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Ошской области Кыргызской Республики	61
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ХИРУРГИЯ В УРОЛОГИИ	
Байгазаков А.Т., Усун уулу Б. Лапароскопическое лечение варикоцеле	65
Жунусов А.Т., Осумбеков Б.З. Роль и эффективность интервенционной сонографии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний почек и околопочечной клетчатки	69
Усупбаев А.Ч., Кенеев Р.Н., Жумагалев А.А. Клинико-гистологическое сопоставление результатов после хирургических методов лечения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на основе ретроспективного анализа	72
Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Адиев А.Т. Опыт лапароскопических операций в Республиканском научном центре урологии Кыргызской Республики	76
ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ	
Узакбаев К.А., Штрафук И.М., Эсембаев Б.И. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей	81
Усупбаев А.Ч., Кузебаев Р.Е., Курбаналиев Р.М., Абдыкалыков М.Б., Байсалов М.К., Асилбек уулу У. Пластика мочеиспускательного канала у пациентов с проксимальными формами гипоспадии	84

СОДЕРЖАНИЕ

ОНКОУРОЛОГИЯ

- Токтомушев А.Т., Сулайманов М.Ж., Ибраев Б.М.
Распространенность и смертность рака предстательной железы в Кыргызской Республике 89

- Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Исаев Н.А., Акылбек С., Джапаров Ж.Т., Акматов Н.А., Иязалиев К.Т. Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы 94

ПРОБЛЕМЫ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Мамбетов Ж.С., Калмырзаев А.Ш. Послеоперационная оценка функционального состояния печени у больных, прооперированных по поводу мочекаменной болезни в сочетании с хроническими запорами с проявлениями пареза кишечника 97

- Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Исаев Н.А.
Современное состояние проблем мочекаменной болезни в Кыргызской Республике 101

- Чернецов О.Н., Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С. Оптимизация ведения больных с калькулезным гидронефрозом 112

РАЗНОЕ

- Абдыкалыков М.Б., Евсюков В.Н., Осмон уулу А., Асылбек уулу У. Некоторые особенности патогенетических факторов в развитии рецидива стриктур уретры в отдаленные сроки послеоперационного периода 114

- Асанкулов Э.К., Субанов Д.М., Тешеева Т.Х., Омурбекова М.М.
Аномалии прикрепления плаценты, как фактор риска акушерских кровотечений 118

- Боконбаева С.Дж., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Бектурсунов Т.М.
Сравнительный анализ клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний 123

- Джакубекова А.У., Усупбаева А.А.
Изучение качества информирования пациентов по надлежащему применению лекарств 127

- Жылкичиева Ч.С., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И. Изменение цитоморфологических показателей эпителия влагалища у лабораторных крыс с экспериментальным поликистозом яичников при нарушении эстрального цикла 133

- Зубань О.Н., Муравьев А.Н., Арканов Л.В., Скорняков С.Н., Новиков Б.И., Чотчаев Р.М.
Чрескожная пункционная нефростомия при туберкулезном уретрите: диагностические возможности 138

- Курбаналиев Р.М., Усупбаев А.Ч., Еркович А.А., Колесниченко И.В.
Мониторинг врожденных пороков развития мочевыделительной системы 143

- Мамбетов Ж.С., Иманалиев Ч.М. Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом на фоне висцероптоза различной степени выраженности 149

- Ниязов Б.С., Динлосан О.Р., Абдылдаев Н.К., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Эраалиев Б.А.
Особенности течения раневого процесса в условиях адаптации и деадаптации к высокогорью (обзор литературы) 154

- Топчубаева Т.М., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И. Основные характеристики изменений цитоморфологии эпителиальных клеток слизистой влагалища у женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ 160

- Туманбаев А.М. Климато-географические особенности распространения рака поджелудочной железы в Кыргызстане 163

- Усупбаев А.Ч., Кожоналиев Т.З., Евсюков В.Н., Абдырасулов А.Д., Тургунбаев Т.Э., Токонов Б.Т.
Клинико-лабораторные особенности течения, диагностики и лечение цистита в постменопаузальном периоде 168

- Усупбаев А.Ч., Кабаев Б.А., Усупбаева А.А., Иманкулова А.С., Садырбеков Н.Ж.
Периоперационная антибиотикопрофилактика в урологической практике 172

- Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К., Евсюков В.Н., Тургунбаев Т.Э., Абдырасулов А.Д.
Способы хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеоточников и мочевого пузыря 177

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

- Амираев У.А., Эргешов С.М., Амираев Р.У.
Болезнь слизистой оболочки при неправильном моделировании тела несъемного мостовидного протеза и ее лечение 182

- Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Усон уулу Б. Симультанное лапароскопическое лечение мультикистозной дисплазии левой почки с тазовой дистопией (анализ клинического случая) 185

- Колбай уулу Э., Жаманкулова М.К. Болезнь Фурнье - как одна из тяжелых форм инфекции в практике хирурга 189

- Табынбаев Н.Б., Жуков О.Б., Боровский С.П., Жумагазин Ж.Д., Малаев Н.Б., Курманов Т.А.
Первый опыт химиоэмболизации простатических артерий при раке предстательной железы 193

- Табынбаев Н.Б., Мантас Тракимас, Боровский С.П., Малаев Н.Б., Абишева Ж.А., Оразбаева Д.Р.
Радиочастотная абляция злокачественного новообразования трансплантированной почки (клинический случай) 198

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ В АНАМНЕЗЕ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Асилбек уулу У.¹, В.Н. Евсюков¹, М.Б. Абдыкалыков¹,
Р.М. Курбаналиев², Өскөн уулу А.³, Р.Е. Кузебаев²

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
кафедра специализированной хирургической помощи

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

³ Отделение «общей урологии» Национального Госпиталя при НГ МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Согласно данным литературы, 13-19% супружеских пар страдают от бесплодия. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин. В работе даны результаты лечения больных с вторичным бесплодием у мужчин, в анамнезе перенесших операцию по поводу стриктуры уретры. Применение L-аргинина показал, что улучшаются качественные и количественные показатели спермограммы.

Ключевые слова: Стриктура уретры, копулятивные осложнения, L-аргинин, мужское бесплодие.

ООРУ БАЯНЫНДА, ЗААРА КАНАЛЫНЫН КЫСЫЛЫШЫ БОЮНЧА ОПЕРАЦИЯ БОЛГОН БЕЙТАПТАРДЫН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ТУКУМСУЗДУКТУН ДААРЫЛООСУ

Асилбек уулу У.¹, В.Н. Евсюков¹, М.Б. Абдыкалыков¹,
Р.М. Курбаналиев², Өскөн уулу А.³, Р.Е. Кузебаев²

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту, Бишкек,

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

³ Улуттук госпиталдын «калпы урология» бөлүмү,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Илимий адабияттын маалыматы боюнча, 13-19% үй-бүлөлөр тукумсуздук ачалдыгат. Үй-бүлөдө тукумсуздуктун 40-50% негизги себеби эркектер болуп эсептелет. Бул кырдаал, эркек репродукция функциясынын бузулушуна алып келүүчү коопту факторлорду билүүгө багыт алган, илимий-изилдөөлөрдү жүргүзүүгө муктаждыгынталап кылат. Бул илимий иште, оору баянында заара кысылышы боюнча операция болгон ооруларды операциядан кийинки тукумсуздуктун даарылоо жыйынтыктары чагылдырылган. L-аргининди колдонгондо, спермограмманын сандык жана сапаттык көрсөткүчтөрү жакшыргандыгы маалымдалды.

Негизги сөздөр: заара каналдын кысылышы, копулятивдик кабылдоолор, L-аргинин, эркектик тукумсуздук.

TREATMENT OF SECONDARY INFERTILITY IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE ANAMNESIS SURGERY FOR STRICTURE

Asylbek uulu U.¹, V.N. Evsukov¹, M.B. Abdykalykov¹,
R.M. Kurbanaliev², Oskon uulu A.³, R.E. Kuzebaev²

¹ Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

³ National Hospital, division of General urology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: According to the literature, 13-19% of couples suffer from infertility. It is the male factor in 40-50% of cases of infertile marriage that is the reason for the absence of children. This makes it necessary to conduct research aimed at identifying risk factors for the occurrence of reproductive disorders in men. In this paper results of treatment of patients with secondary infertility in men in anamnesis who underwent surgery for stricture of the urethra are given. The use of L-arginine has shown that the qualitative and quantitative indices of the spermogram are improved.

Key words: stricture urethras, L-arginine, copulations complication, man's barrenness.

Актуальность. Сохранение здоровья и функциональной полноценности репродуктивной системы мужчины относится к числу самых актуальных проблем современной андрологии и репродуктологии [1]. В Кыргызстане за последние два десятилетия сложилась сложная демографическая ситуация, обусловленная резким увеличением бесплодия среди мужчин. Согласно данным литературы, 13-16% супружеских пар страдают от бесплодия [2]. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей [3]. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин.

Оксид азота (NO) является универсальным посредником в регуляции клеточных функций и межклеточных коммуникаций. В организме человека NO синтезируется из аминокислот L-аргинин под влиянием ферментов NO-синтаз (NOS). Под влиянием эндотелиальной NO-синтазы происходит синтез физиологических уровней оксида азота. Образующийся из L-аргинина NO активирует в гладкомышечных клетках гуанилатциклазу, стимулирующую синтез цГМФ, который, в свою очередь, обуславливает вазодилатацию. NO-гидрофобный газ, простая молекула, способная выполнять роль универсального регулятора многих биологических функций. Это прежде всего связано с тем, что он может существовать в трех химических формах: нейтральный радикал NO, нитроксил (анион) NO⁻ и нитрозоний (катион) NO⁺. С нарушением синтеза или выделения NO связаны многие патологии, в том числе артериальная гипертензия, атеросклероз, ИБС, бронхиальная астма, первичная легочная гипертензия, облитерирующие поражения сосудов нижних конечностей, сахарный диабет, эректильная дисфункция, тромбоцитоз, аллергические заболевания.

В настоящее время во всех отраслях медицины идет активное применение L-аргинина; в частности в акушерской практике считается доказанным, что дефицит NO лежит в основе развития преэклампсии. Хронические и острые нарушения мозгового кровообращения являются в первую очередь сосудистыми заболеваниями и протекают на фоне изменений эндотелия. В области сердечно-сосудистой патологии потеря нормальной функции эндотелия (ЭД)-первый этап развития атеросклеротического процесса. В урологии физиологическая роль NO в почках-это в первую очередь регуляция почечной гемодина-

мики, модуляция транспорта жидкости и электролитов, коррекция функции почек в ответ на действие поражающих факторов. Имеются единичные экспериментальные работы по применению «тивортина» для коррекции сперматогенеза и снятия интоксикации солями тяжелых металлов на белых крысах, доказывающих улучшение кровоснабжения, стимулирование пролиферации и дифференцировки клеток.

Материалы и методы

Исследования проведено на 25 пациентов, которые ранее были прооперированы с применением лазерной техники общепринятых оперативных вмешательств при стриктурах уретры. Распределение больных, прооперированных по Б.Н. Хольцову, составило соответственно 15 больных 60,0% и по В.И. Русакову – 10 больных 40,0%. Практически у всех больных диагностированы различные осложнения. Осложнения носили как общий, так и местный характер. Изучение характера осложнений у больных со стриктурами уретры выявило, что чаще осложнения были местного характера - 16 (65,7%). С наибольшей частотой встречались такие осложнения, как циститы 17 (69,9%), пиелонефриты - 14 (56,3%), нарушения половой функции - 11 (45,5%), образование свищей - 4 (17,8%) и простатиты - 7 (29,9%).

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным уровень гормонов у данных больных был в пределах нормы, что дало нам возможность исключить гипогонадизм. Всех пациентов объединяло наличие вторичного бесплодия, на спермограмме отмечалась олигозооспермия $12,3 \pm 0,2$ млн., активно-подвижных $23,3 \pm 4,3\%$, морфологически измененных $54,3 \pm 4,5\%$, хотя у некоторых ранее имелись дети, но в момент обращения они в течение 2х или 3х лет не могли зачать ребенка. Всем пациентам перед назначением лечения «тивортином» выполняли УЗИ яичек. У 2 больных наблюдалось уменьшение объема яичек (менее 17 см), у 4х - снижение тургора, у остальных отсутствие каких либо нарушений. Всех пациентов мы лечили препаратом тивортин внутрь по 10 мл 2 раза во время еды в течение 20 дней. Курс лечения длился от 3 до 6 месяцев. После 7 дневного приема 17 (70%) больных отмечали повышение упругости в яичках, нормализацию общего состояния и улучшение качества половой жизни отмечали почти 20 (80%) больных. После 6 месячного курса лечения у 2 больных, у которых имело место уменьшение размера яичек, на контрольном УЗИ отмечали увеличение размера (21 и 23см), также пациенты отмечали повышение

уиротости яичек. Нормализация показателей спермограммы наблюдалось у 12 (46%) больных. Положительный результат имел место у 3 больных. Конечный результат, оцениваемый по числу беременностей, составляет 3 случая, хотя показатели спермограммы нормализовались у 17 (70%) больных.

Выводы

Применение «Тивортина» улучшает кровоснабжения в тканях предстательной железы и в яичках, стимулирует пролиферацию и дифференцировку клеток, а также подавление оксидативного апоптоза благоприятно влияет на рост и созревание половых клеток, и тем самым нормализуются количественные и качественные параметры спермограммы.

Литература:

1. Абубакиров А.Н. Повреждение ДНК сперматозоидов и мужское бесплодие /А.Н.Абубакиров//Урология.-2009.-С.86-91.
2. Мхитаров В.А. Морфофункциональные изменения системы гипофиз-надпочечники-гонады самцов крыс вистар при длительном употреблении этанола в условиях свободного выбора /В.А.Мхитаров//Архив патологии.-2008.-Т.70,№6.-С.38-41.
3. Практический опыт комплексного лечения больных экскреторно-токсическим бесплодием/И.И.Горпинченко,Ю.Н.Гурженко,П.М.Клименко,В.В.Спирidonov//Здоровье мужчины.-2010.-№2.-С.238-244.

**ПЛАСТИКА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ
С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ**

**А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузбаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²**

¹Кафедра урологии и андрологии до- и последипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева,

²Кафедра специализированной хирургической помощи

Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены результаты хирургического лечения 96 больных с проксимальными формами гипоспадии, в возрасте от 3 до 26 лет. Всех больных (96) мы разделили на три группы: 1-я группа 30 больных произведена операция буккальная уретропластика в модификации клиники, 2-я 35 пациентов оперированные методом Дюплей и 3-я группа 31 больных оперированные методом Ландерера. При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов это: свищи уретры, рост волос в просвете уретры, уретрит и в отдаленном послеоперационном периоде встречалось психогенная эректильная дисфункция. Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплей и Ландерера, в сравнении с операцией буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Ключевые слова: уретропластика, гипоспадия.

АРТКЫ ГИПОСПАДИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН УРЕТРАПЛАСТИКАСЫ

**А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузбаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²**

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
дипломго чейинки жана кийинки урология жана андрология кафедрасы,

²Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада 3 жаштан 26 жашка чейинки курактагы арткы гипоспадия менен жабыркаган 96 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Бардык бейтаптар (96) үч топко бөлүндү: 1-топтогу 30 бейтапка буккалдык уретропластика ыкмасы колдонулган, 2-топто 35 бейтапка Дюплей жана 3-топто 31 бейтапка Ландерер ыкмасы колдонулган. 3-топтогу бейтаптардын кабылдоолорун анализ кылууда төмөнкүлөр аныкталды, эрте жана кеч операциядан кийинки кабылдоолор кездешти. Биздин бейтаптарда кездешкен негизги кабылдоолор булар: уретранын свищи, уретранын ичине жүн өсүү, уретрит жана кечки операциялык мезгилде психогендүү эректилдик дисфункция. Гипоспадия оорусун дарылоодо 3 хирургиялык ыкмасын колдонуп биз буккалдык уретропластикага салыштырмалуу Дюплей жана Ландерер ыкмаларында көбүрөөк кабылдоолорду кездештирдик.

Негизги сөздөр: уретропластика, гипоспадия.

URETHRAL PLASTIC IN PATIENTS WITH PROXYMAL FORMS OF HYPOSPADIAS

**A.Ch. Usupbaev¹, R.E. Kuzebaev¹, R.M. Kurbanaliev¹, M.B. Abdykalykov²,
M.K. Baisalov¹, Asylbek uulu U.²**

^{1,2}Department of Urology and Andrology of the Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

²Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the work were presented the results of surgical treatment of 96 patients with paroxysmal forms of hypospadias, aged from 3 to 26 years. Of all patients, we divided into 3 groups: the first group of 30 patients was operated with the method of buccalurethroplasty in the modification of the clinic, the second group of 35

patients was operated by the Dupley method and the third group of 31 patients were operated using the Landerer method. In the analysis of complications in 3 groups of patients, the next were established, we noted both early and late postoperative complications. The main complications that have been observed in patients are: urethral fistulas, hair growth in the urethral lumen, urethritis and the remote postoperative period there was psychogenic erectile dysfunction. Summing up the evaluation of the results of surgical treatment of hypospadias, it is important to note the next. Using three techniques for surgical correction of hypospadias, we obtained a significantly greater number of complications in the Dupley and Landerer operation compared with the operation of buccalurethroplasty with the use of a continuous screw-in sealed joint.

Keywords: Urethroplasty, Hypospadias.

Введение

Гипоспадия является актуальной проблемой в урологии, поскольку частота данной патологии в последние годы значительно увеличилась, а их клинические проявления характеризуются тяжестью течения, нарушением качества жизни, ранней инвалидизацией больных [8,9].

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. Частота встречаемости гипоспадии, прежде всего, зависит от формы последней. В настоящее время порок встречается 1: 150, 1: 200 новорожденных мальчиков [1,11].

Причины, приводящие к гипоспадии являются многофакторными: генные мутации, эндокринные факторы и экологические факторы, действующие на плод в период развития мочеполовой системы с 7 по 14 неделю эмбрионального развития [4,6].

Лечение гипоспадии остается одним из сложных и до конца не решенной проблемой в урологии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, но при изучении результатов хирургического лечения гипоспадии по данным зарубежных и отечественных хирургов показала, что осложнения в послеоперационном периоде достигает 50 % и более [2,3].

К настоящему времени известно около 300 методов уретропластики. При знакомстве с многочисленными оперативными методами можно убедиться, что многие из них представляют лишь модификации какой-либо известной уретропластики [5, 7, 10].

Материалы и методы

В период с 2004 по 2015 годы в Республиканском Научном Центре Урологии при НГ МЗ КР наблюдали 96 пациентов с гипоспадией, ввоз-

расте от 3 до 26 лет. Критерии включения: мальчики со стволовой, стволо-мошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. Критерием исключения было наличие у пациента головчатых форм гипоспадии. Всех больных (96) мы разделили на три группы. В первую вошли 30 пациентов, оперированные по новой методике – буккальная уретропластика с применением непрерывного герметичного вворачивающегося шва. Вторую группу составили пациенты (35), оперированные по методике Дюплея и третью группу (31) составили пациенты, оперированные по методике Ландерера.

Среди пациентов всех групп: 76 пациентов (79,1%) – первичные больные, ранее оперированы в других лечебных учреждениях с неудовлетворительным результатом – 20 (20,8%) пациентов. В первой группе ранее одну и более операций перенесли 14 пациентов, во второй группе все 35 больных были первичные и в третьей группе 6 чел. – рецидивные больные, которым произведена ранее одна и более операций.

Предоперационное обследование пациентов не отличалось от общепринятых исследований для плановых хирургических вмешательств. Пациентам, которым предстояла операция буккальная уретропластика, была назначена консультация стоматолога. В послеоперационном периоде проведены уродинамические исследования, ретроградная уретрография.

Анализ результатов оперативного лечения.

Оценка результатов уретропластики в раннем послеоперационном периоде проводили с момента операции до 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде от 1,5 года до 2 лет, где частота встречаемости послеоперационных осложнений указана на рис. 1.



Рис. 1. Частота встречаемости послеоперационных осложнений.

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Следует отметить, что общее

число осложнений было выше в раннем послеоперационном периоде.

Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов показано в таблице 1.

Таблица 1

Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнения	1 группа	2 группа	3 группа
Уретрит		3 (8,5%)	2 (6,4%)
Свищи уретры	3 (10%)	5 (14,2%)	3 (9,6%)
Рост волос в уретре			2 (6,4%)
Эректильная дисфункция	2 (6,6%)	3 (8,5%)	1 (3,2%)

Отдаленные результаты хирургической коррекции пациентов с гипоспадией.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 года до 2 лет у 80 (83,3%) пациентов. В основной группе отдаленные результаты прослежены, у 27 (90%) пациентов, во второй группе 28 (80%) пациентов, в третьей группе у 25 (80,6%)

пациентов. Все пациенты, пришедшие на контрольный осмотр, прошли амбулаторное обследование.

При контрольном обследовании оценивали косметические результаты реконструктивной операции, проводили уродинамическое исследование, восходящую уртрографию (рис. 2-3) и проверяли эректильную функцию.

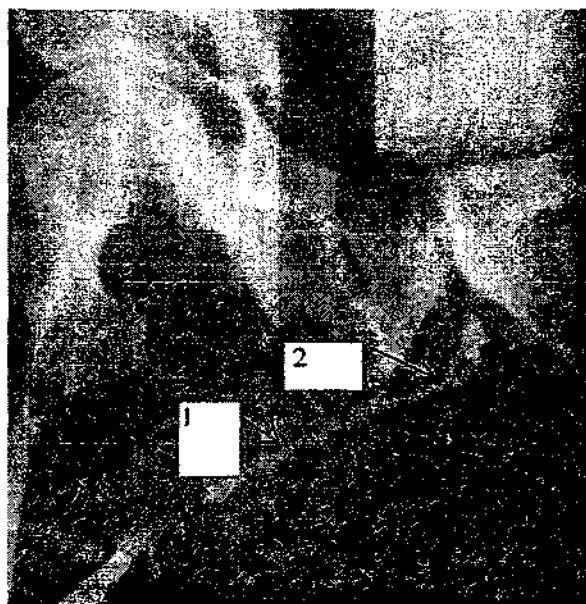


Рисунок 2. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.



Рисунок 3. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

Косметические результаты у пациентов оценивали объективным критерием внешнего вида полового члена, производимым хирургом.

Как видно из таблицы 2, наиболее высокий косметический результат получен у пациентов первой группы, которым произведена операция буккальная уретропластика по нашей методике.

Таблица 2

Группы больных	Косметический результат операции			Всего
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1-я группа(N-30)	11(40,7%)	16(59,2%)		27
2-я группа(N-35)	5(17,8%)	23(82,1%)		28
3-я группа(N-31)	6(24%)	19(76%)		25

При обследовании у 2 (6,4%) пациентов, которым в качестве пластического материала использовали кожу мошонки в отдаленном послеоперационном периоде (1,5-2 года) встречали характерное осложнение для этой группы пациентов - рост волос в просвете уретры. Комок волос в просвете уретры у этих пациентов нарушал акт мочеиспускания, и требовал эндоскопического удаления. После эндоскопической коррекции у пациентов свободное мочеиспускание восстановилась.

Эректильную функцию изучали у 35 пациентов в возрасте от 16 до 26 лет. Пациенты первой

(основной) группы, оперированные по предложенному нами методике составило 19 больных и пациенты контрольных групп оперированные по методу Duplay 7 пациентов и оперированные методом Ландерера 9 больных. Состояние эректильной функции оценивали с использованием анкеты МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции-5). Частота возникновения эректильной дисфункции представлено в таблице 3.

Таблица 3

Группы	Частота возникновения эректильной дисфункции			
	Степени эректильной дисфункции			
	Тяжелая 10 баллов	Умеренная 11-15 баллов	Легкая 16-20 баллов	Норма 21-25 баллов
Первая (основная)			2(6,6%)	
Вторая группа			3(8,5%)	
Третья группа			1(3,2%)	

Пациенты с эректильной дисфункцией были обследованы, у них ночные спонтанные эрекции не изменены. У пациентов наблюдались эмоциональные расстройства, в виде страха неудачи, стыд перед половым актом, из-за перенесенной ранее операции и это был пусковым звеном эректильной дисфункции.

В связи выше изложенным, мы пришли к выводу, что вид операции не оказывает влияния на эректильную функцию.

Функциональный результат оценивали путем проведения урофлоуметрии, где показатели максимальной скорости мочеиспускания во всех группах были в пределах минимального значения номограммы, только у 2 пациентов, у которых наблюдался рост волос в просвете неоуретры отмечался обструктивный тип урофлоуметрии.

Заключение

Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплея и Ландерера, в сравнении с предложенной нами операцией буккальной уретропластики.

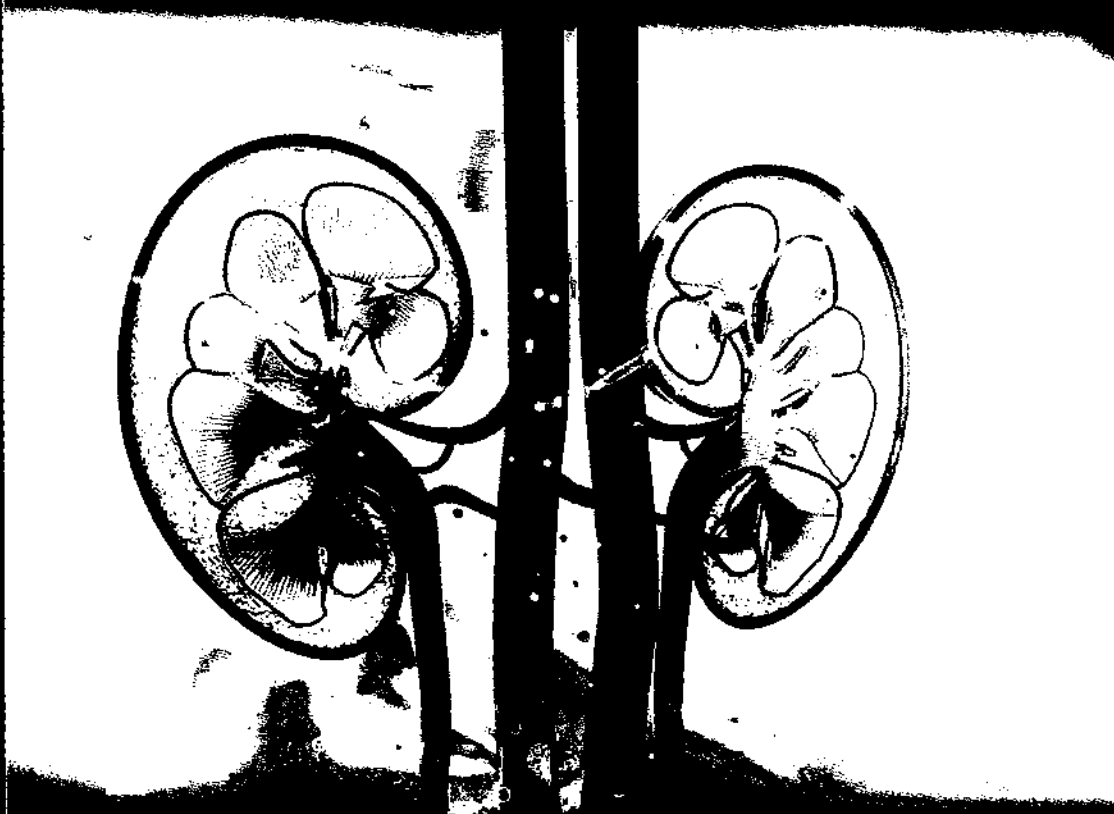
Учитывая полученные данные, предложенная нами буккальная уретропластика является операцией выбора при хирургической коррекции гипоспадии.

Литература:

1. Казанцов И.М. Модификация пластики уретры тубуляризированной рассеченной уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей // Андрол. и генитал. хир. - 2010. - №4. - С. 87-91.
2. Москалева Н., Рудин Ю., Яровой С. Лечение гипоспадии у детей // Врач. 2013. - №1. С. 8-12.
3. Шарабидзе Г.Г. Пред- и послеоперационное лечение мальчиков с гипоспадией // Азтреф. УФА-2010. С. 23.
4. Эсембаев Б.И. Методы отведения мочи уретральным способом у детей с гипоспадией // Вестник КГМА. 2013. - №4. С. 46-48.
5. Baskin L.S. Hypospadias: a critical analysis of cosmetic outcomes using photography. Br. J. Urol. Int. 2001; 87: 534-9.
6. Baskin L.S., Erol A., Li Y. et al. Urethral seam formation and hypospadias. Cell Tissue Res. 2001; 305: 379-87.
7. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G. et al. One-stage and multi-stage penile urethroplasty in 60 adult patients after failed hypospadias repair: comparison between penile skin and buccal mucosa grafts // J. Urol. 2005. Vol. 173. P. 89 (abs. 322).
8. Belman A. B. Hypospadias and chordee. Clinical pediatric urology. - Martin Dunitz, 2002. P. 1061-1092.
9. Laurence S., Baskin L.S., Michele B. Ebberts Hypospadias: anatomy, etiology, and technique. J. Pediatr. Surg. 2006; 41 (3): 463-72.
10. Snodgrass W., Villanueva C., Bush N.C. Duration of follow-up to diagnose hypospadias urethroplasty complications // J. Pediatr. Urol. 2014. Vol. 10 (2). P. 208-211.
11. Tsutomu, Ogata. A New Gene Involved in Hypospadias / Ogata Tsutomu, Jocelyn Laporte, Maki Fukami // HO RMONE RESEA RCH. - 2009. - Vol; 71:245-252.



Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
Министерство здравоохранения Алтайского края



**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
VI КОНГРЕСС УРОЛОГОВ СИБИРИ
с международным участием**

Сборник научных трудов

г. Барнаул – 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Диагностика урологических заболеваний

Сравнительная характеристика методов определения форменных элементов крови в моче. <i>А.В. Белозброва, Н.С. Савинкина, Е.В. Кузнецова, А.Ю. Ворожцови, О.В. Воронкова</i>	5
Рентгенологические методы исследования в оценке вариабельности ветвления внутренней подвздошной артерии у мужчин в сопоставлении с классификацией <i>adachi</i> и <i>yamaki</i> . <i>А.В. Быстренков, Э.А. Повелица, Н.И. Доста</i>	1
Роль дэкт в диагностике компонентного состава мочевых камней. <i>Ф.П. Капсаргин, С.И. Жестовская, А.Б. Салмина, Л.Ф. Зуева, Е.А. Алексеева, Н.Н. Цветкова</i>	9
Ранняя диагностика рака предстательной железы. <i>Ф.П. Капсаргин, А.Н. Капустинский, Д.И. Лалетин, М.А. Фирсов, Е.В. Еремина, Н.Н. Цветкова</i>	11
Бессимптомная бактериоспермия – иллюзия мирного сосуществования. <i>Т.И. Карпунина, А.П. Годовалов</i>	13
Новое в диагностике доброкачественной гиперплазии предстательной железы. <i>Н.Ю. Климов, А.В. Андрейчиков, Ю.Ю. Винник</i>	16
Расширение диапазона диагностических возможностей при хроническом простатите. <i>Н.Н. Кузнецова, И.Н. Титаренко, Г.А. Макрушин</i>	17
Ультразвуковое исследование внутренней половой артерии трансперинеальным доступом в оценке перфузионных гемодинамических нарушений при артериогенной эректильной дисфункции. <i>Э.А. Повелица, Н.И. Доста, О.В. Пархоменко</i>	19
Дистанционное заполнение опросника <i>ams</i> при мужском гипогонадизме. <i>В.В. Протощак, Н.Ю. Игольков, А.Е. Горбунов, Е.А. Ланкинен, М.В. Шевнин</i>	22

Разработка способа прогноза клинического течения поверхностного рака мочевого пузыря на основании данных проточной цитофлуориметрии.	
<i>Э.В. Семёнов</i>	23
Эффективность аналогов соматостатина в редких случаях рака предстательной железы. <i>В.Ю. Старцев</i>	25
Метод нелинейной микроскопии в исследовании соединительнотканых структур мочевого пузыря при тяжелых осложнениях лучевой терапии опухолей женской репродуктивной системы. <i>О.С. Стрельцова; А.В. Масленникова, К.Э. Юнусова, В.В. Дуденкова, Е.Б. Киселева, Е.А. Тарарова, Д.К. Маликов</i>	26
Роль гистологических критериев биоптата в диагностике рака предстательной железы. <i>И.И. Титяев, К.В. Удалов, И.А. Остальцев, М.В. Турганова, А.Ю. Юрочкин, О.Е. Боденко</i>	29
Микробиоциноз влагалища при хронических цистопатиях. <i>К.В. Удалов, И.И. Титяев, А.А. Хрянин, И.В. Феофилов</i>	30
Вегетативный статус пациентов с синдромом хронической тазовой боли (СХБТ)-IIIB. <i>И.С. Шорманов, И.И. Можеев, А.С. Соловьев</i>	31
Эндотелий-зависимые вазомоторные нарушения в генезе хронического бактериального простатита. <i>И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова</i>	33
Цитокиновый профиль и оксидативный статус мужчин с синдромом хронической тазовой боли. <i>И.С. Шорманов, И.И. Можеев, М.С. Лось, Н.С. Шорманова</i>	34
Дифференциальная диагностика острой тестикулярной ишемии у новорожденных. <i>И.С. Шорманов, Д.Н. Щедров</i>	36
Выбор тактики ведения пациентов на основе использования системы унифицированного подхода к интерпретации результатов мрт предстательной железы. <i>Я.В. Яковец</i>	40

Методы хирургического лечения урологических заболеваний

Сравнительный анализ течения послеоперационного периода при различных способах деривации мочи у пациентов с гипоспадией. <i>Д.А. Балаганский, А.В. Гудков, А.А. Симонов</i>	44
Анализ результатов ДУВЛ камней почек и мочеточников. <i>А.Г. Бережной, Ф.П. Капсаргин, А.В. Ершов, М.П. Мылтыгашев</i>	45
Результаты эндоурологического лечения пациентов с мочекаменной болезнью. <i>А.Г. Бережной, Ф.П. Капсаргин, А.В. Ершов, М.П. Мылтыгашев</i>	46
Первый успешный опыт не прямой эндоваскулярной коррекции артериогенной эректильной дисфункции. <i>А.В. Быстренков, Э.А. Повелица, Н.И. Доста</i>	48
Применение высокопоточной оксигенотерапии через назальные канюли при дистанционной литотрипсии. <i>М.Я. Гаткин, И.Д. Райкин, А.В. Сопотов</i>	50
Применение сетчатых съёмных стентов из никелида титана при открытых реконструктивно-пластических операциях на уретре у взрослых и детей. <i>А.В. Гудков, Ю.Г. Андреев</i>	52
Лапароскопическая везикопромонтофиксация в лечении везикоптоза. <i>Р.А. Гурцкой, В.В. Шульженко</i>	53
Лапароскопическая везикопромонтофиксация в лечении тазового пролапса. <i>Р.А. Гурцкой, В.В. Шульженко</i>	55
Интраоперационное применение ультразвукового контрастного вещества SonoVue при резекции опухолей почки. <i>Р.А. Гурцкой, В.В. Шульженко, А.С. Болоцков, М.Л. Маджугин</i>	56
Оперативное лечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложнившейся ОЗМ. <i>В.И. Ковалевская, И.В. Радьков, П.И. Ковалевская</i>	58

Обоснование применения трупной артерии для замещения дефектов белочной оболочки. <i>П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, М.В. Забелин, А.А. Кажера, А.И. Боков</i>	63
Экспериментальное моделирование нарушения уродинамики верхних мочевых путей. <i>Ж.С. Мамбетов, Б.Г. Салимов</i>	64
Изменения микроциркуляторного русла в отдаленном периоде после лечения HIFU-терапией больных с локализованным раком простаты. <i>А.И. Неймарк, В.П. Лёвин, М.А. Бакарев</i>	67
Способы профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при проведении ТУР доброкачественной гиперплазии предстательной железы. <i>А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Н.А. Ноздрачев, И.В. Снегирев, М.А. Тачалов, М.В. Раздорская</i>	69
Оценка безопасности и эффективности эмболизации артерий простаты при ДГПЖ. <i>К.Г. Нотов, А.А. Еркович, Г.В. Ким, И.В. Феофилов, И.А. Домахин, И.Д. Сазонова, И.В. Ковров, А.Ю. Добряк</i>	72
Особенности хирургического лечения повреждений дистального отдела мочеточников. <i>В.Ф. Онопко</i>	74
Послеоперационная обструкция верхних мочевых путей: причины и лечение. <i>В.Ф. Онопко</i>	76
Редкие осложнения дистанционной литотрипсии. <i>В.Ф. Онопко, П.В.Рожанский, Р.Б. Дерягин, Е.В. Кривоборская</i>	78
Анализ эффективности микроперкутанной нефролитотрипсии. <i>С.В. Попов, И.Н. Орлов, М.В. Борычев, С.М. Басок, С.М. Малевич</i>	79
Методы эндоскопического лечения пациентов с аденомой предстательной железы больших размеров. <i>С.В. Попов, И.Н. Орлов, О.О. Бурлака, П.В. Вязовцев, С.М. Басок</i>	81
Оценка различных методов нефролитотрипсии. <i>С.В. Попов, И.Н. Орлов, М.В. Борычев, С.М. Басок</i>	82

Опыт проведения перкутанной нефролитолапаксии в урологическом отделении КГБУЗ ККБ (2012–2016 гг.). <i>В.А. Соломеев, И.В. Казаков, П.И. Цвет, М.В. Чесноков, Д.В. Грядунов</i>	83
Опыт лечения калькулезного гидронефроза. Аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника. <i>Б.М. Султанов, Г.С. Чернецова, Р.М. Курбаналиев, А.Т. Адиев</i>	85
Эффективность лечения локализованного рака предстательной железы методом рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации. <i>М.А. Тачалов, Б.А. Неймарк, И.В. Снегирев, М.В. Раздорская</i>	86
Лечение почечно-клеточного рака, осложненного тромбозом почечной и нижней полой вены. <i>М.Н. Тилляшайхов, Е.В. Бойко, Р.М. Тилляшайхова, Н. Рахимов, Ш.Х. Юсупов, Б.Б. Аьлов</i>	88
Новые технологии в лечении стриктуры уретры у детей. <i>Д.В. Титов, И.В. Феофилов, Е.Ю. Файко, А.В. Грамзин, П.А. Кожевников</i>	90
К вопросу о выборе метода хирургического лечения уролитиаза у детей. <i>Д.В. Титов, И.В. Феофилов, Е.Ю. Файко, А.В. Грамзин, П.А. Кожевников</i>	92
Органосохраняющие операции при раке почки. <i>И.И. Титяев, К.В. Удалов, И.А. Остальцев, М.В. Турганова, А.Ю. Юрочкин, А.М. Горицкий, С.С. Андреев</i>	93
Аппендикovesикостома – способ деривации мочи при нейрогенном мочевом пузыре. <i>Л.М. Токарева, В.Ф. Оношко</i>	95
Сравнительная эффективность малоинвазивных технологий в хирургии нефролитиаза. <i>И.В. Феофилов, Е.А. Бекреев, С.С. Шкуратов, В.И. Исаенко</i>	97
Новый способ лигирования почечных сосудов при донорском заборе почки. <i>И.В. Феофилов, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина</i>	100

Трансуретральная хирургия уретеролитиаза верхних отделов мочеточника. И.В. Феофилов, Д.В. Сафонов, С.С. Шкуратов, Е.О. Крживоблоцкий.....	102
Перкутанная хирургия коралловидного нефролитиаза. И.В. Феофилов, С.С. Шкуратов, Е.А. Бекреев, Е.О. Крживоблоцкий, В.И. Исаенко, А.К. Почивалов, А.В. Волик	104
Клинический случай диагностики и хирургического лечения пациента с синдромом циннера. М.В. Шамин, Е.В. Помешкин, А.И. Брагин-Мальцев, Е.В. Волокитин, Е.С. Овчаренко, И.Н. Орлов.....	106
Органосохраняющие операции при опухолях почки. С.С. Шкуратов, И.В. Феофилов, А.К. Почивалов, А.В. Волик, Д.М. Бозоров	107

Методы медикаментозной терапии урологических заболеваний

Комплексная терапия препаратом «бетмга» в лечении гамп у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. А.В. Давыдов, И.В. Каблова, Н.А. Ноздрачев, Н.И. Музалевская	110
Опыт использования препарата «Хайлефлоркс» в лечении больных хроническим бактериальным простатитом. А.В. Давыдов, И.В. Каблова, Н.А. Ноздрачев, Н.И. Музалевская	112
Наш опыт применения высоких доз левофлоксацина в лечении пациенток с неосложненной инфекцией мочевых путей. И.В. Каблова, А.В. Давыдов, Н.А. Ноздрачев	114
Альтернативные способы оптимизации лечения и профилактики рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин. Е.А. Кириленко, В.Ф. Онопо	116
Способы коррекции фрагментации ДНК сперматозоидов в сочетании с варикоцеле у мужчин с бесплодием в браке. А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, А.В. Давыдов, Н.А. Ноздрачев, И.В. Каблова, Д.В. Борисенко, Д.О. Архипов	119

Распространенность и степень выраженности нарушений сперматогенеза у инфертильных мужчин новосибирска при проведении комплексного анализа эякулята. <i>Е.А. Епанчинцева, В.Г. Селятицкая, В.Г. Артюхова, Е.Ю. Кирс, Е.А. Галустян, Е.М. Лебедева</i>	170
К лечебной тактике при остром пиелонефрите. <i>В.И. Исаенко, И.В. Феофилов, С.И. Шкуратов, Д.И. Цыплаков, А.А. Кузмин</i>	174
Особенности полового диморфизма у пациентов с раком простаты. <i>Н.Ю. Климов, Ю.Ю. Винник, А.В. Андрейчиков</i>	177
Бактериотоксический шок. Диагностика и тактика лечения. <i>В.И. Ковалевская, И.В. Радьков, П.И. Ковалевская</i>	178
Метастазирование рака мочевого пузыря в половой член. <i>К.С. Козлова, В.В. Руссу, С.С. Андреев, В.В. Савич</i>	181
Оптимизация ведения больных с гестационным пиелонефритом. <i>Х.Р. Курбаналиев, Г.С. Чернецова, Р.М. Курбаналиев</i>	183
Иммуногистохимическое обоснование сроков имплантации фаллопротезов пациентам, перенесшим хирургическое лечение рака предстательной железы. <i>П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, О.В. Паклина, М.В. Забелин, А.А. Кажера, Г.Р. Сетдикова</i>	184
Лимфоидные органы при экспериментальном канцерогенезе простаты. <i>А.А. Ломшаков, В.В. Асташов, Ю.И. Бородин, В.И. Козлов, Ю.А. Анцырева, О.В. Казakov</i>	186
Варианты лечения пациентов с синдромом хронической тазовой боли. <i>А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, А.В. Давыдов, Н.А. Ноздрачев, И.В. Каблова, С.Е. Скоркин</i>	189
Клиническая оценка течения и лечения хронического простатита, обусловленного урогенитальным хламидиозом. <i>В.Ф. Онолко, А.В. Аргунов</i>	193

Характер расстройств мочеиспускания у больных после онкологических операций на органах малого таза. <i>В.Ф. Онопко, Е.А. Загайнова</i>	195
Интермиттирующая катетеризация как способ деривации мочи при нейрогенном мочевом пузыре. <i>В.Ф. Онопко, Е.А. Кириленко, Е.А. Загайнова, Л.М. Токарева</i>	197
К вопросу об эффективности лечения хронического цистита с явлениями лейкоплакии. <i>В.Ф. Онопко, Е.А. Кириленко, П.В. Рожанский</i>	199
Регионарная терапия мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря: современные возможности. <i>В.Ю. Старцев</i>	201
Инкрустации мочеточниковых стентов при мочекаменной болезни, профилактика. <i>О.С. Стрельцова, Д.П. Почтин, Т.Г. Щербатюк, М.И. Яшанова, М.В. Мамонов</i>	204
Роль генитального кандидоза в лечении хронического цистита. <i>А.О. Суховерхов, Ф.П. Капсаргин, А.В. Ершов</i>	206
Лечение нарушений мочеиспускания у больных с ОНМК. <i>М.Б. Чудова, А.В. Тимошников, М.Я. Гаткин</i>	207
Влияние функционального состояния печени на течение послеоперационного периода органосохраняющих операций на почке. <i>И.С. Шорманов, М.С. Лось</i>	210
Эндотелий-протективные эффекты комбинированной терапии хронического простатита. <i>И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, И.И. Можаяев</i>	211

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ГИДРОНЕФРОЗА. АУТОПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕКМЕНТА И МОЧЕТОЧНИКА

Б.М. Султанов, Г.С. Чернецова,
Р.М. Курбаналиев, А.Т. Адиев

Бишкек, Кыргызстан

Нами проведена оценка результатов аутопластики лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника в условиях эксперимента.

Исследование выполнено на 25 беспородных собаках. Произведен забор лоскутов путем резекции париетального листка влажной оболочки яичка, которые были пересажены в область лоханочно-мочеточникового сегмента со стентированием мочеточника. С целью оценки оперативного лечения производился комплекс урологических обследований, выполнялось ультразвуковое исследование почек мочевого пузыря, обзорная и серия экскреторных урограмм. Морфогистологическое исследование приживления лоскутов производилось на 1-й, 3-й и 6-й месяц наблюдения.

Все животные живые, обследованы в раннем послеоперационном периоде (7 суток) и в катамнезе (6 месяцев). Установлено, что нарушений уродинамики у всех экспериментальных животных не выявлено. По данным экскреторной урографии на 5–15 минутах отмечалась удовлетворительная выделительная функция обеих почек, чашечно-лоханочная система не изменена, часть контрастного вещества в мочевом пузыре. По данным ультразвукового исследования нарушения уродинамики не отмечалось. Через 6 месяцев проводилось идентичное исследование. Гистологическое исследование препаратов выявило признаки, характерные для эпителизации аутоотрансплантата.

Таким образом, приживление аутоотрансплантата влажной оболочки яичка герметично закрывает дефект мочеточника, в последующем не вызывает нарушения уродинамики. На биопсийном материале подтверждено, что аутоотрансплантат влажной оболочки яичка является своего рода «матрицей» пред-

ставляющий соединительную ткань, внутреннюю поверхность которой выстилает слизистый эпителий, исходящий из мочеоточника. Данные экспериментальной работы можно применять к мужчинам, страдающим такими заболеваниями, как стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, стриктурах мочеточника на средних протяжениях (до 3–4 см) и других заболеваниях, требующих реконструкции лоханок почек и мочеточников при нарушенной уродинамике. Эта операция является операцией выбора при мочекаменной болезни и внутрипочечной лоханке и способствует выздоровлению больного. Рецидива заболевания не отмечено в течение 5 лет.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ

М.А. Тачалов, Б.А. Неймарк,
И.В. Снегирев, М.В. Раздорская

Барнаул

Нами изучена эффективность рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации при локализованном раке предстательной железы (РПЖ).

Химиоэмболизация (ХЭ) артерий предстательной железы (ПЖ) проводилась под местной анестезией трансфеморальным доступом по методике Сельдингера. Путем применения микрокатетерной техники выполнялась суперселективная катетеризация ветвей внутренней подвздошной артерии, поочередно с обеих сторон, с последующей ХЭ сосудов, питающих ПЖ, путем введения химиопрепарата и полимерных микросфер. Химиопрепаратом для проведения данной процедуры служил митомицин в дозировке 20 мг. В качестве источника транспортировки химиопрепарата применялись микросферы HeraSphere™ с размером микросфер 300–500 мкм – это новейший эмболизационный материал с высокими абсорбционными свойствами.

Больной В., 66 лет, поступил в урологическое отделение 12.01.17 г. с жалобами на боли в области мочевого пузыря, боли в половом члене при попытках самостоятельного мочеиспускания. Госпитализирован с целью оценки функции цистостомы.

Из анамнеза: болен с 2010 г., когда было диагностировано заболевание предстательной железы (*T-r prostatae T3aN×M0*, гистологически-аденокарцинома простаты макроацинарного строения с поражением правой и левой долей), 15.12.10 г. выполнена радикальная простатэктомия, и при плановом осмотре в сентябре 2016 г. по УЗИ почек, мочевого пузыря (в проекции устья правого мочеточника лоцируется гипо изохогенное образование с четким неровным контуром умеренно неоднородной структуры за счет единичных мелких гиперэхогенных включений, размером 25×17,3×27,3 мм, при ЦДК визуализируется поступление мочи из правого мочеточника в мочевой пузырь). Дистальный отдел мочеточника справа расширен до 6,5 мм с анэхогенным содержимым), по МСКТ органов малого таза (по задней стенке, ближе к шейке мочевого пузыря парамедиально справа у устья правого мочеточника, определяется тканевое образование размерами 35×16×25 мм с неровными, бугристыми контурами, активно негетерогенно накапливающее контраст, образование выступает в полость мочевого пузыря, прорастает слизистую оболочку и мышечный слой стенки пузыря без инвазии за наружный контур стенки, циркулярно охватывает интрамуральный отдел правого мочеточника). В связи с наличием образования мочевого пузыря, больной направлен на плановое оперативное лечение, но ввиду ухудшения состояния (макрогематурия, боли в поясничной области справа) обратился в урологическое отделение, и был госпитализирован в экстренном порядке, 07.10.16 г. выполнена – трансуретральная ревизия мочевого пузыря с биопсией образования (гистологически-низкодифференцированный переходо-клеточный с-г). 25.10.16 г. Вновь обратился с жалобами на боли в поясничной области справа, макрогематурию. От цистэктомии отказался. Выполнена палиативная операция в объеме: Резекция мочевого пузыря с устьем правого мочеточника, уретероцистоанастомоз, стентирование правого мочеточника, цистостомия. С 15.01.16 по 30.12.16 г. проведен курс ДЛТ на очаг, мочевой пузырь, паравезикальную клетчатку на ап. «SL75» в режиме: РОД = 20 Гр.

СОД = 46/58 Гр. На фоне радиосенсибилизации: р-р цисплатин 50 мг/нед, СД = 150 мг.

Из объективных данных обращает на себя внимание: половой член незначительно гиперемирован, тумесценция, в области основания полового члена справа и слева и под венечной бороздой пальпируются округлые плотные образования, безболезненные, неподвижные, спаянные с окружающей тканью. При самостоятельном мочеиспускании отмечает острую боль. Выполнено УЗИ полового члена: подкожно слева в/з определяется группа кальцинатов диаметром 0,12–0,14 см. В кавернозном теле кальцинаты диаметром 0,15–0,19 см. КТ ОБП, ОМТ, забрюшинного пространства: мочевой пузырь деформирован, контуры неровные, нечеткие, стенки неравномерно утолщены до 26 мм. Устье правого мочеточника не определяется, в его проекции визуализируется узловое образование размером 22×22×18 мм, неравномерно накапливающее контраст. Паравезикальная клетчатка, а также клетчатка по ходу цистостомы инфильтрирована. Визуализируется группа паховых лимфоузлов поперечным диаметром до 13 мм. Для верификации диагноза проведена биопсия образования полового члена. По результату гистологического исследования от 24.01.17 г.: фрагмент папилломатоза слизистой с низкой степенью дисплазии плоского эпителия и множественные эмболы и метастаз низкодифференцированного переходноклеточного рака. В настоящее время больному проводится химиотерапия под контролем онкоурологов.

Заключительный диагноз: *T-r* мочевого пузыря *T3bN0M0*, *progressiv mts* в половой член.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Х.Р. Курбаналиев, Г.С. Чернецова, Р.М. Курбаналиев

Бишкек, Кыргызстан

Нами предпринята попытка выработать показания и оценку степени риска установки мочеточникового стент катетера и тактику ведения беременных женщин на фоне гестационного пиелонефрита.

С 2006 г. по 2016 г. в РНЦУ при НГМЗКР обратилось 880 беременных с диагнозом: пиелонефрит беременных, уретероги-

дронефроз. Всем беременным было проведено: лучевая диагностика, комплекс общих анализов мочи и крови, посев мочи на флору с определением чувствительность к антибиотикам, урофлоуметрия, консультация гинеколога и психоневролога, по показаниям магнитно-резонансной томографии.

При правильном подходе к алгоритму введения беременных, можно избежать осложнений в родовом ведении беременных при осложнении уретерогидронефрозом.

Следовательно, нами проведено обследование 110 беременных женщин от 16-ой недели до 38-ой недели беременности. При наличии гестационного пиелонефрита во второй половине беременности необходимо установить стент катетер, который улучшает качество проводимой антибактериальной терапии, стабилизирует симптомы гестационного пиелонефрита и возможность выносить и родить здорового ребенка.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ИМПЛАНТАЦИИ ФАЛЛОПРОТЕЗОВ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, О.В. Паклина,
М.В. Забелин, А.А. Кажера, Г.Р. Сетдикова

Москва

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения РФ соответствующие поражения предстательной железы составляют 6%. Золотым стандартом лечения РПЖ является лапароскопическая или роботассистированная нервосберегающая радикальная простатэктомия (РПЭ). На фоне успешности хирургии с позиции обеспечения выживания пациентов все более актуальным становится вопрос качества жизни пациентов, успешно перенесших оперативное вмешательство. Одним из основных осложнений в послеоперационном периоде является расстройство копулятивной функции. Удельный вес пациентов, перенесших соответствующую операцию и страдающих нарушением эректильной функции, составляет, по данным разных авторов, от 6 до 93%, при этом эректильная



ISSN 1694-6405

И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНААЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА

№3 2017

Бишкек

СЛОВО РЕКТОРУ!	10
ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО Д.М.Н., ПРОФЕССОРА А.Ч. УСУПБАЕВА	11
АНДРОЛОГИЯ	
Абаралиев А.К., Райымбеков Ж.К., Садырбеков Н.Ж., Райымбекова Г.К., Чернецова Г.С. Морфофункциональные показатели сперматозоидов при криоконсервации полученные с использованием методов MESA и TESE; микрохирургическая эпидидимальная аспирация сперматозондов и получение сперматозондов при проведении открытой биопсии яичка у больных с азооспермией	12
Айдарбекова К.А., Ботобаев А.А., Юннеман Клаус П. Сравнение различных трансплантационных материалов, выбранных для хирургического лечения искривления полового члена, вызванные болезнью Пейрони	15
Асылбеку уулу У., Евсюков В.Н., Абдыкалыков М.Б., Курбаналиев Р.М., Осмон уулу А., Кузбаев Р.Е. Лечение вторичного бесплодия у больных, перенесших в анамнезе операцию по поводу стриктуры уретры	19
Ботабаев Б.А., Усупбаев А.Ч., Колесниченко И.В. Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в профилактике тромбозмембранных осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	22
Казымбеков К.Р., Усупбаев А.Ч. Изучение роли микроэлементов в развитии заболеваний репродуктивной системы мужчин Кыргызской Республики и оптимизация методов их лечения (обзор литературы)	26
Кадырбеков Н.М. Диагностика патологического венозного дренирования полового члена у пациентов с веногенной эректильной дисфункцией	31
Мирзакулов Д.С., Акынбеков А.А., Матазов Б.А., Мирзакулов Ш.С. Этиологическое значение ассоциированных инфекций в патологии мочеполовых органов у мужчин, проживающих в Ошской области Кыргызской Республики	35
Табынбаев Н.Б., Куттымуратов Г.М., Абдугафаров С.А., Жумагазин Ж.Д., Сарсебеков Е.К., Абишева Ж.А. Оценка сексуального здоровья у пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии до и после трансплантации почки	39
Усупбаев А.Ч., Джапаров Ж.Т., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Эстебесов Н.С., Шакиров С.С. Сравнительный анализ пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики	43
Усупбаев А.Ч., Ботобаев А.А., Айдарбеков А.А., Осмонов Д.К., Юннеман К.П. Хирургическая коррекция врожденного и приобретенного искривления полового члена по методу KIEL-KNOTS	46
Хакимходжаев З.Ш. Лечение синдрома гиперактивного мочевого пузыря у больных с диффузной гиперплазией предстательной железы	51
Шакиров С.С., Садырбеков Н.Ж., Абдыкалыков М.Б., Осмон уулу А., Джапаров Ж.Т. Эффективность применения М-холинолитиков после чрезпузырной аденомэктомии в послеоперационном периоде	54
Шакиров С.С., Мамбетов Ж.С., Хакимходжаев З.Ш. Мужское здоровье в Кыргызстане	57
Эсекеев Б.Б., Эсекеев Б.С., Абдуллаев С.Ч., Матазов Б.А., Тойтуков М.М. Опыт применения позадилоной аденомэктомии при лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Ошской области Кыргызской Республики	61
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ХИРУРГИЯ В УРОЛОГИИ	
Байгазиков А.Т., Усон уулу Б. Лапароскопическое лечение варикоцеле	65
Жусупов А.Т., Осумбеков Б.З. Роль и эффективность интервенционной сонографии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний почек и околопочечной клетчатки	69
Усупбаев А.Ч., Кенеев Р.Н., Жумагалыев А.А. Клинико-гистологическое сопоставление результатов после хирургических методов лечения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на основе ретроспективного анализа	72
Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Адиев А.Т. Опыт лапароскопических операций в Республиканском научном центре урологии Кыргызской Республики	76
ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ	
Усупбаев К.А., Штрафун И.М., Эсембаев Б.И. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей	81
Усупбаев А.Ч., Кузбаев Р.Е., Курбаналиев Р.М., Абдыкалыков М.Б., Байсалов М.К., Асылбек уулу У. Лечение мочеиспускательного канала у пациентов с проксимальными формами гипоспадии	84

СОДЕРЖАНИЕ

ОНКОУРОЛОГИЯ

Токтомушев А.Т., Сулайманов М.Ж., Ибраев Б.М.

Распространенность и смертность рака предстательной железы в Кыргызской Республике 89

Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Курманбеков Н.К., Исаев Н.А., Акылбек С., Джапаров Ж.Т., Акматов Н.А., Ниялиев К.Т. Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы 94

ПРОБЛЕМЫ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мамбетов Ж.С., Калмырзаев А.Ш. Послеоперационная оценка функционального состояния печени у больных, оперированных по поводу мочекаменной болезни в сочетании с хроническими запорами с проявлениями пареза кишечника 97

Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Исаев Н.А.

Современное состояние проблем мочекаменной болезни в Кыргызской Республике 101

Чернецов О.Н., Алимов Ч.Б., Чернецова Г.С. Оптимизация ведения больных с калькулезным гидронефрозом 112

РАЗНОЕ

Абдыкалыков М.Б., Евсюков В.Н., Осмон уулу А., Асылбек уулу У. Некоторые особенности патогенетических факторов в развитии рецидива стриктур уретры в отдаленные сроки послеоперационного периода 114

Асанкулов Э.К., Субанов Д.М., Теплеева Т.Х., Омурбекова М.М.

Анатомия прикрепления плаценты, как фактор риска акушерских кровотечений 118

Бектурсунов Т.М., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Бектурсунов Т.М.

Сравнительный анализ клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний 123

Бектурсунов Т.М., Усупбаев А.А.

Качество информирования пациентов по надлежащему применению лекарств 127

Жапаров Ж.С., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И. Изменение цитоморфологических показателей эпителия влагалища у лабораторных крыс с экспериментальным поликистозом яичников при нарушении эстрального цикла 133

Зубов О.Н., Муравьев А.Н., Арканов Л.В., Скорняков С.Н., Новиков Б.И., Чотчаев Р.М.

Функциональная нефростомия при туберкулезном уретрите: диалектические возможности 138

Курбаналиев Р.М., Усупбаев А.Ч., Еркович А.А., Колесниченко И.В.

Мониторинг врожденных пороков развития мочевыделительной системы 143

Мамбетов Ж.С., Иманалиев Ч.М. Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом 149

на фоне гипероптоза различной степени выраженности

Мамбетов Ж.С., Давлатов О.Р., Абдылдаев Н.К., Ашинов Ж.И., Ниязова С.Б., Эралиев Б.А.

Особенности течения раневого процесса в условиях адаптации и деадаптации к высокогорью (обзор литературы) 154

Мамбетов Ж.С., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И. Основные характеристики изменений цитоморфологии эпителиальных клеток слизистой влагалища у женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ 160

Труфанов А.М. Климато-географические особенности распространения рака поджелудочной железы в Кыргызстане 163

Усупбаев А.Ч., Кожомалиев Т.З., Евсюков В.Н., Абдырасулов А.Д., Тургунбаев Т.Э., Токонов Б.Т.

Лабораторные особенности течения, диагностики и лечения цистита в постменопаузальном периоде 168

Усупбаев А.Ч., Кабаев Б.А., Усупбаева А.А., Иманкулова А.С., Садырбеков Н.Ж.

Вакцинация антибиотикопрофилактика в урологической практике 172

Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К., Евсюков В.Н., Тургунбаев Т.Э., Абдырасулов А.Д.

Особенности хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеочечников и мочевого пузыря 177

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Алимов Ч.Б., Эргешов С.М., Амираев Р.У.

Воспаление слизистой оболочки при неправильном моделировании тела несъемного мостовидного протеза и ее лечение 182

Алимов Ч.Б., Маманов Н.А., Усон уулу Б. Симультанное лапароскопическое лечение мультикистозной дисплазии печени с правой дисплазией (анализ клинического случая) 185

Алимов Ч.Б., Жаманкулова М.К. Болезнь Фурнье - как одна из тяжелых форм инфекции в практике хирурга 189

Алимов Ч.Б., Жук О.Б., Боровский С.П., Жумагазин Ж.Д., Малаев Н.Б., Курманов Т.А.

Варикозная спазмоблокация простатических артерий при раке предстательной железы 193

Алимов Ч.Б., Маманов Н.А., Боровский С.П., Малаев Н.Б., Абишева Ж.А., Оразбаева Д.Р.

Варикозная спазмоблокация злокачественного новообразования трансплантированной почки (клинический случай) 198

**ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
В АНАМНЕЗЕ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ**

Асилбек уулу У.¹, В.Н. Евсюков¹, М.Б. Абдыкалыков¹,
Р.М. Курбаналиев², Өскөн уулу А.³, Р.Е. Кузебаев²

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
кафедра специализированной хирургической помощи

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

³ Отделение «общей урологии» Национального Госпиталя при НГ МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Согласно данным литературы, 13-19% супружеских пар страдают от бесплодия. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин. В работе даны результаты лечения больных с вторичным бесплодием у мужчин, в анамнезе перенесших операцию по поводу стриктуры уретры. Применение L-аргинина показал, что улучшаются качественные и количественные показатели спермограммы.

Ключевые слова: Стриктура уретры, копулятивные осложнения, L-аргинин, мужское бесплодие.

**ООРУ БАЯНЫНДА, ЗААРА КАНАЛЫНЫН КЫСЫЛЫШЫ БОЮНЧА ОПЕРАЦИЯ БОЛГОН
БЕЙТАПТАРДЫН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ТУКУМСУЗДУКТУН ДААРЫЛООСУ**

Асилбек уулу У.¹, В.Н. Евсюков¹, М.Б. Абдыкалыков¹,
Р.М. Курбаналиев², Өскөн уулу А.³, Р.Е. Кузебаев²

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту, Бишкек,

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

³ Улуттук госпиталдын «жалпы урология» бөлүмү,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Илимий адабияттын маалыматы боюнча, 13-19% үй-бүлөлөр тукумсуздук ачалдыгат. Үй-бүлөдө тукумсуздуктун 40-50% негизги себеби эркектер болуп эсептелет. Бул кырдаал, эркек репродукция функциясынын бузулушуна алып келүүчү коопту факторлорду билүүгө багыт алган, илимий-изилдөөлөрдү жүргүзүүгө муктаждыгынталап кылат. Бул илимий иште, оору баянында заара кысылышы боюнча операция болгон оорулуларды операциядан кийинки тукумсуздуктун даарылоо жыйынтыктары чагылдырылган. L-аргининди колдонгондо, спермограмманын сандык жана сапаттык көрсөткүчтөрү жакшыргандыгы маалымдалды.

Негизги сөздөр: заара каналдын кысылышы, копулятивдик кабылдоолор, L-аргинин, эркектик тукумсуздук.

**TREATMENT OF SECONDARY INFERTILITY IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE
ANAMNESIS SURGERY FOR STRICTURE**

Asylbek uulu U.¹, V.N. Evsukov¹, M.B. Abdykalykov¹,
R.M. Kurbanaliev², Oskon uulu A.³, R.E. Kuzebaev²

¹ Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

³ National Hospital, division of General urology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: According to the literature, 13-19% of couples suffer from infertility. It is the male factor in 40-50% of cases of infertile marriage that is the reason for the absence of children. This makes it necessary to conduct research aimed at identifying risk factors for the occurrence of reproductive disorders in men. In this paper results of treatment of patients with secondary infertility in men in anamnesis who underwent surgery for stricture of the urethra are given. The use of L-arginine has shown that the qualitative and quantitative indices of the spermogram are improved.

Key words: stricture urethras, L-arginine, copulations complication, man's barrenness.

Актуальность. Сохранение здоровья и функциональной полноценности репродуктивной системы мужчины относится к числу самых актуальных проблем современной андрологии и репродуктологии [1]. В Кыргызстане за последние два десятилетия сложилась сложная демографическая ситуация, обусловленная резким увеличением бесплодия среди мужчин. Согласно данным литературы, 13-19% супружеских пар страдают от бесплодия [2]. Именно мужской фактор в 40-50% случаев бесплодного брака является причиной отсутствия детей [3]. Это обуславливает необходимость проведения научных исследований, направленных на определение факторов риска возникновения нарушений репродуктивной функции у мужчин.

Оксид азота (NO) является универсальным посредником в регуляции клеточных функций и межклеточных коммуникаций. В организме человека NO синтезируется из аминокислот L-аргинина под влиянием ферментов NO-синтаз (NOS). Под влиянием эндотелиальной NO-синтазы происходит синтез физиологических уровней оксида азота. Образующийся из L-аргинина NO активирует в гладкомышечных клетках гуанилатциклазу, стимулирующую синтез цГМФ, который, в свою очередь, обуславливает вазодилатацию. NO-гидрофобный газ, простая молекула, способная выполнять роль универсального регулятора многих биологических функций. Это прежде всего связано с тем, что он может существовать в трех химических формах: нейтральный радикал NO, нитроксил (анион) NO⁻ и нитрозоний (катион) NO⁺. С нарушением синтеза или выделения NO связаны многие патологии, в том числе артериальная гипертензия, атеросклероз, ИБС, бронхиальная астма, первичная легочная гипертензия, облитерирующие поражения сосудов нижних конечностей, сахарный диабет, эректильная дисфункция, тромбоцитоз, аллергические заболевания.

В настоящее время во всех отраслях медицины идет активное применение L-аргинина; в частности в акушерской практике считается доказанным, что дефицит NO лежит в основе развития преэклампсии. Хронические и острые нарушения мозгового кровообращения являются в первую очередь сосудистыми заболеваниями и протекают на фоне изменений эндотелия. В области сердечно-сосудистой патологии потеря нормальной функции эндотелия (ЭД)-первый этап развития атеросклеротического процесса. В урологии физиологическая роль NO в почках-это в первую очередь регуляция почечной гемодина-

мики, модуляция транспорта жидкости и электролитов, коррекция функции почек в ответ на действие поражающих факторов. Имеются единичные экспериментальные работы по применению «тивортина» для коррекции сперматогенеза и снятие интоксикации солями тяжелых металлов на белых крысах, доказывающих улучшение кровоснабжения, стимулирование пролиферации и дифференцировки клеток.

Материалы и методы

Исследование проведено на 25 пациентов, которые ранее были прооперированы с применением различной техники общепринятых оперативных вмешательств при стриктурах уретры. Распределение больных, прооперированных по Б.Н. Хольцову, составило соответственно 15 больных 60,0% и по В.И. Русакову – 10 больных 40,0%. Практически у всех больных диагностированы различные осложнения. Осложнения носили как общий, так и местный характер. Изучение характера осложнений у больных со стриктурами уретры выявило, что чаще осложнения были местного характера - 16 (65,7%). С наибольшей частотой встречались такие осложнения, как циститы 17 (69,9%), пиелонефриты - 14 (56,3%), нарушения половой функции - 11 (45,5%), образование свищей - 4 (17,8%) и простатиты - 7 (29,9%).

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным уровень гормонов у данных больных был в пределах нормы, что дало нам возможность исключить гипогонадизм. Всех пациентов объединяло наличие вторичного бесплодия, на спермограмме отмечалась олигозооспермия $12,3 \pm 0,2$ млн., активно-подвижных $23,3 \pm 4,3\%$, морфологически измененных $54,3 \pm 4,5\%$, хотя у некоторых ранее имелись дети, но в момент обращения они в течение 2х или 3х лет не могли зачать ребенка. Всем пациентам перед назначением лечения «тивортином» выполняли УЗИ яичек. У 2 больных наблюдалось уменьшение объема яичек (менее 17 см), у 4х - снижение тургора, у остальных отсутствие каких либо нарушений. Всех пациентов мы лечили препаратом тивортин внутрь по 10 млх2 раза во время еды в течение 20 дней. Курс лечения длился от 3 до 6 месяцев. После 7-дневного приема 17 (70%) больных отмечали повышение упругости в яичках, нормализацию общего состояния и улучшение качества половой жизни отмечали почти 20 (80%) больных. После 6-месячного курса лечения у 2 больных, у которых имело место уменьшение размера яичек, на контрольном УЗИ отмечали увеличение размера (21 и 23 см), также пациенты отмечали повышение

упругости яичек. Нормализация показателей спермограммы наблюдалось у 12 (46%) больных. Положительный результат имел место у 3 больных. Конечный результат, оцениваемый по числу беременностей, составляет 3 случая, хотя показатели спермограммы нормализовались у 17 (70%) больных.

Выводы

Применение «Тивортина» улучшает кровоснабжения в тканях предстательной железы и в яичках, стимулирует пролиферацию и дифференцировку клеток, а также подавление оксидативного апоптоза благоприятно влияет на рост и созревание половых клеток, и тем самым нормализуются количественные и качественные параметры спермограммы.

Литература:

1. Абубакиров А.Н. Повреждение ДНК сперматозоида и мужское бесплодие /А.Н.Абубакиров//Урология. -2009. -С.86-91.
2. Мхитаров В.А. Морфофункциональные изменения системы гипофиз-надпочечники-гонады самцов крыс вистар при длительном употреблении этанола в условиях свободного выбора /В.А.Мхитаров//Архив патологии. -2008. -Т.70, №6. -С.38-41.
3. Практический опыт комплексного лечения больных экскреторно-токсическим бесплодием /И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко, П.М.Клименко, В.В.Спирidonov//Здоровье мужчины. -2010. -№2. -С.238-244.

ПЛАСТИКА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ

А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузбаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²

¹ Кафедра урологии и андрологии до- и последилового обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева,

² Кафедра специализированной хирургической помощи

Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены результаты хирургического лечения 96 больных с проксимальными формами гипоспадии, в возрасте от 3 до 26 лет. Всех больных (96) мы разделили на три группы: 1-я группа 30 больных произведена операция буккальная уретропластика в модификации клиники, 2-я 35 пациентов оперированные методом Дюплей и 3-я группа 31 больных оперированные методом Ландерера. При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов это: свищи уретры, рост волос в просвете уретры, уретрит и в отдаленном послеоперационном периоде встречалось психогенная эректильная дисфункция. Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплей и Ландерера, в сравнении с операцией буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Ключевые слова: уретропластика, гипоспадия.

АРТКЫ ГИПОСПАДИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН УРЕТРАПЛАСТИКАСЫ

А.Ч. Усупбаев¹, Р.Е. Кузбаев¹, Р.М. Курбаналиев¹, М.Б. Абдыкалыков²,
М.К. Байсалов¹, Асилбек уулу У.²

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
дипломго чейинки жана кийинки урология жана андрология кафедрасы,

² Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада 3 жаштан 26 жашка чейинки курактагы арткы гипоспадия менен жабыркаган 96 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Бардык бейтаптар (96) үч топко бөлүндү: 1-топтогу 30 бейтапка буккалдык уретропластика ыкмасы колдонулган, 2-топто 35 бейтапка Дюплей жана 3-топто 31 бейтапка Ландерер ыкмасы колдонулган. 3-топтогу бейтаптардын кабылдоолорун анализ кыгууда төмөнкүлөр аныкталды, эрте жана кеч операциядан кийинки кабылдоолор кездешти. Биздин бейтаптарда кездешкен негизги кабылдоолор булар: уретранын свищи, уретранын ичине жүн өсүү, уретрит жана кечки операциялык мезгилде психогендүү эректилдик дисфункция. Гипоспадия оорусун дарылоодо 3 хирургиялык ыкмасын колдонуп биз буккалдык уретропластикага салыштырмалуу Дюплей жана Ландерер ыкмаларында көбүрөөк кабылдоолорду кездештирдик.

Негизги сөздөр: уретропластика, гипоспадия.

URETHRAL PLASTIC IN PATIENTS WITH PROXYMAL FORMS OF HYPOSPADIAS

A.Ch. Usupbaev¹, R.E. Kuzbaev¹, R.M. Kurbanaliev¹, M.B. Abdykalykov²,
M.K. Baisalov¹, Asylbek uulu U.²

^{1,2} Department of Urology and Andrology of the Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

² Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the work were presented the results of surgical treatment of 96 patients with paroxysmal forms of hypospadias, aged from 3 to 26 years. Of all patients, we divided into 3 groups: the first group of 30 patients was operated with the method of buccalurethroplasty in the modification of the clinic, the second group of 35

patients was operated by the Dupley method and the third group of 31 patients were operated using the Landerer method. In the analysis of complications in 3 groups of patients, the next were established, we noted both early and late postoperative complications. The main complications that have been observed in patients are: urethral fistulas, hair growth in the urethral lumen, urethritis and the remote postoperative period there was psychogenic erectile dysfunction. Summing up the evaluation of the results of surgical treatment of hypospadias, it is important to note the next. Using three techniques for surgical correction of hypospadias, we obtained a significantly greater number of complications in the Dupley and Landerer operation compared with the operation of buccalurethroplasty with the use of a continuous screw-in sealed joint.

Keywords: Urethroplasty, Hypospadias.

Введение

Гипоспадия является актуальной проблемой в урологии, поскольку частота данной патологии в последние годы значительно увеличилась, а их клинические проявления характеризуются тяжестью течения, нарушением качества жизни, ранней инвалидизацией больных [8,9].

Гипоспадия – наиболее распространенный порок развития полового члена у мальчиков. Частота встречаемости гипоспадии, прежде всего, зависит от формы последней. В настоящее время порок встречается 1: 150, 1: 200 новорожденных мальчиков [1,11].

Причины, приводящие к гипоспадии являются многофакторными: генные мутации, эндокринные факторы и экологические факторы, действующие на плод в период развития мочеполовой системы с 7 по 14 неделе эмбрионального развития [4,6].

Лечение гипоспадии остается одним из сложных и до конца не решенной проблемой в урологии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, но при изучении результатов хирургического лечения гипоспадии по данным зарубежных и отечественных хирургов показала, что осложнения в послеоперационном периоде достигает 50 % и более [2,3].

К настоящему времени известно около 300 методов уретропластики. При знакомстве с многочисленными оперативными методами можно убедиться, что многие из них представляют лишь модификации какой-либо известной уретропластики [5, 7, 10].

Материалы и методы

В период с 2004 по 2015 годы в Республиканском Научном Центре Урологии при НГ МЗ КР наблюдали 96 пациентов с гипоспадией, ввоз-

расте от 3 до 26 лет. Критерии включения: мальчики со стволовой, стволо-мошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. Критерием исключения было наличие у пациента головчатых форм гипоспадии. Всех больных (96) мы разделили на три группы. В первую вошли 30 пациентов, оперированные по новой методике – буккальная уретропластика с применением непрерывного герметичного вворачивающегося шва. Вторую группу составили пациенты (35), оперированные по методике Дюплея и третью группу (31) составили пациенты, оперированные по методике Ландерера.

Среди пациентов всех групп: 76 пациентов (79,1%) – первичные больные, ранее оперированы в других лечебных учреждениях с неудовлетворительным результатом – 20 (20,8%) пациентов. В первой группе ранее одну и более операций перенесли 14 пациентов, во второй группе все 35 больных были первичные и в третьей группе 6 чел. – рецидивные больные, которым произведена ранее одна и более операций.

Предоперационное обследование пациентов не отличалось от общепринятых исследований для плановых хирургических вмешательств. Пациентам, которым предстояла операция буккальная уретропластика, была назначена консультация стоматолога. В послеоперационном периоде проведены уродинамические исследования, ретроградная уретрография.

Анализ результатов оперативного лечения.

Оценка результатов уретропластики в раннем послеоперационном периоде проводили с момента операции до 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде от 1,5 года до 2 лет, где частота встречаемости послеоперационных осложнений указана на рис. 1.



Рис. 1. Частота встречаемости послеоперационных осложнений.

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Следует отметить, что общее

число осложнений было выше в раннем послеоперационном периоде.

Основные осложнения, которые наблюдались у наших пациентов показано в таблице 1.

Таблица 1

Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнения	1 группа	2 группа	3 группа
Уретрит		3 (8,5%)	2 (6,4%)
Свищи уретры	3 (10%)	5 (14,2%)	3 (9,6%)
Рост волос в уретре			2 (6,4%)
Эректильная дисфункция	2 (6,6%)	3 (8,5%)	1 (3,2%)

Отдаленные результаты хирургической коррекции пациентов с гипоспадией.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 года до 2 лет у 80 (83,3%) пациентов. В основной группе отдаленные результаты прослежены, у 27 (90%) пациентов, во второй группе 28 (80%) пациентов, в третьей группе у 25 (80,6%)

пациентов. Все пациенты, пришедшие на контрольный осмотр, прошли амбулаторное обследование.

При контрольном обследовании оценивали косметические результаты реконструктивной операции, проводили уродинамическое исследование, восходящую уртрографию (рис. 2-3) и проверяли эректильную функцию.

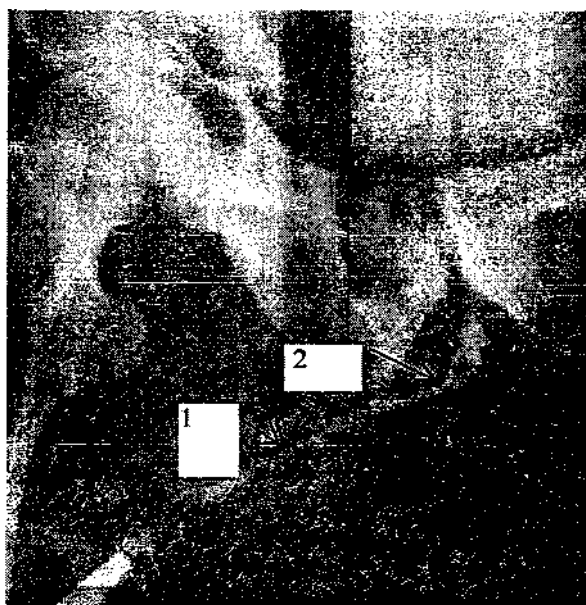


Рисунок 2. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

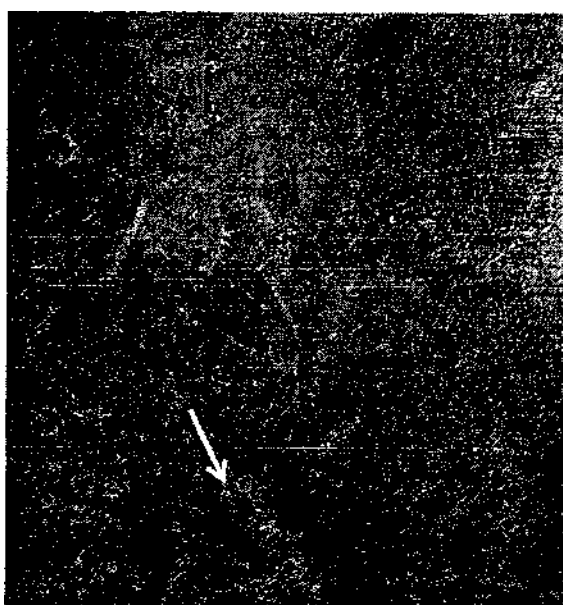


Рисунок 3. Восходящая уретрография в отдаленном послеоперационном периоде у пациента А., перенесшего буккальную уретропластику.

Косметические результаты у пациентов оценивали объективным критерием внешнего вида полового члена, производимым хирургом.

Как видно из таблицы 2, наиболее высокий косметический результат получен у пациентов первой группы, которым произведена операция буккальная уретропластика по нашей методике.

Таблица 2

Группы больных	Косметический результат операции			Всего
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1-я группа(N-30)	11(40,7%)	16(59,2%)		27
2-я группа(N-35)	5(17,8%)	23(82,1%)		28
3-я группа(N-31)	6(24%)	19(76%)		25

При обследовании у 2 (6,4%) пациентов, которым в качестве пластического материала использовали кожу мошонки в отдаленном послеоперационном периоде (1,5-2 года) встречали характерное осложнение для этой группы пациентов - рост волос в просвете уретры. Комок волос в просвете уретры у этих пациентов нарушал акт мочеиспускания, и требовал эндоскопического удаления. После эндоскопической коррекции у пациентов свободное мочеиспускание восстановилась.

Эректильную функцию изучали у 35 пациентов в возрасте от 16 до 26 лет. Пациенты первой

(основной) группы, оперированные по предложенному нами методике составило 19 больных и пациенты контрольных групп оперированные по методу Duplay 7 пациентов и оперированные методом Ландерера 9 больных. Состояние эректильной функции оценивали с использованием анкеты МИЭФ-5 (международный индекс эректильной функции-5). Частота возникновения эректильной дисфункции представлено в таблице 3.

Таблица 3

Частота возникновения эректильной дисфункции

Группы	Степени эректильной дисфункции			
	Тяжелая 10 баллов	Умеренная 11-15 баллов	Легкая 16-20 баллов	Норма 21-25 баллов
Первая (основная)			2(6,6%)	
Вторая группа			3(8,5%)	
Третья группа			1(3,2%)	

Пациенты с эректильной дисфункцией были обследованы, у них ночные спонтанные эрекции не изменены. У пациентов наблюдались эмоциональные расстройства, в виде страха неудачи, стыд перед половым актом, из-за перенесенной ранее операции и это был пусковым звеном эректильной дисфункции.

В связи выше изложенным, мы пришли к выводу, что вид операций не оказывает влияния на эректильную функцию.

Функциональный результат оценивали путем проведения урофлоуметрии, где показатели максимальной скорости мочеиспускания во всех группах были в пределах минимального значения номограммы, только у 2 пациентов, у которых наблюдался рост волос в просвете неоуретры отмечался обструктивный тип урофлоуметрии.

Заключение

Подводя итог оценке результатов хирургического лечения гипоспадии важно отметить следующие моменты. Применяя три методики для хирургической коррекции гипоспадии, мы получили достоверно большее количество осложнений при операции Дюплей и Ландерера, в сравнении с предложенной нами операцией буккальной уретропластики.

Учитывая полученные данные, предложенная нами буккальная уретропластика является операцией выбора при хирургической коррекции гипоспадии.

Литература:

1. Каганцов И.М. Модификация пластики уретры тубуляризированной рассеченной уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей // Андрол. и генитал. хир. - 2010. - №4. - С. 87-91.
2. Москалева Н., Рудин Ю., Яровой С. Лечение гипоспадии у детей // Врач. 2013. - №1. С. 8-12.
3. Шарабидзе Г.Г. Пред- и послеоперационное лечение мальчиков с гипоспадией // Австрел. УФА-2010. С. 23.
4. Эсембаев Б.И. Методы отведения мочи уретральным способом у детей с гипоспадией // Вестник КГМА. 2013. - №4. С.46-48.
5. Baskin L.S. Hypospadias: a critical analysis of cosmetic outcomes using photography. Br. J. Urol. Int. 2001; 87: 534-9.
6. Baskin L.S., Erol A., Li Y. et al. Urethral seam formation and hypospadias. Cell Tissue Res. 2001; 305: 379-87.
7. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G. et al. One-stage and multi-stage penile urethroplasty in 60 adult patients after failed hypospadias repair: comparison between penile skin and buccal mucosa grafts // J. Urol. 2005. Vol. 173. P. 89 (abs. 322).
8. Belman A. B. Hypospadias and chordee. Clinical pediatric urology. - Martin Dunitz, 2002. P. 1061-1092.
9. Laurence S., Baskin L.S., Michele B. Ebberts Hypospadias: anatomy, etiology, and technique. J. Pediatr. Surg. 2006; 41 (3): 463-72.
10. Snodgrass W., Villanueva C., Bush N.C. Duration of follow-up to diagnose hypospadias urethroplasty complications // J. Pediatr. Urol. 2014. Vol. 10 (2). P. 208-211.
11. Tsutomu, Ogata. A New Gene Involved in Hypospadias / Ogata Tsutomu, Jocelyn Laporte, Maki Fukami // HO RMONE RESEA RCH. - 2009. - Vol; 71:245-252.



МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Р.М. Курбаналиев¹, А.Ч. Усупбаев¹, А.А. Еркович², И.В. Колесниченко³

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

² ФГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный Медицинский Университет»
Министерства Здравоохранения России, кафедра урологии,
г. Новосибирск, Россия

³ ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина»,
кафедра урологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В представленной публикации рассмотрены основные вопросы распространения врожденных пороков развития мочеполовой системы в Кыргызстане. освещена сравнительная характеристика структуры данных патологических состояний в России и странах Центральной Европы. Вследствие тесной эмбриогенетической связи мочевой и половой систем человека в 15-30% наблюдений выявлены сочетанные аномалии мочевыделительной и генитальной системы, в 20-30% – САКУТ-синдром, в 28-42% случаев имеется сочетание аномалий мочевыводящих путей с пороками развития других органов и систем.

Ключевые слова: Кыргызстан, пороки развития, мочевыводящие пути.

ЗААРА БӨЛҮП ЧЫГАРУУ СИСТЕМАСЫНЫН ТУБАСА ООРУЛАРЫНЫН МОНИТОРИНГИ

Р.М. Курбаналиев¹, А.Ч. Усупбаев¹, А.А. Еркович², И.В. Колесниченко³

¹ И.К. Ахунбаев атындагы КыргызМамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

² ФМБМ ЖПБ «Новосибирск Мамлекеттик Медициналык Университет»
Россия Саламаттык сактоо Министрлиги урология кафедрасы,
Новосибирск ш., Россия

³ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Университети, урология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Көрутүндү. Мына ушул билдирүүдө заара кана жыныс системасынын тубаса каталыктыгынын Кыргызстанда таралыш суроолору каралып, анын Россияда жана Борбордук Европадагы катталышына салыштырмалуу мүнөздөмө берилди. Адамдын заара жана жыныс системасынын түйүлдүк генетикалык тыгыз байланышынын негизинде, 15-30% пайыздык байкоолордо заара бөлүп чыгаруу жана гениталык системасынын жаш толгон тубаса каталыктары, а 20-30% учурда-САКУТ синдром, а 28-42% учурларда зара бөлүп чыгаруу системасынын тубаса каталыктары башка органдардын же болбосо система-лардын тубаса каталыктары менен коштолгон.

Негизги создор: Кыргызстан, өнүгүүдөгү тубаса каталыктар, зара чыгаруу жолдору.

MONITORING OF URINARY SYSTEM CONGENITAL ABNORMALITIES

R.M. Kurbanaliev¹, A.Ch. Usupbaev¹, A.A. Erkovich², I.V. Kolesnichenko³

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

² «Novosibirsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Department of Urology,
Novosibirsk, Russia

³ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Department of Urology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. In this article, there is an observation of distribution of congenital abnormalities of urinary system in Kyrgyzstan, and comparative characteristic of structure of these pathological conditions in Russia and Central Europe. Due to close embryogenic link between urinary and genital systems, in 15-30% of cases there are simultaneous abnormalities of two systems, in 20-30% – CAKUT-syndrome, in 28-42% there are combined abnormalities of urinary system with other systems.

Key words: Kyrgyzstan, congenital abnormalities, urinary system.

Введение

В структуре урологических патологий аномалии мочевыводящих путей составляют 40% от всех ВПР различных органов и систем [3, 5].

По данным мониторинга Федерального и Международного регистров (EUROCAT), структура ВПР в России составляет 3,6 - 14,7 на 1000 новорожденных, в Европе – 3,1 - 12,5 на 1000 родившихся [1, 5, 7].

Согласно данным Национального центра по врожденным дефектам (США), ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн детей с ВПР, в 50% случаев на их фоне развиваются вторичные осложнения, требующие хирургической коррекции [9, 11].

По данным Российской Федерации (РФ) частота ВПР среди новорожденных детей составляет 4-5% (45-50 на 1000 новорожденных), среди них показатели младенческой смертности достигают 35-40% [1, 6].

Среди больных урологического профиля пациенты с различными аномалиями мочеполювых органов составляют 5-12%, причем ВПР мочевыводящих путей занимают третье место в структуре всех пороков развития [7]. На их фоне в 43-80% возникают такие вторичные осложнения как пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, сморщивание почки, артериальная гипертензия [2, 8, 9].

Во многих случаях пороки развития мочевыводящих путей становятся причиной функциональной неполноценности органов. При сочетанных аномалиях верхних и нижних мочевыводящих путей (САКУТ-синдром) нарушается их функциональное состояние за счет развития хро-

нической болезни почек, что приводит к инвалидизации и нарушению трудоспособности пациентов в 74,8% случаев [2, 4, 7, 10, 12].

Разнообразие аномалий и их проявлений в различных возрастных группах остаются предметом изучения клиницистов настоящего времени. Полиморфность, а иногда и отсутствие клинических проявлений ВПР, несвоевременное их распознавание, делает необходимым систематизацию данных патологических состояний с целью выбора метода диагностики и определения тактики ведения и лечения пациентов. Данные аспекты легли в основу настоящей публикации.

Материал и методы исследования

В период с 2010 по 2016 г. произведен мониторинг распространенности и частоты развития ВПР мочевыводящих путей с оценкой причинно-следственных связей в различных регионах Кыргызстана, Российской Федерации и странах Центральной Европы.

На базе кафедры урологии и андрологии Республиканского Научного Центра урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики изучены результаты непосредственных клинических наблюдений и архивных материалов 83012 пациентов с ВПР различных органов и систем, из них – у 24895 больных с ВПР мочевыводящих путей.

Из общего числа пациентов выявлено 59,0% детей и 41,0% взрослых с ВПР мочевыводящих путей. Средний возраст детей составил $4,2 \pm 2,8$, взрослых – $33 \pm 2,6$.

Результаты и их обсуждение

В период с 2010 по 2016 г. в Кыргызстане изучена структура ВПР у детей и взрослых (таблица 1).

Таблица 1

Структура ВПР в Кыргызстане в различных возрастных группах

Годы	Врожденные пороки развития						Пороки мочевыводящих путей					
	Дети		Взрослые		Итого		Дети		Взрослые		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2010	5235	6,3	4310	5,2	9545	11,5	1729	9,6	861	12,6	2590	10,4
2011	5539	6,7	4184	5,0	9723	11,7	1942	10,8	1060	15,5	3002	12,0
2012	6528	7,9	5871	7,0	12399	15,0	2409	13,3	958	14,0	3367	13,5
2013	7493	9,0	6312	7,6	13805	16,6	2846	15,8	1084	15,9	3930	15,8
2014	7425	8,9	5747	6,9	13172	15,9	2712	15,0	911	13,3	3623	14,5
2015	6800	8,2	4830	5,8	11630	14,0	3184	17,6	935	13,7	4119	16,5
2016	7245	8,7	5493	6,6	12738	15,3	3243	18,0	1021	15,0	4264	17,1
Итого	46265	55,7	36747	44,3	83012	100,0	18065	72,6	6830	27,4	24895	100,0

Среди общего количества ВПР, пороки мочевыводящих путей составили 29,9%. Общее соотношение пороков развития мочевыводящих путей к ВПР у детей – 1:3, у взрослых – 1:5.

Этиопатогенетические аспекты возникновения и развития ВПР связаны с нарушением процессов размножения, миграции, дифференциации клеток на III-X неделях внутриутробного

развития в период эмбрионального морфогенеза [1, 6, 7]. Среди факторов возникновения наиболее

значимыми являются наследственные (генетические), экзогенно-обусловленные, мультифакториальные и идиопатические (рисунки 1, 2, 3).

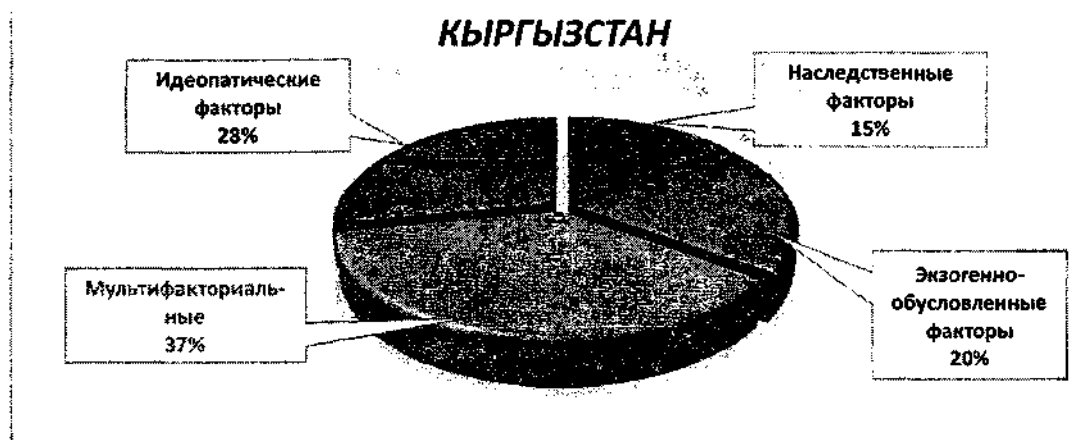


Рисунок 1. Структура причин возникновения ВПР в Кыргызстане.

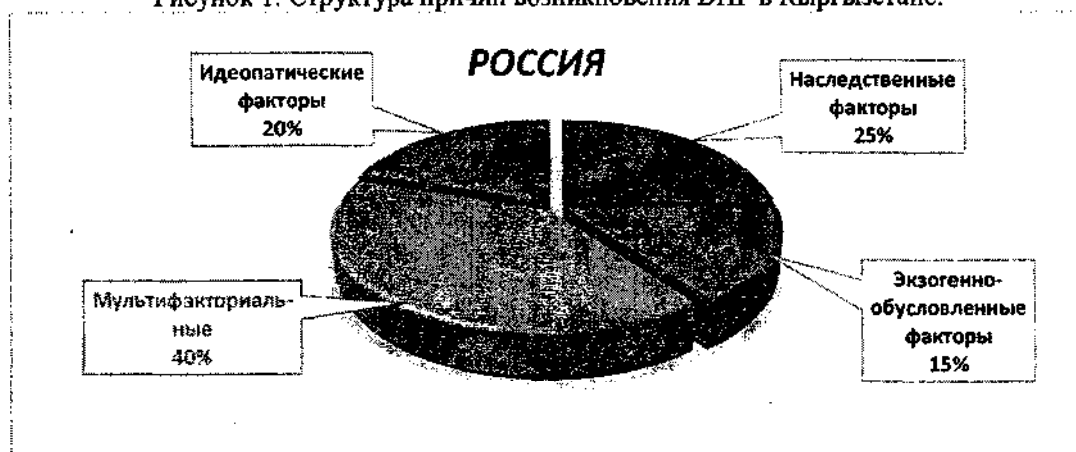


Рисунок 2. Структура причин возникновения ВПР в России.

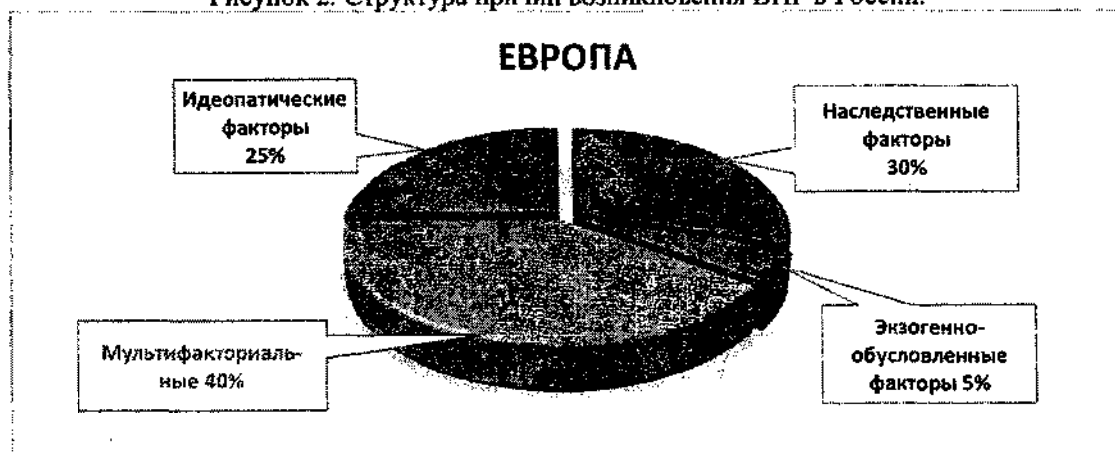


Рисунок 3. Структура причин возникновения ВПР в странах Центральной Европы.

Изучена частота и структура ВПР мочевыводящих путей в Кыргызстане по основным классам патологических процессов (рисунок 4).

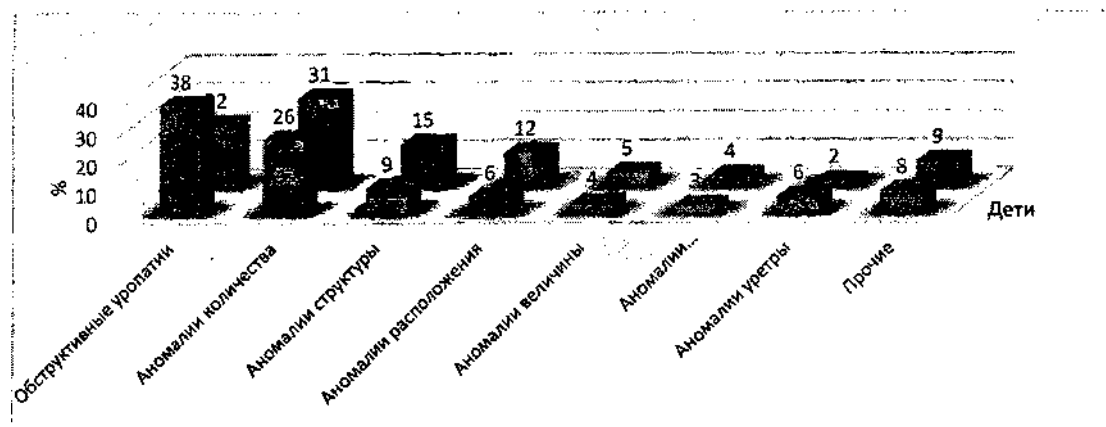


Рисунок 4. Структура заболеваемости ВПР в Кыргызстане по основным классам.

Среди наиболее распространенных ВПР мочевыводящих путей у детей выявлены обструктивные уропатии (38%, $p < 0,05$), у взрослых - аномалии количества почек и мочеточников в виде удвоения, аплазии (31%, $p < 0,05$) и аномалии структуры почек в виде кистозных образований (15%, $p < 0,05$).

Коэффициент рождаемости в Кыргызстане составил более 27 на 1000 населения (3,2 рождений на 1 женщину). По данному показателю республика находится на 85 месте в общемировом рейтинге. Эти значения в последние десять лет подвергались лишь незначительным колебаниям и остаются стабильными из года в год.

Показатель ВПР в структуре смертности новорожденных в Кыргызстане занимает одно из ведущих мест и, прежде всего, зависит от уровня диагностики и оказания медицинской помощи беременным и новорожденным. В 2014-2016 годах количество умерших детей до 1 года составило 20,2 на 1000 новорожденных, из них доля заболеваний ВПР составила 14,8%.

Анализируя распространенность ВПР в различных возрастных группах, структуру младенческой смертности, детской инвалидности, ультразвуковой скрининг как метод ранней диагностики аномалий развития различных органов и систем, нами произведена сравнительная оценка данных фактов среди регионов Кыргызстана, РФ и стран Центральной Европы (рисунки 6,7).

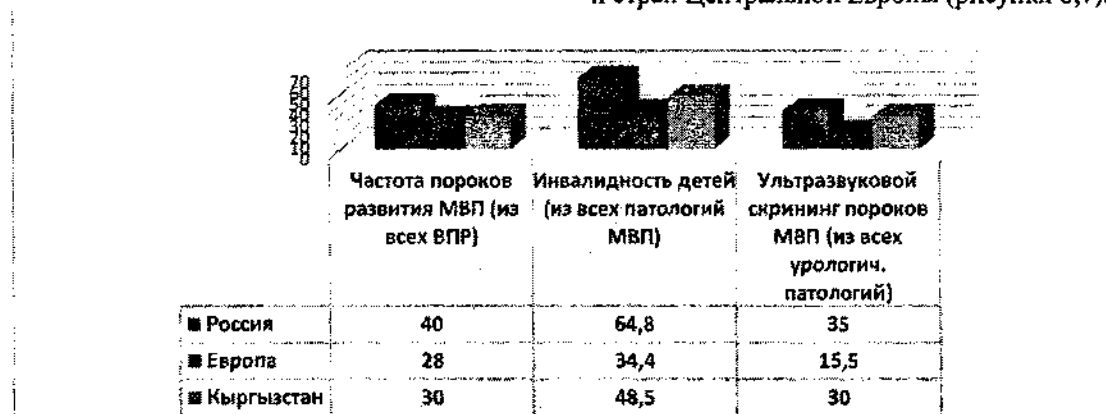


Рисунок 6. Общая структура распространенности ВПР различных органов и систем в разных странах мира.

Исходя из сравнительного анализа всех ВПР выявлена наиболее частая распространенность

аномалий мочевыводящих путей в различных регионах РФ (40%) и Кыргызстана (30%).

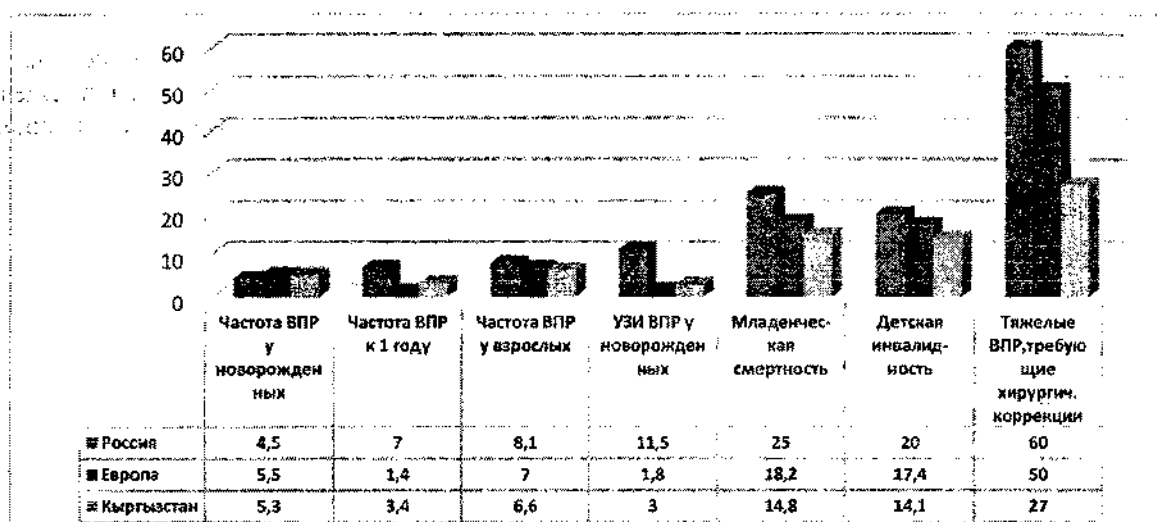


Рисунок 7. Структура ВПР в разных странах мира (ежегодно, %).

Распространенность ВПР у новорожденных превалирует в странах Центральной Европы (5,5%), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой в развитых странах мира и тератогенным действием факторов риска на внутриутробное развитие плода. Частота ВПР у детей первых лет жизни и у взрослых (7,0% и 8,1% соответственно) чаще выявляется в РФ, что говорит о своевременной и информативной диагностике патологических процессов в организме пациента. Тем не менее, риски развития летальных исходов и детской инвалидизации также

чаще диагностируются в РФ, что свидетельствует о позднем обращении пациентов за медицинской помощью, выявлением тяжелых форм ВПР, требующих хирургического вмешательства.

Всем пациентам с ВПР при нарушении уродинамики вследствие обструктивных уропатий произведена хирургическая коррекция.

Структура хирургической активности в Кыргызстане при аномалиях мочевыводящих путей с 2010 по 2016 годы представлена на рисунке 8.

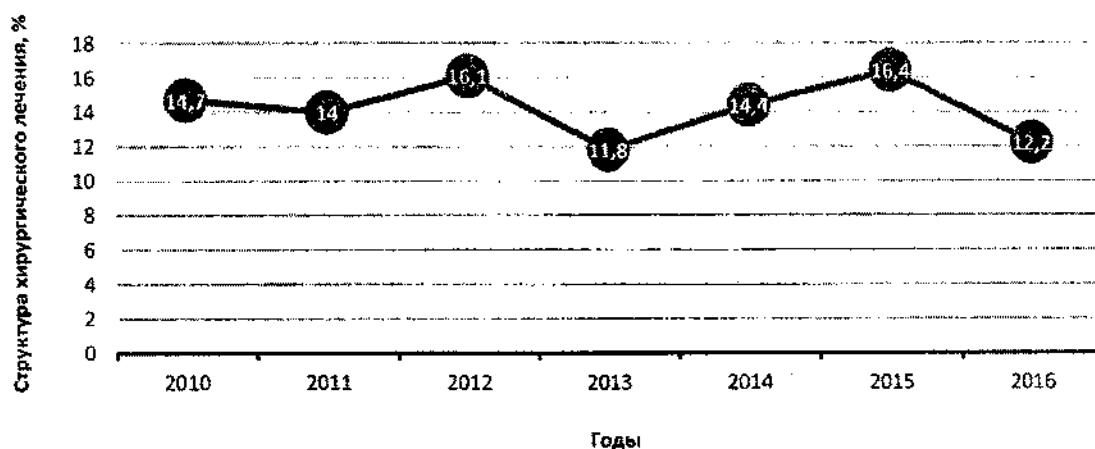


Рисунок 8. Структура хирургического лечения при ВПР мочевыводящих путей.

Хирургическое лечение произведено всем больным с диагностированной гидронефротической трансформацией на фоне обструктивных уропатий различного генеза (стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, aberrантного сосуда, нейромышечной дисплазии мочеточников), аномалий структуры и взаимоотношения

почек с нарушением функционального состояния почек, пузырно-мочеточникового рефлюкса, вторичного камнеобразования, афункциональной почки и др.

Исходя из вышеуказанных исследований, с целью систематизации и детализации всех ВПР нами разработана и внедрена в практическую

урологию рабочая классификация с учетом обследования, лечения и диспансеризации пациентов с аномалиями развития мочевыводящих путей.

Исходя из обращаемости пациентов в различные лечебно-профилактические учреждения республики, определены три клинические группы, согласно которым врачи первичного и вторичного звена определяют методы диагностики и способы ведения и лечения пациентов с ВПР мочевыводящих путей.

К 1-ой группе относятся больные с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в хирургической коррекции при нарушении уродинамики;

К 2-й группе относятся больные с пороками развития мочевыводящих путей, нуждающихся в динамическом наблюдении с последующей хирургической коррекцией и/или консервативной терапией;

К 3-й группе относятся пациенты с пороками развития мочевыводящих путей, не нуждающихся хирургической коррекции и медикаментозном лечении, но подлежащих динамическому наблюдению амбулаторно.

Выводы:

1. Среди больных урологического профиля в Кыргызстане в 25-28% исследованиях выявлены пациенты с различными аномалиями мочеполовых органов.

2. В 20% случаев причины возникновения и развития ВПР связаны с неблагоприятными экзогенными факторами внешней среды, из них немаловажное значение определено действием радиоактивных веществ (урановые, угольные месторождения), использованием пестицидов при посевных и поливных сельскохозяйственных работах, употреблением алкоголя, табакокурения, различных лекарственных препаратов во время беременности.

3. Высокая частота распространения ВПР у пациентов в РФ связана с поздней обращаемости больных за медицинской помощью, выявлением тяжелых и сочетанных форм ВПР, недостаточной осведомленностью населения, а также неудовлетворительными социально-бытовыми условиями в отдаленных регионах России.

4. Тенденция к росту ВПР мочевыводящих путей связана как с увеличением числа рождаемости населения, так и с улучшением диагностики выявляемости аномалий. С целью своевременной диагностики, снижения риска развития осложнений и сохранения трудоспособности пациентов с

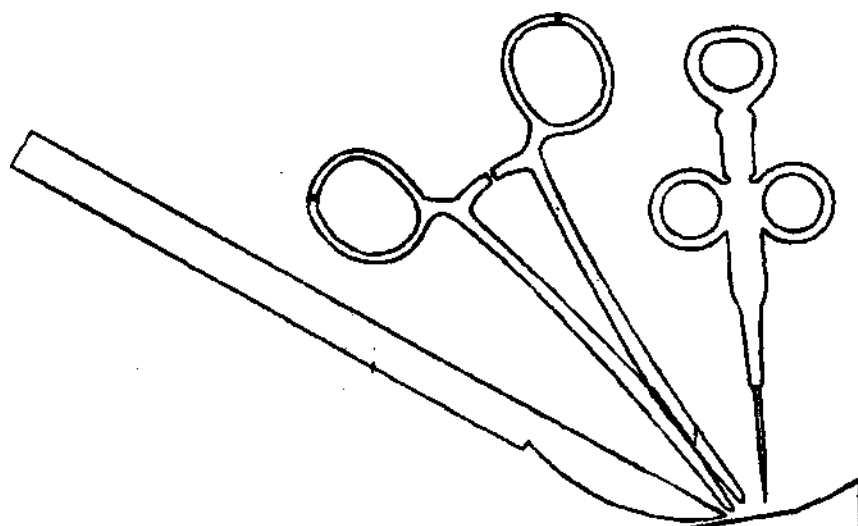
ВПР, для врачей всех лечебно-профилактических учреждений республики разработана рабочая классификация, определяющая тактику лечения и диспансерного наблюдения пациентов с аномалиями мочевыводящих путей.

Литература:

1. Доброскокова Н.Ф. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов в Новосибирске / Н.Ф. Доброскокова, В.П. Аксенова, А.П. Надев // *Архив патологии*. - 2010. - № 1. - С. 16-19.
2. Игнатова М.С. САКУТ-синдром у детей / М.С. Игнатова // *М.: Педиатрия*. - 2012. - Т. 91, № 6. - С. 141-143.
3. Комяков Б. К. Урология / Б.К. Комяков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 464 с.
4. Короткова Ю.А. Инвалидность вследствие врожденной патологии у детей и основные принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации / Ю.А. Короткова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - 36 с.
5. Крыганова Т.А., Длин В.В. Частота аномалий органов мочевой системы и функциональное состояние почек в зависимости от степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей / Т.А. Крыганова, В.В. Длин // *М.: Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2016. - С. 81.
6. Наследственные болезни у детей / М.В. Краснов, В.М. Краснов, А.Г. Кириллов и др. - М., 2011. - 380 с.
7. Сафонова М.П. Особенности клиники и фенотипических признаков при врожденной гипоплазии почек у детей разного возраста / М.П. Сафонова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2014. - С. 5, 9-15.
8. Mutations in 12 known dominant disease-causing genes clarify many congenital anomalies of the kidney and urinary tract / H.Y. Hwang, G.C. Dworschak, S. Kohle et al. - *Kidney Int*, 2014; 85(6): 1429-1433.
9. Renfang S. Genetics of congenital anomalies of the kidney and urinary tract / S. Renfang, V. Yosypiv // *Pediatr Nephrol*. - 2011. - № 3. - P. 353-364.
10. Single-gene causes of congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) in humans / A. Vivante, S. Kohl, D.Y. Hwang et al. // *Pediatr Nephrol*. - 2014; 29 (4): 695-704.
11. The demographic characteristics of children with chronic kidney disease stages 3-5 in South East England over a 5-year period / J.J. Kim, C.J. Booth, S. Waller et al. // *Arch Dis Child*. - 2013. - № 1. - P. 324-327.
12. Yosypiv I.V. Congenital Anomalies of Kidney and urinary tract: Genetic Disorder? / I.V. Yosypiv // *Int. J. Nephrology*. - 2012. - P. 909-913.



КЫРГЫЗСТАН ХИРУРГИЯСЫ



- Организация хирургической службы
- Вопросы общей и частной хирургии
- В помощь практическому врачу
- Обзоры
- Рецензии
- Протоколы заседаний Ассоциации хирургических обществ

№3
2012 г.

ХИРУРГИЯ КЫРГЫЗСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

Поздравления юбиляра!	2
Вопросы урологии	
Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Садырбеков Н.Ж., Монолов Н.К., Зарылбеков Н.З., Осмон уулу Айбек, Исаев Н.А. Исследование химического состава почечных камней у больных с мочекаменной болезнью в Республике Кыргызстан	3
Усупбаев А.Ч., Зарылбеков Н.З., Маматбеков Р.А., Монолов Н.К. Исаев Н. Факторы, влияющие на выбор метода лечения уретеролитиаза	7
Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Абдуллаев Ф.М. Клинико-функциональное состояние почек при гидронефротической трансформации до и после хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента	11
Усупбаев А.Ч., Боталаев Б.А. Профилактика риска тромбеморрагических осложнений после аденомэктомии	14
Шакиров Г.А., Чернецова Г.С., Адиев А.Т. Лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложненной задержкой мочеиспускания	16
Эстебесов Н.С., Чернецова Г.С. Ранние осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы	18
Еганов Е.П., Чернецова Г.С. Результаты хирургического лечения острого калькулезного гидронефроза	20
Колесниченко И.В., Чернецова Г.С., Курбаналиев Р.М. Дренирование почек при гидронефротической трансформации	22
Чернецова Г.С., Гафуров М.У., Адиев А.Т., Колесниченко И.В. Результаты хирургического лечения нефроптоза	26
Мукажанов М.К., Акышбаева К.С., Мадибраимов К.М. Влияние иммунокорректирующей терапии ронколейкином на иммунологические показатели у больных урогенитальным хламидиозом	28
Турашев М.Т. Клинический анализ больных с нефроптозом	31
Садырбеков Н.Ж. Определение репродуктивных потерь при остром орхоэпидидимите	33
Мамбетов Ж.С., Махмудов А.М. К вопросу изучения хронического простатита	35
Усупбаев А.Ч., Кузубаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш., Курбаналиев Р.М. Опыт хирургической коррекции при истинном гермафродитизме	40
Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Ж. Анализ изучения доброкачественной гиперплазии предстательной железы	45
Вопросы экспериментальной медицины	
Усупбаев А.Ч., Дауров Ш.Ю., Стамбекова К.Н., Султаналиев А.А. Результаты гистоморфологических исследований структуры почек 25-ти дневных плодов экспериментальных животных после инфицирования урогенитальными инфекциями	50
Рачков И.А. Морфофункциональное состояние стенки мочевого пузыря у экспериментальных самок кроликов на 15 день внутримышечного введения пептидных факторов, выделенных из миоматозной ткани женщин	52
Обзор	
Кулукеев У.К. Пути совершенствования хирургического лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря	56

на

сн и

«Хирургия
и изданий,
результатов

(21,1%)
сватной
альных
ативное

олитаза
их по

блиця 2.

его

8,6%)

5,9%)

4,5%)

00,0%

ательно-
, камнях
тностью
спектра
(10,0%)
поздней
а 2-3 ст.
азвитию
рита у

главным
(%) вне
лагодаря
УЗ (in-
рушение
тностью
не более

методом
ризуется
ротками
ционаре.
ДУВЛ
(9,1%) из
Наиболее
и камнях
лительно
нижней

изличных
ть друг
ентов из

1. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К.// Материалы Генуэзского Правления Российского общества урологов.- М., 2003, 5-25с.

2. Теодорович О.В., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Забродина Н.Б., Глухарев А.М., Лечение крупных и длительно стоящих камней верхней и средней трети мочеточника на современном этапе // НПС медицинской радиологии ДЗ г. Москвы. РМАПО Росздрава РФ НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД».

3. Мартов А.Г., Крендель Б.М., Зенков С.С. // Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия : Сборник научных трудов. - М., 1992-С.81-85.

4. Олефир Ю.В. Малоинвазивные методы лечения сложных форм нефролитиаза: дисс... д-ра мед. наук. Москва, 2008.

5. Burgos F.J. Management of ureteral calculi with extracorporeal piezoelectric lithotripsy // Abstract 493. XXI Congress of the International Society of Urology. Buenos Aires, October.9-146.1988.

6. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Рапопорт Л.М. и др. Прогностические факторы эффективности дистанционной литотрипсии. // Юбилейная научно-практическая конференция «Достижения и перспективы развития урологии». - Екатеринбург, 2000.- С. 119-121.

Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Абдуллаев Ф.М.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

Резюме: в данной статье рассмотрены основные аспекты диагностики и лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента и гидронефроза. Набрана группа пациентов, которым были проведены операции по поводу пластики сегмента. Озвучены результаты хирургического лечения стриктур в ранний и поздний периоды.

Ключевые слова: стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, гидронефроз.

Usupbaev A.Ch., Curbanallyev R.M., Abdullayev F.M.

CLINICAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF KIDNEYS WITH HYDRONEPHROSIS BEFORE AND AFTER SURGICAL CORRECTION OF URETEROPELVIC JUNCTION SEGMENT

Resume: in this article watch basic aspects of diagnostic and treatment ureteropelvic junction stricture and hydronephrosis. We took group of patients which had surgical treatment with junction plastic. There are results of surgical treatment of strictures in early and far periods.

Key words: ureteropelvic junction stricture, hydronephrosis.

Введение. В современной урологии проблеме гидронефрозов уделяется особое внимание, во многом это связано с тем, что количество больных данным заболеванием неуклонно растет. И хотя за последние годы разработаны различные современные модернизированные подходы к лечению, у многих больных может наблюдаться рецидив стриктур и как следствие повторное развитие гидронефроза. Рассмотрим, что же представляют из себя гидронефроз и стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента.

Гидронефроз — заболевание почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы, атрофией почечной паренхимы и прогрессирующим ухудшением всех основных почечных функций в результате нарушения оттока мочи из почки и кровообращения в ней. Как правило, развитию

гидронефротической трансформации способствует стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента. Гидронефроз является сравнительно частым заболеванием. У женщин встречается в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Среди лиц взрослого возраста гидронефроз выявляется в 1% случаев. В возрасте старше 40 лет гидронефроз часто является симптомом других заболеваний.

Причины обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента делятся на первичные или врожденные, вторичные или приобретенные [1]. Среди первичных причин наиболее часто встречается врожденная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента и добавочный нижнесементарный сосуд. Более редкими первичными причинами развития стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента являются препятствия, находящиеся в

просвете мочеточника и полости лоханки - клапаны и «шпоры» на слизистой оболочке в области лоханочно-мочеточникового сегмента.

Вторичными причинами развития стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента являются осложнения других заболеваний почек и верхних мочевыводящих путей – мочекаменной болезни, опухолей и кист почек, стриктур и опухолей верхних мочевыводящих путей. Вторичные стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента также являются поздним осложнением после операций на почках и верхних мочевыводящих путей [2] (рис.).

Проблема диагностики и лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента и вторичного гидронефроза на протяжении десятилетий остается предметом пристального внимания урологов. Это связано в первую очередь с тем, что, несмотря на совершенствование методов диагностики и появления новых вариаций лечения многие аспекты проблемы остались нераскрыты.

Успех лечения многих стриктур зависит не только от рук хирурга, но и от правильной постановки диагноза до операции, так как универсального способа безрецидивного лечения до сих пор не разработано. В диагностике до сих пор присутствует проблема, связанная с невозможностью дать точную оценку функционального состояния почек и мочеточника, дать правильную оценку резервных возможностей почек и безошибочно выявить «добавочные» сосуды [3]. При обследовании пациентов со стриктурами верхних мочевых путей прежде всего, необходимо выявить зону сужения, определить ее локализацию и протяженность, установить

причину возникновения, определить состояние мочеточника выше места сужения и функциональное состояние почки на стороне поражения. Основными методами диагностики стриктур ЛМС остаются рентгеноурологические исследования. В настоящее время сохраняют свою актуальность такие методы исследования, как экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография и чрескожная пункционная антеградная пиелоуретерография. Для изучения нарушений уродинамики применяют такие методы, как телевизионная урография, ретроградная урокинематография, почечная ангиография. Кроме того, с целью изучения анатомо-функционального состояния ВМП применяются ультразвуковые, радиоизотопные, эндоскопические методы исследования, компьютерная томография, почечная ангиография и другие [4]. С целью лечения производят пластику лоханочно-мочеточникового сегмента, с помощью которой производят вскрытие участка стриктуры и установку туда внутреннего либо наружного дренажа. Широко идет внедрение способов малоинвазивных вмешательств, но пока данные способы широкого распространения не получили и в клинической практике используются редко [5].

Целью проведенного исследования было установление результативности проводимых операций по поводу стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента.

Материал и методы. В ходе проводимых исследований нами было обследовано 38 человек (17 женщин, 21 мужчина) со стриктурами лоханочно-мочеточникового сегмента, у которых отмечался гидронефроз разной степени выраженности.

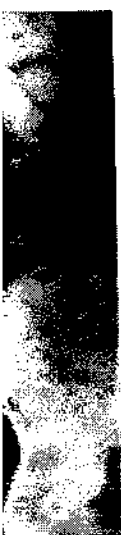


Рис. Рентген-снимки гидронефротической трансформации почек при стриктурах ЛМС.

состояние
ужения и
на стороне
диагностики
ологические
сохраняют
следования,
етроградная
ункционная
для изучения
ают такие
урография,
почечная
ю изучения
ния ВМП
оизотопные,
следования,
почечная
тью лечения
лоханочно-
щью которой
стриктуры и
о наружного
ие способов
пока данные
не получили
зуются редко

ования было
проводимых
лоханочно-

: проводимых
ледовано 38
(мужчина) со
еточникового
гидронефроз



их ЛМС.

Возраст больных колебался от 21 до 46 лет. Также были отмечены пациенты, отказавшиеся от проведения хирургической коррекции стриктуры ЛМС. В количестве 5 человек. Наблюдение за состоянием почек у них велось по согласию. Таким образом, только 3 из них (2 мужчины и 1 женщина) согласились наблюдаться в дальнейшем. У каждого больного был четко собран анамнез болезни и жалобы на момент осмотра. Все больные были обследованы при помощи исследования общего анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи, УЗИ, обзорной урографии и ретроградной пиелографии. Исследование общего анализа крови должно было указать на наличие лейкоцитоза у больных, почечные тесты на повышение (или нет) уровня креатинина, общий анализ мочи преследовал за собой цель выявить эритроцитурию, ложную протеинурию, либо лейкоцитурию. Ультразвуковым методом проводилось обследование почек. Обзорная и ретроградная пиелография определяли место расположения стриктуры. Всем перечисленным больным было проведено хирургическое вмешательство, касаясь пластики лоханочно-мочеточникового сегмента. Наблюдение за группой велось как в раннем послеоперационном периоде, так и в позднем. В раннем послеоперационном периоде задачей наблюдения было выявление кровотечения у прооперированных больных и наблюдение за общим состоянием каждого пациента. В позднем главной задачей было выявление рецидива стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента.

Результаты. После проведенного исследования было установлено, что все пациента благополучно перенесли хирургическое вмешательство и в раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечалось.

В позднем послеоперационном периоде отмечалось осложнение только у одного пациента, это было связано с сохраняющимися

болями в поясничной области, при проведении экскреторной урографии через 4 месяца был выявлен рецидив образования стриктуры. Благополучный исход имели 37 человек (97,4%).

Пациенты, отказавшиеся от оперативного вмешательства, и выделенные в отдельную группу, находились под постоянным наблюдением. У 2 из 3 пациентов наблюдалась прогрессия гидронефроза. В течение полугода, с момента начала наблюдения за прооперированными больными жалобы на боли в поясничной области не предъявлялись и в общем анализе мочи изменений не отмечается.

Выводы:

Результативность операций по поводу стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента доказывает их эффективность и целесообразность. Это говорит о том, что подобные операции необходимо проводить и дальше ради улучшения качества жизни больных.

Необходимость проведения операций не оставляет сомнений. Это связано с тем, что при длительной прогрессии гидронефроза начинается атрофия паренхимы почки, а как следствие это приводит к почечной недостаточности.

Литература:

1. Аляев Ю.Г. Гидронефроз. - Москва, 2002. - 39 с.
2. Обструктивные уropатии. /Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Москалев И.Н. - Бишкек, 2005. - 227с.
3. Патологическая физиология. /Адо А.Д., Адо М.А., Пыцкий В.И., Поряднев Г.С., Владимиров Ю.А. - Москва, 2002. - 602 с.
4. Урология. /Г.С. Чернецова, Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н. - Бишкек, 2009. - 656 с.
5. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Газимиев М.А. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике. - Москва, 2001. - 68 с.

«открытые» хирургические вмешательства отмечалось у 3 человек, что составило 27%. После дистанционной литотрипсии кровотечения не отмечались.

При наблюдении пациентов в катамнезе повторное камнеобразование отмечено у 5 человек (24%), стоит отметить, что именно у этих людей на момент поступления были данные за гидрокалликоз.

Средний послеоперационный период больных не превышал 10 дней, что говорит о быстрой реабилитации пациентов после перенесенных операций.

Выводы:

Исходя из проведенного исследования можно отметить, что дистанционная литотрипсия как хирургический метод лечения показывает хороший результат как в раннем послеоперационном периоде, так и в катамнезе. Поэтому их внедрение в урологическую практику и совершенствование таких технологий в дальнейшем просто необходимо.

Литература:

1. Карпенко В.С. Гидронефроз // Монография. - Киев, 1991 (стр. 15-19).
2. Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни: Автореф. дисс.... Д-ра мед.наук.- Москва, 1994. (3-12 стр.).
3. Лопаткин Н.А. Урология / Учебное пособие. - Москва, 1996. (28-36 стр.)
4. Александров В.П., Остриков В.П., Фесенко В.Н. и др. Хирургическая тактика с применением ДЛТ при фрагментированных коралловидных рецидивных камнях // Материал пленума всероссийского общества урологов. - Екатеринбург, 1996 (56-61 стр.).
5. Аляев Ю.Г. Гидронефроз. - Москва, 2002. (13-28 стр.)
6. Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н. Урология / Учебное пособие. - Бишкек, 2009. (127-129 стр.)
7. Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Москалев И.Н. Обструктивные уropатии. - Бишкек, 2005. - С. 134-156.

Колесниченко И. В., Чернецова Г. С., Курбаналиев Р. М.

ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Ельцина
Кафедра урологии, травматологии, ортопедии

Резюме: Последние десятилетия ознаменовались значительными успехами в диагностике и лечении больных с гидронефрозом. Этому способствовало внедрение в практическую урологию новых технологий и современного хирургического оснащения [4]. Появление эндоурологических пособий для урологических операций привело к значительному расширению возможностей оказания специализированной помощи больным с гидронефрозом.

Ключевые слова: гидронефроз, дренирование, пиелостомия.

Kolesnichenko I.W., Chernetsova G.S., Kurbanaliev R.M.

KYDNEY DRENAGE IN PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS

Kyrgyz Russian Slavyan University named by Eltzin.B.N.
Department of Urology, travmatology, ortopedy

The resume: There is big success in diagnostic and treatment of people with hydronephrosis in last 10 years. New technologiis and surgical equiptment took place in this growing. Endourological guides for urological surgeon increased level of special treat people with hydronephrosis.

Key words: Hydronephrosis, drenage with pyelostomy.

Введение. Под понятием «гидронефротическая трансформация» принято понимать все заболевания верхних мочевых путей, приводящие к нарушению оттока мочи, что в дальнейшем сказывается на функциональном состоянии почек. Это стойкое и прогрессивное

нарастающее расширение лоханки и чашечек, возникающее вследствие застоя мочи и нарушения иннервации и кровообращения почечной паренхимы [2].

В современной литературе существует большое число работ, отражающих суть и

лечение данного заболевания, предложены новые методы диагностики и малоинвазивного лечения. До сих пор современными и зарубежными авторами обсуждаются подходы к оперативному лечению, дренированию почек и неоперативной коррекции заболеваний, приведших к гидронефрозу. По-прежнему, открытым остается вопрос о выборе хирургического вмешательства и методах дренирования почек, предложении консервативной коррекции при патологических состояниях, ведущих к развитию гидронефротической трансформации у взрослых, подростков и детей.

Материалы и методы. До сих пор дискуссионным остается вопрос о методе дренирования почек. Литературные данные, касающиеся определения показаний и выбора метода отведения мочи, свидетельствуют, что по данному вопросу нет единого мнения, он остается не изученным или освещен недостаточно.

С 70-х годов в урологическую практику стали внедряться малоинвазивные методы лечения: бужирование и баллонная дилатация стриктур различных отделов мочеточника (рис.1). Эффективность вышеуказанных методов по данным различных авторов составляет в среднем 64-80% [1]. К недостаткам необходимо отнести их неэффективность при длительно существующих, рецидивных, застойных стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, а также при развитии стеноза мочеточника, обусловленного сдавлением из вне [5].



Рис. 1. Баллонная дилатация при стриктуре мочеточника.

В последнее время российскими и зарубежными авторами освещается методика внутреннего дренирования почек путем установки стент-катетера в почку (рис.2). Это менее травматичный метод, не требует перфорации паренхимы почки, снижая тем самым риск развития рубцовых изменений вокруг дренажа и катетероассоциированных инфекций, не влияет на трудоспособность и социальную дезадаптацию больного. Однако при установке стент-катетра имеются свои отрицательные стороны в плане цистоскопического его удаления с возможностью реинфекции и травматизации слизистой уретры, а также необходимостью установки в раннем послеоперационном периоде уретрального катетера с целью предупреждения пузырно-почечных рефлюксов [3].

Усовершенствование методов диагностики и лечения позволяет пересмотреть некоторые тактические вопросы у пациентов с различными урологическими заболеваниями и их осложнениями, в основе которых лежит нарушение пассажа мочи. Анализ методов отведения мочи из верхних мочевых путей в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова за 15 лет (1989 - 2003 гг.) показал, что они представлены традиционной и пункционной нефростомией (рис.3), в ряде случаев полностью заменив открытую нефростомию и значительно сузив показания к ней. Это потребовало пересмотра показаний к нефростомии и определения ее места среди других методов дренирования верхних мочевых путей.



Рис. 2. Стентированная почка при стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента.



Рис. 3. Пункционная нефростомия почки.

Тем не менее, открытая нефростомия является спасительной операцией и необходима при всех угрожающих жизни ситуациях - прогрессировании гнойного процесса, кровотечении из почки с тампонадой чашечно-лоханочной системы сгустками крови, неудавшейся пункционной нефростомией, осложнениями при нефролитотрипсии [6].

В республиканском Научном Центре Урологии города Бишкек с 2003 года в качестве альтернативного метода дренирования почки при гидронефрозе на фоне стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента используют наложение пиелостомы с применением двухканального катетера Фоллея наряду с интубационной трубкой (рис.4). В детском возрасте устанавливают катетеры с нумерацией 10 - 12, во взрослом возрасте - 14-16 по шкале Шарьерра. Учитывая физиологическую емкость лоханки, в баллончик нагнетают жидкость в объеме 3-5 мл.

Под наблюдением находилось 100 прооперированных пациентов в возрасте от 1 года до 75 лет. Было обследовано 13 детей в возрасте 1-12 лет, 8 подростков в возрасте 13 - 18 лет, 79 взрослых в возрасте 19 лет и старше. Лица женского пола составили 45 больных (45%), лица мужского пола - 55 больных (55%).

Двухстороннее поражение почек отмечено у 3 больных, одностороннее у 97 больных. Из них левостороннее поражение выявлено у 56 больных, правостороннее у 44 больных.

Нами были проведены следующие виды операций: пластика лоханочно-мочеточникового сегмента - 46 пациентам (46%), антеваскулярная коррекция - 11 пациентам (11%), нефрэктомия - 19 пациентам (19%), уретеропиелолит - 26 пациентам (26%), пиелостомия - 1 пациенту

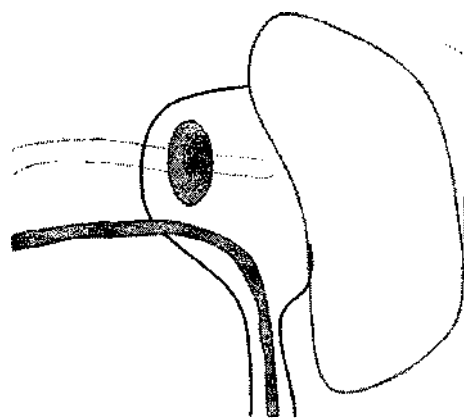


Рис. 4. Установка катетера Фоллея и интубационной трубки.

(1%), анастомоз мочеточника - 6 пациентам (6%).

К радикальным операциям при гидронефрозе следует отнести метод Андерсена-Хайнса в модификации Кучера, что было применимо у 35 пациентов (35%), антеваскулярный анастомоз лоханочно-мочеточникового сегмента, уретерокаликаноанастомоз, анастомоз мочеточника «конец в конец» и/или «конец в бок», выполненные у 18 пациентов (18%).

Остальные пластические операции (Фенгера, Фоллея, Гринчака, Голигорского), применимые у 11 пациентов (11%), являются паллиативными.

По данным зарубежных урологов [7], при операциях Фенгера, Гринчака, Фоллея все чаще применяется лапароскопическая коррекция ЛМС.

Широкое внедрение отечественными и зарубежными урологами в практическую медицину внутренних стент-катетеров для дренирования верхних мочевых путей, нами было использовано у 23 пациентов (23%), открытая нефростомия была применима у 7 пациентов (7%), открытая пиелостомия, в том числе с наложением катетера Фоллея в качестве пиелостомы была проведена 32 пациентам (32%), полускрытое дренирование почки установлено 14 пациентам (14%), без дренирования лоханочно-мочеточникового сегмента прооперировано 24 пациента (24%).

Ближайшие и отдаленные результаты исследования больных при дренировании почек с помощью катетера Фоллея, оценивались в сроке от 1 года до 10 лет.

При состоятельности анастомоза и отсутствии эктазии ЧЛС, в предложенном методе дренирования почек, на 6-7е сутки

баллончик катетера постепенно приспускается, удаляется интубационный дренаж, проводится антеградная пиелография для уточнения проходимости верхних мочевых путей. При подтверждении состоятельности анастомоза на 9-10-й день пиелостома удаляется.

Результаты и их обсуждение. По результатам наблюдения, у 32 пациентов, которым было проведено дренирование верхних мочевых путей путем наложения пиелостомы с использованием катетера Фоллея, при контрольном обследовании после ликвидации обструкции ВМП констатируется клиническое улучшение – исчезли жалобы, отмечавшиеся до операции.

Преимущество предложенного альтернативного метода дренирования почек с применением двухканального катетера Фоллея состоит в том, что при установке раздутого баллончика в почечную лоханку нет необходимости наложения фиксирующих швов. Баллончик препятствует подтеканию мочи в окружающие ткани, создавая герметичность дренажа. Данный метод дренирования почки имеет особые преимущества у детей младшего возраста, у лиц мужского пола, так как широко используемый в клинике метод дренирования почки путем стентирования, требует длительного применения анестезиологического пособия, что в раннем послеоперационном периоде, и особенно у детей является нежелательным.

Заключение. Пластические операции, выполненные удачно, хорошо переносятся пациентами всех возрастов. Результаты оперативной коррекции оцениваются по ряду критериев,

среди которых необходимо выделить проходимость анастомоза с улучшением эвакуаторной функции лоханки, уменьшение степени эктазии ЧЛС, восстановление уродинамики.

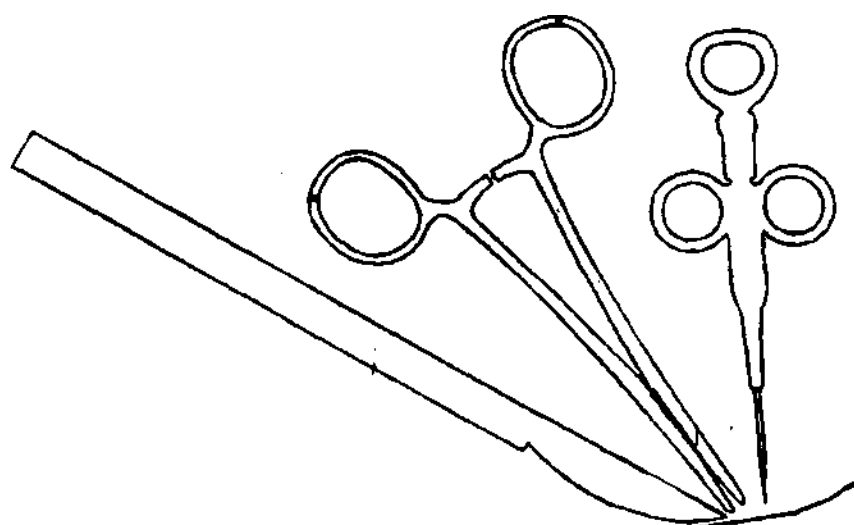
Ранняя диагностика, своевременность выполнения реконструктивно-пластических операций, длительное диспансерное наблюдение за пациентами являются залогом успешного лечения гидронефроза у детей и взрослых.

Литература:

1. Карпов В.К. Баллонная дилатация стриктур мочеточников: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1986.
2. Лопаткин Н.А., Яненко Э.К., Кульга Л.Г. Опыт хирургического лечения больных гидронефротической трансформацией и перспективы улучшения его результатов // IX Всероссийский съезд урологов. - М. - 1997. - С. 59-61.
3. Григорян В. А. Хирургическое лечение гидронефроза: Дисс. ... д-ра мед. наук. - М. - 2000.
4. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. и др. Гидронефроз. - М. - 2002.
5. Теодорович О.В., Абдуллаев М.И. Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника // Урол. и нефрол. - 2003. - № 6. - С. 52-58.
6. Асланян Т.А. Открытая нефростомия в урологической практике: Дисс. ... д-ра мед. наук. - М. - 2005.
7. Tan B.J. Rastinehad A.R., Marcovich R. et.al. // Urology. - 2005. - Vol.62. - №2. - P.260-264.



КЫРГЫЗСТАН ХИРУРГИЯСЫ



- Организация хирургической службы
- Вопросы общей и частной хирургии
- В помощь практическому врачу
- Обзоры
- Рецензии
- Протоколы заседаний Ассоциации хирургических обществ

№3
2010 г.

ХИРУРГИЯ КЫРГЫЗСТАНА

**выпуск номера журнала посвящен памяти
Заслуженного врача Кыргызской Республики
У.Ш. Галиева**

СОДЕРЖАНИЕ

История медицины

Усупбаев А.Ч. Галиев Урпек Шаршебаевич - жизнь во благо народа и здравоохранения Кыргызстана (к 75-летию со дня рождения)	3
---	---

Воспоминания коллег	7
---------------------------	---

Вопросы урологии

Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Адиев А.Т., Колесниченко И.В., Боталаев Б.А. К вопросу оперативного лечения нейромышечной дисплазии мочеочника	9
--	---

Усупбаев А.Ч., Монолов Н.К., Зарылбеков Н.З. Пневматическая уретеролитотрипсия и цистолитотрипсия	12
--	----

Усупбаев А.Ч., Казымбеков К.Р. Опыт применения комплексной противовоспалительной терапии при оперативном лечении стриктур уретры	14
--	----

Усупбаев А.Ч., Жаныбаев К.А. Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией мочеполовой системы и других органов	16
--	----

Усупбаев А.Ч., Качиева А.А., Катаниди К.Ю. L-карнитин (Картан) в лечении анемии на фоне ХПН	21
--	----

Усупбаев А.Ч., Байсалов М.К., Рысбаев Б.А., Хакимходжаев З.Ш. Применение фитопрепаратов при патозооспермии	24
---	----

Садырбеков Н.Ж. Об этиопатогенезе развития гидроцеле	25
---	----

Садырбеков Н.Ж. Влияние гормонов и половых инфекций на фертильность у супругов, состоящих в бесплодном браке	27
--	----

Чернецова Г.С., Чернецов О.Н. Лечение аденомы предстательной железы и хронического простатита Афалой	29
---	----

Чернецова Г.С., Чернецов О.Н. Опыт лечения острых воспалительных заболеваний мочеполовой системы препаратом Роцефин	32
---	----

Чернецова Г.С., Алимов Ч.Б. Результаты катamnестического обследования женщин с недержанием мочи после хирургического лечения	35
--	----

Мамбетов Ж.С., Турашев М.Т. Клинико-функциональное состояние почек у больных с нефроптозом	38
---	----

Мамбетов Ж.С., Турашев М.Т. К вопросу изучения нефроптоза	41
--	----

Жумагазиев Т.С., Мамбетов Ж.С., Орозалиев К.Ш. Морфологическое исследование и стандартизация ведения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	43
---	----

Нусратуллоева М.И., Дабуров К.Н. Метафилактика рецидивирования мочекаменной болезни диетотерапией	44
--	----

Саъдулов Ф.С., Дабуров К.Н. Внутрибольничные инфекции в ЛПУ Таджикистана: проблемы и пути их решения	49
Усупбаев А.Ч., Мырзалиев Ж.С., Стамбекова К.Н., Дауров Ш.Ю. Лечение мочевого микоплазмоза до и после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы	52
Колесниченко И.В. Комплексный подход к лечению цисталгии у женщин в постменопаузе	56
Рысбаев Б.А., Байсалов М.К. Опыт применения м-холиноблокатора Везикар при недержании мочи	58
Усупбаев А.Ч., Лим Е.Ю. Методы диагностики заболеваний предстательной железы и их информативность	60
Арбаналиев М.К. Клинико-функциональная характеристика энуреза в возрастном аспекте при дисфункции мочевого пузыря у детей	63
Вопросы хирургии	
Сопуев А.А., Орозобеков Б.К., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч., Маматов Н.Н., Ибрагимов У.К. Анализ результатов диагностики и тактики лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью	67
Сундетов М.М. Аплазия доли легкого	71
Ешмуратов Т.Ш. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза левого легкого и печени	74
Монокбаев Э.К., Адамалиев К.А., Анарбаев А.А. Алгоритмы трехэтапной системы диагностики диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей	77
Монокбаев Э.К., Адамалиев К.А., Анарбаев А.А. Дифференцированные подходы к профилактике и лечению ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей	82
Обзоры	
Талипов Н.О. Применение препаратов группы 5- нитрофуранов в лечении гнойных ран	87

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА

Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Адиев А.Т., Колесниченко И.В., Боталаев Б.А.

Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ КР, г. Бишкек

В статье отражена техника усовершенствования методики оперативной коррекции нейромышечной дисплазии мочеоточника и ее эффективность.

Ключевые слова: аномалия мочеполовой системы, нейромышечная дисплазия мочеоточника, оперативное лечение.

THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT URETHRAL NEUROMUSCULAR DYSPLASIA

Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Adiev T.T., Kolesnichenko I.V., Botalaev B.A.

Urethral neuromuscular dysplasia (UND) – specific condition among congenital abnormalities of urinary tract system, due to the surgical treatment of this problem is still opened. In literature seasonly meet publications of the authors, indicating about result of the surgical correction of UND. However, there is no definite ways to solve the problem. This is because of unsatisfied results of existing reconstructive surgical techniques. In this article we wanted to share our technical approaches in UND correction.

В структуре врожденных аномалий мочеполовой системы нейромышечная дисплазия мочеоточника (НМЦ) занимает особое положение, поскольку, до настоящего времени вопросы оперативного лечения остаются дискуссионными и открытыми [3,5,6]. В литературе периодически встречаются сообщения авторов, указывающих о результатах хирургической коррекции НДМ [1,2,4]. Однако, до сих пор урологи не пришли к единому решению этой проблемы из-за неудовлетворительных результатов реконструктивно-пластических операций на мочевых путях.

В связи с этим, мы в своей работе хотели поделиться разработанными тактико-техническими подходами коррекции НДМ на конкретных клинических материалах.

Цель: улучшение результативности хирургической коррекции нейромышечной дисплазии мочеоточника, на основе совершенствования методов реконструктивно-пластических вмешательств.

Материал и методы. В научном центре урологии НГМЗКР за период с 2007 по 2009 года нами были произведены 5 реконструктивно-пластических операций по поводу нейромышечной дисплазии

мочеоточника, среди которых 2 пациента с мегауретером 1 стадии и 3 пациента с мегауретером 2 стадии. По половой принадлежности мужчин - 3, женщин - 2.

Все больные прошли общеклинические исследования: развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Были произведены УЗИ внутренних органов, рентгенологические и инструментально-эндоскопические исследования (обзорная и экскреторная урограмма, компьютерная томография).

В разделе о результатах и обсуждениях мы подробно остановились на методике усовершенствования оперативной коррекции НДМ.

Под эндотрахеальным наркозом производили клюшкообразный разрез подвздошной области. После рассечения апоневроза и мышц, забрюшинно выделялся резко расширенный мочеоточник (рис.1). Он отделялся от спаек, стремясь максимально сохранить так называемую «брыжейку» - сосудисто-нервные пучки мочеоточника. Далее мочеоточник освобождали до интрамурального отдела, где производили отсечение. Дефект ушивался наглухо.

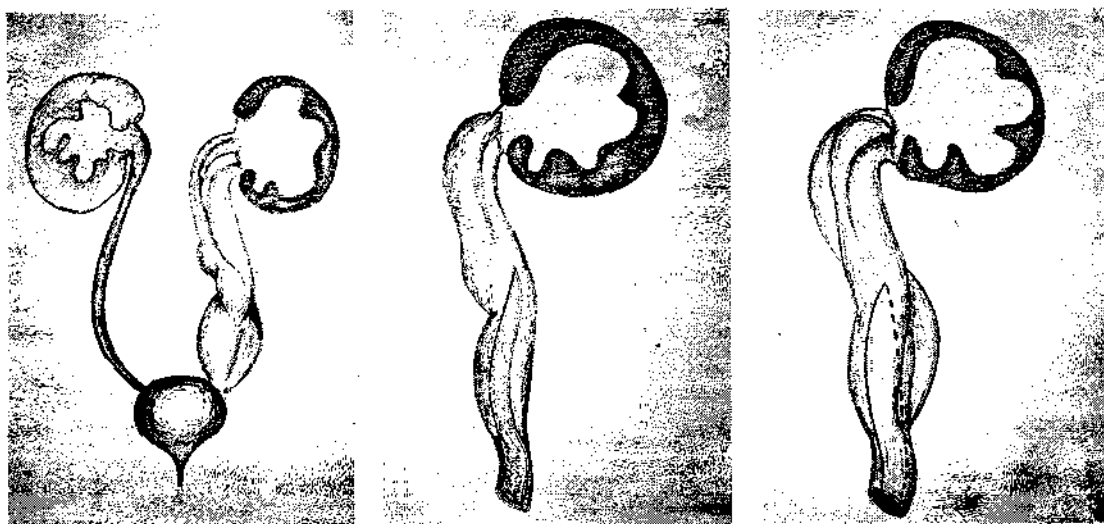


Рис. 1. Этапы мобилизации мочеточника на стороне поражения

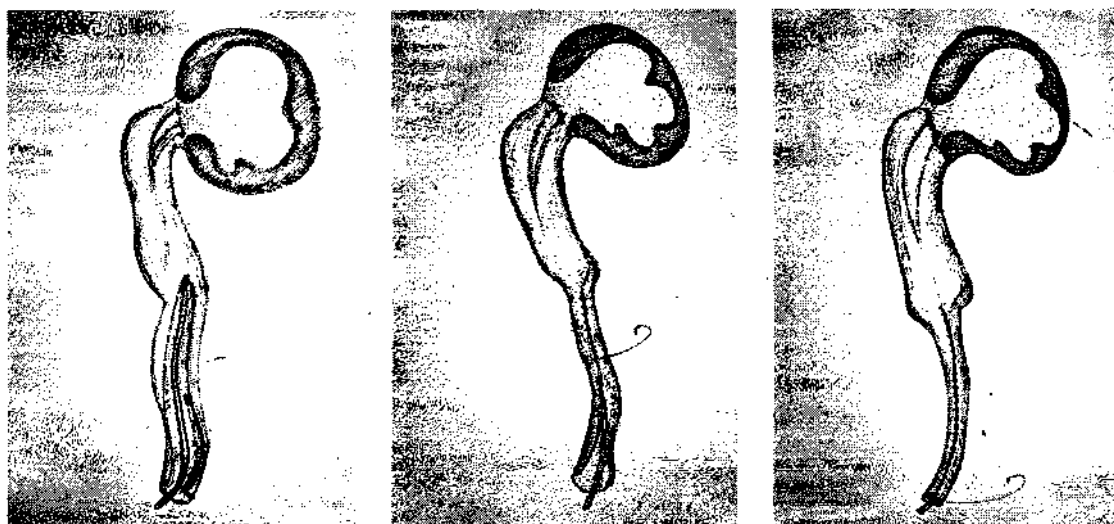


Рис. 2. Этапы реконструкции дилатированного мочеточника

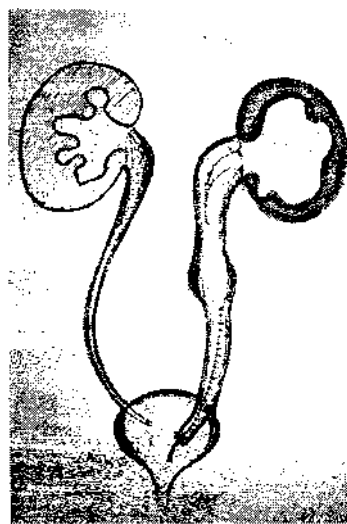


Рис. 3. Уретероцистонеоанастомоз по антирефлюксной методике по Политано-Лидбеттеру



Рис.4. Экскреторная урография до и после операции

Мочевой пузырь ушивался, оставляя эпицистостому и уретральный дренаж Фоллея. В забрюшинное пространство устанавливалась страховая дренажная трубка. Накладывались послойные швы на рану. В послеоперационном периоде на 3 день удалялся уретральный дренаж, на 7-9 день - эпицистостома, на 14 день - страховый дренаж, на 21-30 сутки полускрытый дренаж (или мочеточниковый стэнд-катетер). Пациенты выписывались на 21-22 сутки без осложнений.

Результаты хирургического лечения мы определяли с помощью экскреторных урограмм, при которых сравнивалась выделительная функция почек до и после коррекции, а также производилось контрольное УЗИ (рис. 4). Мочеточник дренировали силиконовым дренажем или специальным мочеточниковым стэнд-катетером № 12 (рис.4). Начиная от дистального разреза мочеточника, накладывали непрерывный вворачивающийся шов викрилом № 3-0 до проксимального отдела, оставляя дренаж внутри формирующегося мочеточника. Далее поверх вворачивающегося шва были наложены узловые серо-серозные швы на всем протяжении викрилом № 5-0. После формирования мочеточника вскрывали мочевой пузырь, производили уретероцистонеоанастомоз по антирефлюксной методике по Политано-Лидбеттеру (рис.3).

Производили максимальную мобилизацию мочеточника в проксимальном направлении. Далее, линейным разрезом в продольном направлении равномерно с обеих сторон скальпелем отсекались края мочеточника от 12 до 17 см (для более ровного сопоставления краев мочеточника), оставляя полоску до 2,5 см. В дистальном отделе оставляли клиновидный разрез (рис.2).

Таким образом, предложенный нами усовершенствованный метод наложения непрерывного вворачивающегося шва на всем протяжении мочеточника позволяет восстановить нормальное сечение на всем его протяжении, что в свою очередь обеспечивает адекватную уродинамику из верхних мочевых путей.

Литература

1. Авайзян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек и мочеточников. - М., 1988. - С. 324-350.
2. Ерохин А.П. Осложнения при оперативном лечении мегауретера у детей // Урол. и нефрол. - 1982. - №2. - С. 11-15.
3. Лопаткин Н.А., Житникова Л.Н. Мегауретер - понятие и классификация. - Л., 1981. - С. 9-12.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. - М., 1990. - 208с.
5. Лопаткин Н.А. Нейромышечная дисплазия мочеточника // Урол. и нефрол. - 1971. - №5. - С.35-40.
6. Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. - М., 1972. - С. 129-130.

ISSN № 1995-5871 (print)
ISSN № 2415-7414 (online)



КАЗАХСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ НЕПРЕРЫВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

АМДБЖИ ХАБАРШЫ

Тоқсан сайын шығатын ғылыми-тәжірибелік
журнал № 1, 2018

Вестник АТИ

Ежеквартальный

научно-практический

журнал №1, 2018

Herald ASIAME

Quarterly Scientific and Practical Journal № 1, 2018

VESTNIK



СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Джаланова А.Ш., Лихачева Н. Е., Лепесова М.М.</i> Первичная диагностика психоречевой задержки у детей в возрасте 3 - 5 лет (обзор).....	6
<i>Рамазанова Р.М., Бегалиева Б.А., Султангазиева Г.Ж., Жолдасова Р.Ж.</i> Проспективное исследование лечения множественной миеломы по схеме VCP	11
<i>Кузгибекова А.Б., Смагулова И.Б., Варушкин Э.Г.</i> Особенности заболевания желудочно-кишечного тракта у пациентов детской городской больницы г.Караганды	17
<i>Маллен А., Бутрос Г., Нургалиева Ж., Абзалиев К., Болекбаева А., Ережепова Ж.</i> Классификация клинических стадий легочной артериальной гипертензии, ассоциированной с врожденным системно-легочным шунтированием у детей	20
<i>Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Кузбаев Р.Е.</i> Хирургическая коррекция у пациентов с гипоспадией в Кыргызстане за 2004 - 2017 гг.	24
<i>Алиев М.А., Мирзабаев М.Д., Аглаков Б.М., Мустафинов Д.Б., Жалтаев Д.А.</i> Оценка лечения заднего межтелового спондилодеза пояснично-крестцового отдела позвоночника	30
<i>Енсебаев Е.Ж., Шарипова К.К., Байгаскинов Ж.К., Шолох П.И., Абдрахманова А.А., Жанбырбекулы У.Ж., Айнаев Е.И.</i> Диагностические критерии уродинамического исследования у женщин с недержанием мочи	35
<i>Мирзабаев М.Ж., Дюсембеков Е.К., Алиев М.А., Халимов А.Р., Аханов Г.Ж., Николаева А.В.</i> Опыт лечения хронической субдуральной гематомы у лиц пожилого и старческого возраста	41
<i>Рамазанова Р.М., Бегалиева Б.А., Султангазиева Г.Ж., Жолдасова Р.Ж.</i> Результаты применения Ботрезомиба в комбинации с Дексаметазоном в первой линии терапии множественной миеломы	46

Раздел II. УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

<i>Абдирова Т.М.</i> Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор)	51
<i>Шамсутдинова А.Г., Касымжанова М.К., Юшкевич К.</i> Соблюдение биоэтических принципов в психиатрической практике (обзор)	63

Раздел III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

<i>Абзалиев К.Б., Шахметова К.С., Белтенова А.Г., Данияров Н.Б., Сайдалин Д.М., Турганбеков Г.Т., Нурлан Д.Т., Тураманов А.А.</i> Формирование у молодых кардиохирургов навыков по вязанию хирургических узлов	75
Информация для авторов	81

УДК 616-053.2-616.64(575.2)

А. Ч. УСУПБАЕВ¹, Р. М. КУРБАНАЛИЕВ^{1*}, Р. Е. КУЗЕБАЕВ¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОСПАДИЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ ЗА 2004 - 2017 гг

АННОТАЦИЯ

В настоящее время лечение гипоспадии остается наиболее сложной и до конца нерешенной проблемой для реконструктивной хирургии. Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют, что частота осложнений в послеоперационном периоде достигает 50 % и более.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и оперативного лечения 195 больных в возрасте от 3 до 31 лет за период с 2004 по 2017 год. Критерии включения: мальчики со стволовой, стволо-мошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. В зависимости от выбора пластического материала и типа выполненной операции пациенты были разделены на три группы. В послеоперационном периоде в основной группе пациентов с помощью разработанного нами катетера производили инстилляцию просвета неоуретры антисептическими растворами.

Результаты: при анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее: в основной группе осложнения встречались у 10,0% больных, во второй группе пациентов, оперированных методом Дюплей частота осложнений составила 28,5% и в группе больных, оперированных методом Ландерера процент осложнений, составил 24,6%.

Заключение. Операция буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося шва и разработанный катетер для инстилляции неоуретры позволила довести до положительного результата в 90% случаях в сравнении с операцией Дюплей (успех до 71,5%) и Ландерера (успех 75,4%).

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика.

Гипоспадия - врожденный порок развития наружных половых органов и уретры у мальчиков, представляющий собой недоразвитие мочеиспускательного канала, соответствующей дистопией наружного отверстия уретры и сопровождающийся искривлением полового члена в вентральную сторону, нарушением мочеиспускания и половой функции [1,2].

Впервые термин «гипоспадия» был введен Галеном (132- 201 гг. н.э.). Термин *hypospadi* исходит от греческого *hupo* - книзу, *spadon* - трещина или разрыв, то есть нижняя расщелина мочеиспускательного канала [3,4]. Причины, приводящие к гипоспадии, являются многофакторными: генные мутации, эндокринные и экологические факторы, действующие на плод в период развития мочеполовой системы с 7 по 14 неделю эмбрионального развития [5,6].

В настоящее время не существует единого мнения об оптимальном сроке и возрасте хирургической коррекции гипоспадии. Согласно рекомендации Секции урологов Американской академии педиатрии, оптимальное время для плановой операции на половых органах составляет от 6 до 18 месяцев жизни [7,8].

Многие отечественные хирурги стремятся закончить оперативное лечение гипоспадии в 3- 5 лет, к моменту поступления ребенка в школу, поскольку дети рано замечают ненормальное строение половых органов и у них развиваются комплекс неполноценности.

В последующем у таких детей во взрослой жизни возникают проблемы с половой жизнью [9,10].

Лечение гипоспадии остается наиболее сложной и до конца нерешенной проблемой для реконструктивной хирургии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, проведенный анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что частота осложнений в послеоперационном периоде достигает 50 % и более [11,12].

По мнению большинства исследователей, основные причины осложнений при хирургической коррекции гипоспадии – это широкая вариабельность клинических форм аномалий и многообразие методических подходов при хирургическом лечении порока [13,14]. В настоящее время существуют следующие группы оперативных вмешательств: двухэтапные, одноэтапные, которые производятся местными тканями, трансплантатами на сосудистой ножке, свободными трансплантатами. Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки и нельзя предложить унифицированный подход для всех больных [15,16].

В сообщениях последних лет прослеживается широкое применение трансплантатов из слизистой оболочки полости рта (щеки или нижней губы) для реконструкции уретры. В конце 19-го века впервые была использована слизистая оболочка полости рта для уретропластики русским хирургом Сапежко К. М. В 1894

году Сапсжко К. М. опубликовал случаи успешной уретропластики с использованием слизистой оболочки полости рта у больных с протяженной стриктурой уретры [17,18].

Материалы и методы:

Работа основана на анализе результатов обследования и оперативного лечения 195 больных в возрасте от 3 до 31 лет за период с 2004 по 2017 год (табл.1). Критерии включения: мальчики со стволовой, стволомошоночной и мошоночной формой гипоспадии уретры. Тематический набор больных осуществлялся в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Киргизской Республики.

Таблица 1. Возрастной состав пациентов с гипоспадией.

Возраст (лет)	1 группа	2 группа	3 группа
3-8	4 (6,6%)	36 (51,4%)	20 (30,8%)
9-15	25 (41,7%)	23 (32,8%)	31 (47,6%)
16-18	20 (33,4%)	8 (11,5%)	9 (13,9%)
19 и старше	11 (18,3%)	3 (4,3%)	5 (7,7%)
Всего	60 (100%)	70 (100%)	65 (100%)

Как видно из таблицы 1. средний возраст больных с гипоспадией в первой группе составил $14,9 \pm 4,8$ лет, во второй группе – $9,3 \pm 4,4$ лет и в третьей группе средний возраст пациентов составил $11,4 \pm 4,8$ лет. Распределение больных по клиническим формам гипоспадии представлено в таблице. 2. Во всех группах преобладали пациенты со стволовой формой гипоспадии, значительно меньше пациентов со стволомошоночной формой гипоспадии. Мошоночная гипоспадия регистрировалась только у пациентов первой и третьей группы.

Таблица 2. Клинические формы гипоспадии.

Формы гипоспадии	Первая группа (n=60)		Вторая группа (n=70)		Третья группа (n=65)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стволовая	31	51,6	58	82,8	17	26,1
Стволомошоночная	25	41,7	12	17,2	39	60,0
Мошоночная	4	6,7			9	13,9

В зависимости от выбора пластического материала и типа выполненной операции пациенты были разделены на три группы (табл. 3.).

Таблица 3. Распределение больных по группам

Группы	Методы операции	Количество больных (n=195)
Первая (основная) группа	Буккальная уретропластика (Патент КР №1414)	60 (30,8%)
Вторая группа	Операция по Дюплею	70 (35,8%)
Третья группа	Операция по Ландереру	65 (33,4%)

В основной группе у 41 больного уретропластика произведена до головки полового члена и учитывая дефицит пластического материала, 19 пациентам пластика уретры произведена лишь до венечной борозды полового члена. Во 2-й группе учитывая дефицит пластического материала, 34 пациентам пластика уретры произведена лишь до венечной борозды полового члена, у 36 пациентов меатус формировали на головке полового члена. В 3-й группе у 36 больных уретропластика произведена до головки полового члена и 29 пациентам пластика уретры произведена лишь до венечной борозды полового члена.

Ведение пациентов в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде пациенты всех 3х групп получали уроантисептики и парентеральную антибактериальную терапию в возрастной дозировке (предпочтение отдавалось цефалоспорином II-III поколения и фторхинолонам). При возникновении дискомфорта или болевого синдрома назначались ненаркотические анальгетики в возрастной дозировке, по мере необходимости наркотические анальгетики.

В основной группе пациентов с помощью разработанного нами катетера (Патент КР №1670) в послеоперационном периоде производили орошения просвета неоуретры антисептическими растворами: раствор фурацилина 1:5000 - 3 раза в день и раствор антибиотика - гентамицина-80мг 2 раза в день. Данная процедура выполнялась для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в неоуретре и создания оптимальных условий для приживания буккального трансплантата.

Результаты и обсуждение: Оценку результатов уретропластики в раннем послеоперационном периоде проводили с момента операции до 6 месяцев и в отдаленном послеоперационном периоде от 1 года до 2 лет.

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее, нами были отмечены как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения. Большая часть осложнений возникла в течение 6 месяцев послеоперационного периода. Следует отметить, что общее число осложнений было выше в раннем послеоперационном периоде.

В основной группе осложнения встречались у 10,0% больных, во второй группе пациентов, оперированных методом Дюплей частота осложнений составила 28,5% и в группе пациентов, оперированных методом Ландерера процент осложнений, составил 24,6%. В таблице 4. представлены послеоперационные осложнения у пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу гипоспадии.

Таблица 4. Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнения	1 группа (n=60)	2 группа (n=70)	3 группа (n=65)
Уретрит		4 (5,7%)	3 (4,6%)
Свищи уретры	4 (6,6%)	13 (18,5%)	8 (12,3%)
Рост волос в уретре			2 (3,1%)
Меатостеноз	2 (3,4%)	3 (4,3%)	3 (4,6%)
Всего	6 (10,0%)	20 (28,5%)	16 (24,6%)

Анализ частоты и структуры послеоперационных осложнений свидетельствует о достаточно высокой их распространенности, с выраженным превалированием свищей уретры, которые возникли в раннем послеоперационном периоде. В первой группе пациентов, оперированных по методике буккальная уретропластика осложнения в виде свища уретры встречались в раннем послеоперационном периоде с момента удаления уретрального катетера до 6 месяцев у 4 (6,6%) больных, во второй группе пациентов, оперированных методом Дюплея, свищи неоуретры выявлены у 13 (18,5%) пациентов и в третьей группе больных, которым производили операцию Ландерера, свищи уретры встречались у 8 (12,3%) больных.

Инфекционно-воспалительные осложнения в виде уретрита в основной группе пациентов не наблюдались, во второй группе больных инфекционно-воспа-

лительные осложнения развились у 4 (5,7%) больных, в третьей группе пациентов уретрит возник у 3 (4,6%) пациентов.

В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов основной группы наблюдался меатостеноз у 2 (3,7%) больных, во 2-й группе стеноз наружного отверстия уретры встречали у 3 (4,9%) больных и в 3-й группе меатостеноз встречали у 3 (5,2%) пациентов. Так же у пациентов 3-й группы при обследовании у 2 (3,5%) пациентов, которым в качестве пластического материала использовали кожу мошонки в отдаленном послеоперационном периоде, наблюдали характерное осложнение для этой группы пациентов рост волос в просвете уретры.

Сроки удаления катетера варьировали от 12 до 18 суток. Длительность дренирования определялась течением послеоперационного периода. В большинстве случаев уретральный катетер удалялся на 14 сутки послеоперационного периода (таблица 5.). После восстановления адекватного акта мочеиспускания удаляли троакарную цистостому.

Таблица 5. Сроки удаления уретрального катетера.

Группы пациентов	Сроки удаления уретрального катетера (сутки после операции)
1-я группа	13,3±0,95
2-я группа	15,9±1,5
3-я группа	16,0±1,4

Более благоприятное течение послеоперационного периода после буккальной уретропластики с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва, где применялся разработанный нами уретральный катетер для инстиляции неоуретры и способствовал уменьшению длительности пребывания

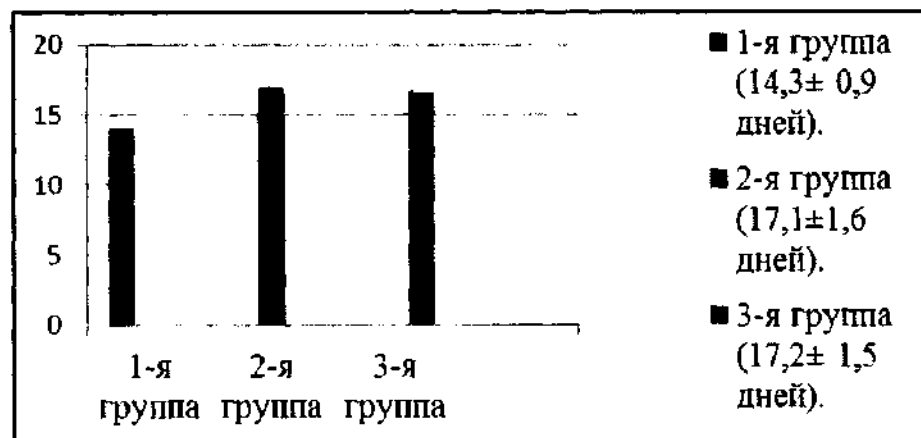


Диаграмма 1. Послеоперационное пребывание больных в стационаре.

больных в стационаре. Итак, согласно нашим данным койко-день у пациентов основной группы колебался от 13 до 15 суток, составляя в среднем $14,3 \pm 0,9$ дней. После операции Дюплей и Ландерера где применяли для отведения мочи уретральный катетер Нелатона длительность пребывания больных в стационаре была существенно выше и колебалась в пределах от 16 до 21 дней. Койко-день в среднем составил при операции Дюплея $17,1 \pm 1,6$ дней и при операции Ландерера $17,2 \pm 1,5$ дней (диаграмма 1.).

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 года до 2 лет у 172 (88,2%) пациентов. В основной группе отдаленные результаты прослежены у 54 (90%) пациентов, во второй группе на контрольный осмотр пришли 61 (87,1%) пациента и в третьей группе отдаленные результаты прослежены у 57 (87,6%) пациентов.

По данным урофлоуметрии в отдаленном периоде 1,5-2 года после операции (табл.6.) наиболее частое снижение потока мочи мы наблюдали у больных после уретропластики по методу Ландерера, из-за роста волос в просвете неоуретры. Из 57 обследованных больных у 5 (8,7%) мочеиспускание по обструктивному типу и у 18 (31,6%) Q_{max} снизился до минимального значения номограммы. У пациентов, оперированных методом Дюплей мочеиспускание по обструктивному типу наблюдалось у 3 (4,9%) больных, снижение Q_{max} до минимального значения номограммы у 26 (42,7%) больных. В основной группе пациентов мочеиспускание по обструктивному типу регистрировалось только у 2 (3,7%) пациентов. Снижение Q_{max} до минимального значения номограммы регистрировали у 10 (18,5%) пациентов. В основной группе пациентов лучшие результаты, на наш взгляд обусловлены из-за буккальной уретропластики с применением непрерывного вворачивающегося шва в результате чего формируется неоуретра соответствующего диаметра без натяжения тканей.

Таблица 6. Показатели Q_{max} в отдаленном послеоперационном периоде.

Показатели урофлоуметрии	Группы пациентов		
	1-я (n-54)	2-я (n-61)	3-я (n-57)
Q_{max} в пределах возрастных нормативов	42 (77,8%)	32 (52,4%)	34 (59,7%)
Q_{max} в пределах минимального значения номограммы	10 (18,5%)	26 (42,7%)	18 (31,6%)
Обструктивный тип урофлоуметрии	2 (3,7%)	3 (4,9%)	5 (8,7%)

Косметические результаты у пациентов оценивали объективным критерием внешнего вида полового члена, производимым хирургом и по нормальным показателям урофлоуметрии. В 1-ой группе больных получены наилучшие результаты, хороший косметический результат получен у 72,2 % больных, удовлетворительные результаты у 13 (24,1%) больных и неудовлетворительные результаты выявлены у 2 (3,7%) пациентов. Во 2-ой группе хороший косметический результат получен у 30 (49,2%) пациентов, удовлетворительный результат у 28 (45,9%) и неудовлетворительный косметический результат выявлен у 3 (4,9%) пациентов. В 3-ей группе хороший косметический результат получен у 57,9%, удовлетворительный результат у 19 (33,4%) и неудовлетворительный результат зарегистрирован у 5 (8,7%) пациентов.

Таблица 7. Косметический результат операции.

Группы больных	Косметический результат операции			Всего
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1-я (N=54)	39 (72,2%)	13 (24,1%)	2 (3,7%)	54
2-я (N=70)	30 (49,2%)	28 (45,9%)	3 (4,9%)	61
3-я (N=55)	33 (57,9%)	19 (33,4%)	5 (8,7%)	57

Заключение: Таким образом, можно констатировать, что при буккальной уретропластике с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва и при использовании в послеоперационном периоде разработанного катетера для инстилляции неоуре-

тры отмечается достоверно меньшая частота развития послеоперационных осложнений в сравнении с операцией Дюпюиля и Ландерера. При проведении хирургического вмешательства мы получили положительные результаты при буккальной уретропластике с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва (Патент КР №1414) до 90%. Эффективность буккальной уретропластики по данным Гамидова С. И. (2016) и Barbagli G. (2012) составляет от 83 до 85

% [19,20]. По данным исследования Пушкарь Д. Ю. (2012) и Foinquinos R. C. (2007) успешность данного метода составляет 90 % и выше [21,22].

Проведенные нами исследования наглядно показывают, что необходимо активно внедрять новые, более эффективные методики коррекции пациентов с гипоспадиями и совершенствовать тактику ведения больных в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деревянко Т.И., Деревянко И. М. Редкий и малоизвестный вариант гипоспадии // Урология и нефрология. - 1998. - №4. - С. 45-46.
2. Майлыбаев Б. М., Лозовой Б. М., Ботабаева А. С., и соавт. Коррекция гипоспадии у детей // BULLETIN of the International Scientific Surgical Association. -2007. - №1. - С. 81-82.
3. Буркин А.Г., Яцык С.П., Шарков С.М и соавт. Применение противорубцовых препаратов в комплексной терапии осложненной гипоспадии // Педиатрическая фармакология. - 2009. - №6. - С. 104-105.
4. Kampouroglou G. Hypospadias pathophysiology and treatment principles, not as recent as we think // General Health and Medical Sciences. -2014. - №1. - Р. 1-2.
5. Меновщикова Л. Б., Коварский С.Л., Калинин Н. Ю., Ташпулатов Б. К. Эндокринные аспекты лечения гипоспадии у детей // Андрология и генитальная хирургия. -2010. - №3. - С. 84-89.
6. Snodgrass W., Antonio Macedo., et al. Hypospadias dilemmas: A round table // Journal of Pediatric Urology. -2011. - Xx, P. 1-13.
7. Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Сайедов К. М. Выбор метода коррекции проксимальной гипоспадии в детском возрасте// Экспериментальная и Клиническая Урология. -2014. - №1. С. 81-87.
8. Bae S. H., Lee J. N., et al. Urethroplasty by Use of Turnover Flaps (Modified Mathien Procedure) for Distal Hypospadias Repair in Adolescents: Comparison With the Tubularized Incised Plate Procedure// Korean J. Urol. - 2014;55, P. 750-755.
9. Володько Е.А., Бровин Д.Н., Романов Д.В., Окулов А.Б. Диагностика ложного гермафродитизма у детей с гипоспадиями// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2006. - №2. С. 58-62.
10. Болотова Н.В., Шарков С.М., Коновалова О.Л. Психологические нарушения у мальчиков с корригированной гипоспадией// Российский Педиатрический Журнал. -2015. - №1. - С. 20-24.
11. Каганцов И. М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей// Казанский медицинский журнал. - 2012. - №2. - С. 255-260.
12. Badawy H. Fahmy A. Single- vs. multi-stage repair of proximal hypospadias: The dilemma continues// Arab Journal of Urology. -2013. - №11. - P.174-181.
13. Коган М.И., Митусов В.В., Шангичев В.А., Сизонов В.В. Классификация осложнений уретропластики при гипоспадии// Урология. -2010. - №1. - С. 17-21.
14. Gollu G., Kucuk G., Karabulut A. A., Yagmurcu A., Cakmak. M. A Complication in Hypospadias Surgery Due to Anchoring Suture// Eurasian J.Med. - 2015; - № 47. - P.155-157.
15. Лозовой В.М., Лозовая Е.А., Нугуманова А.К. Хирургическое лечение осложнений первичной коррекции гипоспадии// Астана Медициналык Журналы. -2011. - №5. - С. 60-62.
16. Жаркимбаева А. Д., Джосембаев А. А., Аубакиров М. Т. и соавт. Совершенствование способа лечения дистальных форм гипоспадии у детей// Наука и здравоохранение. - 2014. - №6. - С. 84-86.
17. Файзулин А. К., Поддубный И. К., Кононов А. В. и соавт. Пластика мочеиспускательного канала с использованием аутологичных кератиноцитов на биodeградирующем матриксе у детей с проксимальными формами гипоспадии// Андрология и генитальная хирургия. - 2016. - №2. - С.85-97.
18. Aldabbagh M. H. Evaluation of Snodgrass Technique in the Management of Hypospadias in Heevi Hospital// Duhok Med. J. - 2011. - №1. - P.41-49.
19. Гамидов С. И., Овчинников Р. И., Попова А. Ю., и соавт. Современные направления хирургического лечения осложнений первичной уретропластики при гипоспадии// РМЖ Урология. -2016. - №8. - С. 491-494.
20. Barbagli G., Salvatore Sansalone, Rados Djinovic, and Massimo Lazzeri / Surgical Repair of Late Complications in Patients Having Undergone Primary Hypospadias Repair during Childhood: A New Perspective// Adv Urology. -2012, Article ID 7D5212.

ВЕСТНИК



*Кыргызско-Российского
Славянского университета*



2017

Том 17, № 7

УДК 616.6/62-003.7-036.22

ТЕНДЕНЦИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Б.М. Султанов, И.В. Колесниченко, Р.М. Курбаналиев, А.Т. Адиев

Рассматриваются вопросы эпидемиологии и метафилактики пациентов с мочекаменной болезнью на фоне внутривнепочечного строения лоханки, оперированных методом аутопластики лоханочно-мочеточникового сегмента.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; аутопластика; эпидемиология; метафилактика; внутривнепочечная лоханка.

TRENDS IN EPIDEMIOLOGY AND METAPHYLAXIS UROLITHIASIS

B.M. Sultanov, I.V. Kolesnichenko, R.M. Kurbanaliev, A.T. Adiev

The article discusses the questions of epidemiology and metaphylaxis patients with urolithiasis in the background intrarenal pelvis structure operated by autoplasty ureteropelvic segment.

Keywords: urolithiasis; autoplasty; epidemiology; metaphylaxis; intrarenal pelvis.

Введение. Высокая распространенность мочекаменной болезни (МКБ) в популяции, достигающая показателей около 5 % населения индустриально развитых стран, в течение многих десятилетий стимулирует поиск эффективных механизмов метафилактики и развитие новых технологий оперативного лечения [1].

Социальная значимость уrolитиаза в последние годы обретает новую актуальность в связи с глобальными изменениями состояния здоровья населения планеты, что приводит к увеличению частоты МКБ и составляет 8,8 % – у мужчин и 5,6 % – у женщин в группе 65–69 лет по сравнению с 3,7 и 2,8 %, соответственно, в группе 30–34 года [2].

Таким образом, мы сталкиваемся со ставшей очевидной в последние годы тенденцией к росту МКБ в наиболее социально-активных группах населения.

По данным исследования эпидемиологии МКБ, частота уrolитиаза в США, Италии, Германии, Испании, Японии за последние 20 лет удвоилась, при этом именно в последние годы наблюдается наиболее драматический рост этого показателя [3].

Частота распространения уrolитиаза многие годы была главным предметом изучения в Кыргызской Республике. В последние два десятилетия

появился интерес к заболеваемости уrolитиазом из расчета числа заболевших на 10 тыс. населения. Этот показатель в Кыргызстане составил 102 пациента в 2001 г. и 169 – в 2011 г. [4, 5].

Фундаментальными причинами такой динамики являются изменение образа жизни и питания людей, находящие свое выражение в эпидемии метаболических нарушений [6, 7], и глобальные климатические изменения [8].

Одновременно с вышеуказанным, недостаточное внимание уделяется вопросам метафилактики МКБ. Без адекватной метафилактики в течение 5 лет почти у половины больных рецидив камнеобразования составляет 60 % уже спустя 3 года после удаления первичного камня.

Материалы и методы. Исследования выполнены на базе Республиканского научного центра урологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (РНЦУ при НГ МЗ КР).

Под наблюдением находились 25 больных с МКБ на фоне внутривнепочечного развития лоханки, оперированных методом аутопластики парietальным листком влагалищной оболочки яичка.

Пациенты, госпитализированные в урологические отделения, обследованы по стандартному диагностическому алгоритму: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, ультразвуковое сканирование верхних мочевыводящих

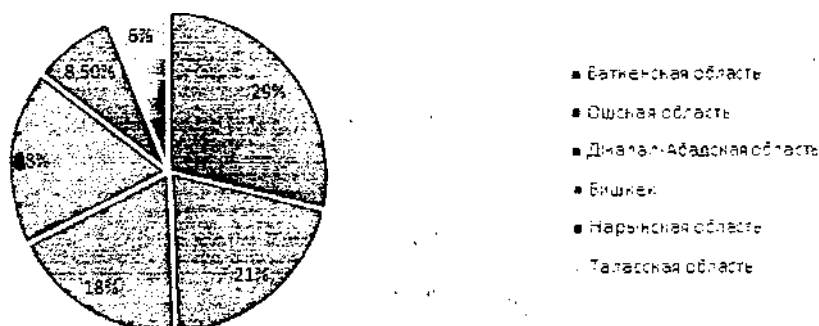


Рисунок 1 – Эпидемиология оперированных больных с МКБ по разработанной методике

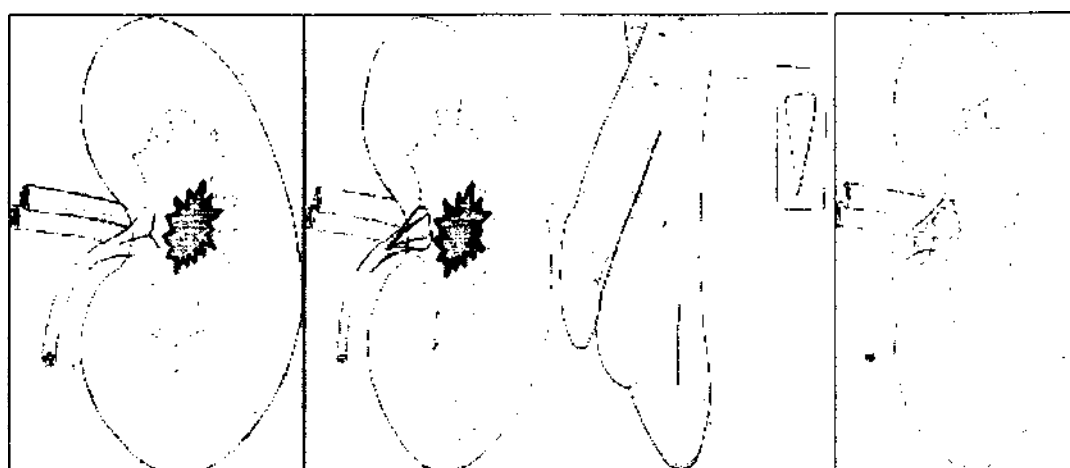


Рисунок 2 – Аутопластика внутрипочечной лоханки парietальным листком влагалищной оболочки яичка

путей с доплерографией сосудов почек, рентгеноурологические исследования.

Оценивая эпидемиологические критерии у оперированных больных нашей республики, мы выявили, что большинство пациентов с уролитиазом являются уроженцами южных регионов республики – 68 %, что связано с климатическими условиями внешней среды, образом жизни, метаболическим синдромом и хроническими воспалительными заболеваниями органов мочевыводящих путей (рисунок 1).

Результаты исследования. Целью хирургического лечения на внутрипочечной лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте считаются те радикальные операции, которые бы предусматривали одновременно восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями, приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы, ликвидацию вторичного камнеобразования в почках.

В РНЦУ при НГ МЗ КР разработан метод аутопластики внутрипочечной лоханки парietальным листком влагалищной оболочки яичка на фоне МКБ (рисунок 2).

Этапы хирургического лечения:

1. Люмботомия. Задняя субкортикальная люмботомия. Уретеролиз. Пиелолиз. Стентирование почки.

2. Резекция влагалищной оболочки яичка.

3. Пластика лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента парietальным листком влагалищной оболочки яичка (модификация клиника).

Проанализированы результаты лечения 15 больных, оперированных по разработанной методике, в катамнестические сроки до 3 лет.

При этом удовлетворительные результаты получены у 15 пациентов (100 %), у 3-х больных (15 %) отмечено истечение мочи пострахому дренажу, прекратившееся самостоятельно спустя 6–9 суток после операции.

Рецидивов камнеобразования после вышеуказанного способа хирургической коррекции почечной лоханки не было.

Выводы

1. Предложенный метод хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента путем аутопластики влагалищной оболочкой яичка улучшает функциональное состояние почки путем увеличения функциональной емкости лоханки и улучшения уродинамики.

2. Метод аутопластики почечной лоханки способствует профилактике развития вторичного камнеобразования и возможных осложнений в верхних мочевыводящих путях.

3. Разработанный метод хирургической коррекции внутрипочечной лоханки позволяет улучшить результаты оперативного лечения уrolитиаза и способствуют метафилактике МКБ.

Литература

1. Knoll T. Epidemiology, pathogenesis, and pathophysiology of urolithiasis // *Eur Urol Suppl.* 2010. Vol. 9. P. 802–806.
2. Indridason O.S., Birgisson S., Edvardsson V.O., Sigvaldason H., Sigfusson N., Palsson R. Epidemiology of kidney stones in Iceland: a population-based study // *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 2009. Vol. 40. № 3. P. 215–220.
3. Romero V., Akpinar H., Assimos D.G. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factor // *Rev Urol.*, 2010. Vol. 12. № 2–3. P. 86–96.
4. Чернецова Г.С. Урология / Г.С. Чернецова, А.Ч. Пугачев, А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернепов. Бишкек, 2009. С. 421.
5. Шалекенов Б.У. Мочекаменная болезнь / Б.У. Шалекенов, В.И. Вошула, А.Ч. Усупбаев. Алматы, 2013. С. 16.
6. Taylor E.N., Stampfer M.J., Curhan G.C. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones // *JAMA*, 2008. Vol. 293. № 4. P. 455–462.
7. Chang I.H., Kim K.D., Moon Y.T., Kim T.H., Myung S.C., Kim Y.S., Lee J.Y. Possible relationship between metabolic syndrome traits and nephrolithiasis: incidence for 15 years according to gender // *Korean J Urol.*, 2011. Vol. 52. № 8. P. 548–553.
8. Brikowski T.H., Lotan Y., Pearle M.S. Climate-related increase in the prevalence of urolithiasis in the United States // *Proc Natl Acad Sci USA*, 2008. Vol. 105. № 28. P. 9841–9846.

Усупбаев А.Ч., Кузубаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш., Курбаналиев Р.М.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ИСТИННОМ ГЕРМАФРОДИТИЗМЕ

Республиканский научный центр урологии КР, Бишкек

Резюме: На сегодняшний день известно множество способов оперативного лечения гермафродитизма. Однако высокий процент послеоперационных осложнений свидетельствует о сложности лечения данной патологии и несовершенстве методик. В связи с этим вопрос хирургического лечения этого тяжелого врожденного заболевания остается актуальным.

В данной статье мы представили наш опыт одностанной хирургической коррекции у пациента с истинным гермафродитизмом по маскулинизирующему типу с формированием уретры из вывернутого влагалищного лоскута на питающей ножке с использованием непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Ключевые слова: гермафродитизм, уретропластика, влагалищный лоскут.

Usupbaev A., Kuzubaev R., Hakimhodjaev Z., Kurbanaliev R.

OUR EXPERIENCE OF SINGLE STAGE REPAIR IN PATIENT WITH GENUINE HERMAPHRODITISM

Republic Scientific Center of Urology, Kyrgyzstan, Bishkek

Resume: There are many surgical techniques for ambiguous genitalia correction described in the literature. Unfortunately, the post operative complication rate is still high, what spur doctors to look for new methods.

In this article, we introduce our experience of single stage repair in patient with genuine hermaphroditism, where we made masculinising type of correction, forming the detubularized pedicled vaginal inverted flap urethroplasty.

Key words: hermaphroditism, urethroplasty, vaginal flap.

Введение. Истинный гермафродитизм является самым сложным пороком из всех аномалий полового развития и интерсексуальных состояний. Несмотря на чрезвычайную редкость этой аномалии, истинный гермафродитизм стал вполне определенной клинической единицей, характеризующейся одновременным наличием железистой ткани обоих полов [1].

Истинный гермафродитизм является довольно редкой патологией с частотой встречаемости среди новорожденных 1:500000. На сегодняшний день в литературе описано не более 400 случаев. Соответственно опыт лечения таких больных, как консервативного, так и оперативного достаточно небольшой.

Терапия гермафродитизма начинается с выбора пола. Выбор пола является наиболее сложной задачей в лечении детей с врожденными нарушениями полового формирования.

Установление половой принадлежности в первые годы жизни является наиболее рациональным, так как к 2-3 годам формируется половое самосознание ребенка, фиксируется половая аутоидентификация, соответствующая полу воспитания [2,3,4].

Наблюдения показывают, что больные хорошо адаптируются в обществе в том случае, когда паспортный пол у них определен в раннем детстве и в последствии не меняется, а внешний вид (строение гениталий, архитектура

скелета, характер вторичных половых признаков) на протяжении всей жизни соответствует паспортному полу. У больных истинным гермафродитизмом вопросы половой принадлежности решаются в зависимости от особенностей фенотипа (строение наружных гениталий) и состояния гонад. Поэтому выбор паспортного пола является наиболее ответственным этапом в терапии гермафродитизма, так как характер всей последующей терапии и возможность больного адаптироваться в обществе определяются избранным полом [3].

Хирургическую коррекцию при истинном гермафродитизме следует осуществлять дифференцированно. По мнению Н.Л. Кушкова показания к хирургической коррекции при мужском типу служат: 1) обязательное согласие родителей и или больного; 2) латеральная форма гермафродитизма с гистологически полноценной мужской гонадой; 3) дифференциацией вольфовых протоков и строение наружных половых органов мужского типу; 4) унилатеральная форма истинного гермафродитизма с гистологически полноценной мужской гонадой; 5) дифференциацией вольфовых протоков и строение наружных половых органов мужского типу; 6) в крайне редких случаях билатеральная форма гермафродитизма с гистологически полноценной мужской гонадой.

наружных половых органов по типу

сказания к хирургической коррекции по типу 1) у больных с истинным гермафродитизмом: 1) согласие родителей или больных на хирургическую коррекцию; 2) не мюллеровых производных: женский, смешанный тип строения наружных половых органов [5].

Хирургическая коррекция при истинном гермафродитизме включает в себя ронопластику, вагинопластику, пенилопластику, коррекцию полового члена, орхиэктомию, мастэктомию. Целью хирургической коррекции внутренних половых органов следует считать удаление половых органов, расположенных в выбранном анатомическом пути, прежде всего это проводится для предотвращения возможной гонадной активности гонад неоплакированного пола [3,5]. Частыми осложнениями после пластики уретры являются стриктуры мочеиспускательного канала, которые возникают по разным причинам, но чаще всего возникают практически при всех видах пластики. К причинам возникновения уретральных свищей можно отнести локальную ишемию тканей с ensuingим некрозом и формированием свища, дезадаптацию краев искусственной уретры, использование грубого шовного материала, травматизацию тканей хирургическим инструментарием, инфицирование, неадекватную деривацию в операционном периоде, неверное сшивание повязки и др.

В послеоперационном периоде часто возникают стриктуры искусственной уретры, которые образуются в результате рубцового перерождения ее фрагмента, что при использовании уретральных

анастомозов по типу "конец в конец", либо там, где применяется широкая мобилизация кожного лоскута, приводящая к локальной ишемии тканей. Уретральный стеноз, в свою очередь, приводит к нарушению пассажа мочи и развитию хронического воспалительного процесса в мочевыводящих путях.

Нередким осложнением после пластики уретры местными тканями является оволосение уретры в пубертатном возрасте как следствие использования кожи, несущей волосяные фолликулы, что приводит в дальнейшем к росту волос в просвете мочеиспускательного канала. Длительный контакт с мочой способствует инкрустации волос и формированию уретральных конкрементов и развитию инфравезикальной обструкции.

На сегодняшний день известно множество способов оперативного лечения гермафродитизма. Однако высокий процент послеоперационных осложнений свидетельствует о сложности лечения данной патологии и несовершенстве методик. В связи с этим вопрос хирургического лечения этого тяжелого врожденного заболевания остается актуальным.

В данной статье мы представили наш опыт одноступенчатой хирургической коррекции у пациента с истинным гермафродитизмом по маскулинизирующему типу с формированием уретры из вывернутого влагалнищного лоскута на питающей ножке с использованием непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

В РНЦ урологии наблюдался пациент Ч. 26 лет (рис. 1), с диагнозом истинный гермафродитизм, водянка правого яичка. Картиотип больного 46XX. По результатам УЗИ и МРТ у пациента в наличии имелись репродуктивные органы обоих полов, находившиеся в гипоплазированном состоянии.



Рис. 1. Больной Ч. 26 лет.



Наружный вид гениталий.

У пациента были не регулярные менархе, и пациент занимался мастурбацией с испытанием оргазма, но без выделения эякулята. При обследовании гормонального статуса, эстрадиол- N , пролактин- N , тестостерон – 2.6 ммоль/л, ЛГ- N , ФСГ – N . При изучении психоэмоционального состояния больного по шкалам Силбергера и Цунга, у пациента отмечается выраженное тревожно-депрессивное расстройство со склонностью к суициду.

Ход операции: 21.10.2010г. по настоянию пациента ему была произведена одноступенчатая операция: экстирпация матки с придатками, удаление влагалища, уретропластика из передней стенки влагалища на сосудистой ножке, выпрямление полового члена с иссечением хорды и выпрямлением полового члена, низведение правого яичка с иссечением оболочек по Бергману, дренирование брюшной полости через промежность, эпицистостомия.

После обработки операционного поля под эндотрахеальным наркозом сделан кожный разрез по Пфаненштилю, гемостаз. Апоневроз рассечен. Мышцы разведены. Брюшина вскрыта. При ревизии брюшной полости обнаружены матка с придатками. Матка взята на держалку, острым и тупым путем матка выделена до шейки (рис. 2). Произведена экстирпация матки с придатками (рис. 3). Влагалище выделено острым и тупым путем. Влагалище вывернуто наружу (рис. 4). Задняя стенка влагалища выделена до уретры, далее приготавливается лоскут из стенки влагалища на питающей ножке (рис. 5.). Далее произведен кожный продольный разрез на вентральной поверхности полового члена по срединной линии с окаймлением свищевого хода. Произведено выпрямление полового члена с иссечением хорды от головки до корня полового члена (рис. 6).

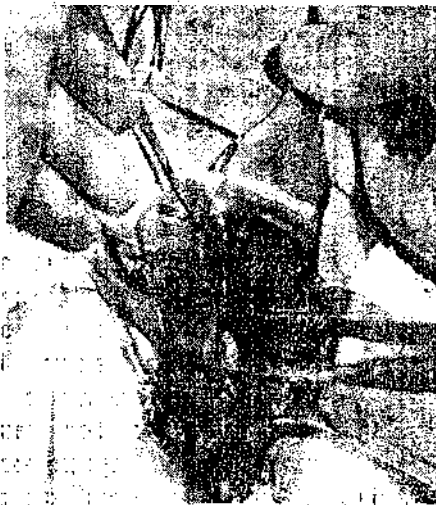


Рис. 2. Выделение матки с придатками.



Рис. 3. Произведена экстирпация матки с придатками.



Рис. 4. Выведение влагалища со стороны промежности.



Рис. 5. Лоскут из стенки влагалища на питающей ножке.



Рис. 6. Выпрямление полового члена.



Рис. 7. Наложение непрерывного вворачивающегося шва.



Рис. 8. Сформированная уретра длиной 10 см.



Рис. 9. Низведение яичка.



Рис. 10. Послойные швы на рану.



Рис. 11. Самостоятельное мочеиспускание ч/з 1 мес. после операции.

После чего произвели линейные параллельные разрезы в белочной оболочке полового члена с созданием туннеля с шириной 0,3 мм путем выкраивания полоски, т.е. создания площадки для анастомоза вагинального лоскута на питающей ножке. При этом расстояние между линейными разрезами.

для образования в последующем туннеля, составило около 1,5 см. Край заранее подготовленного вагинального лоскута на питающей ножке фиксировали к созданному туннелю непрерывным вворачивающимся герметичным швом (викрил 5/0) на всем протяжении (рис. 7). Сопоставление

вагинального лоскута на питающей ножке произвели на уретральном катетере Нелатона № 16 по шкале Шаррера (рис. 8). Операцию закончили послойным ушиванием раны.

Брюшная полость дренирована через промежностную рану. Далее сделан кожный разрез в правой подвздошной области. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота, выделено яичко с семенным канатиком до внутреннего пахового кольца. Произведено иссечение влагалищной оболочки яичка по Бергману. Яичко низведено (рис. 9). Послойные швы на рану. Асептическая повязка. Выделен мочевого пузырь и взят на держалку, вскрыт между держалками. Установлена эпицистостома через контрапертуру. Дефект мочевого пузыря ушит кисетным швом. В ране оставлен резиновый выпускник. Послойные швы на рану (рис. 10). Асептическая повязка.

С учетом того, что у пациента низкие показатели уровня тестостерона в крови, ему была назначена андроген-заместительная терапия с применением тестостерона ундеконата (5мл в/м 1 раз в три месяца), а также для более ускоренного восстановления эректильной функции препарат Импаза по 1 таблетке под язык утром в течение 6 месяцев.

Результаты. По результатам 5 месячного наблюдения пациент субъективно оценивает свое состояние как хорошее, при мочеиспускании наблюдается сформированная струя (рис. 11), также пациент отмечает безболезненные удовлетворительные эрекции, мастурбации сопровождающиеся оргазмом. При объективном обследовании установлено:

1) урофлоуметрия: Qmax 15мл/сек. 2) УЗИ: почек, мочевого пузыря без особенностей.

Заключение. Наиболее сложным в хирургической коррекции пациентов с гермафродитизмом является выбор методов формирования уретры и этапность лечения. По результатам данного случая можно сказать: первое, что хирургическую коррекцию таких пациентов целесообразно проводить в один

этап, что позволит пациенту избежать лишних психотравмирующих факторов, на фоне уже имеющегося выраженного тревожно-депрессивного расстройства со склонностью к суициду. Второе, использование тканей влагалища на ножке как пластического материала для формирования уретры, является эффективным и безопасным методом. В-третьих, использование непрерывного вворачивающегося герметичного шва приводит к лучшей стабильной фиксации лоскута и лучшему неоангиогенезу и устраняет риск развития некроза лоскута, контрактуры, дивертикула.

Литература:

1. Н.Л. Куш, В.П. Слепцов, Т.И. Куш. Об истинном гермафродитизме у детей. // Вестник хирургии. - 1983. - Том 131. - №12. - С. 73-78.
2. М.А. Жуковский, И.В. Голубева, Л.В. Чхеидзе. К вопросу о диагностике и лечении нарушений половой дифференцировки у детей. // Педиатрия. - 1982. - №11. - С. 43-49.
3. Э.П. Касаткина. Терапия гермафродитизма. // Вопросы охраны материнства и детства. - 1980. - Том 25, № 12. - С. 22-24.
4. Э.П. Касаткина. Принципы выбора пола при гермафродитизме. // Терапевтический архив. - 1977. - №5. - С.42-45.
5. Н.Л. Куш, В.П. Слепцов, Т.И. Куш, А.Г. Момотов. Истинный гермафродитизм. // Вопросы охраны материнства и детства. - 1978. - №7. - С. 40-46.
6. Н.Е. Савченко. Гипоспадия и гермафродитизм. - 1974.
7. A.M. Kajibafzadeh, B.G. Nezami. Detubularized pedicled vaginal onlay flap urethroplasty: a new method for hypospadias repair of ambiguous genitalia. // J Urol. 2006. - Nov;180(5):2159-66.
8. I.M. Thompson. Results of vaginal flap urethroplasty in hermaphrodites. // Trans Am Assoc GenitourinSurg. - 1970;62:140-6.

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации»

Министерство здравоохранения Красноярского края

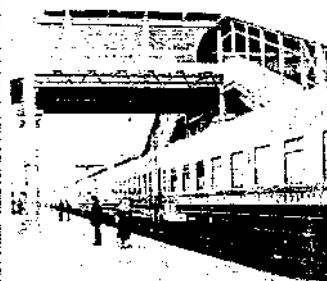
Негосударственное учреждение здравоохранения
«Дорожная клиническая больница на станции Красноярск
открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

Кафедра общей хирургии



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научно-практических работ,
посвященный 80-летию профессора
Маркса Израилевича Гульмана



Фролов А.П., Белобородов В.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	342
Фролов А.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ	344
Ханов В.О., Туйсин С.Р., Шилов Д.В., Окроян В.П., Шкундин А.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	345
Хвостунов С.Н. ПРОФИЛАКТИКА СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ	346
Цуканов Ю.Т., Никитин В.Н., Николайчук А.И., Новова Н.И. ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА ПРИ НАТЯЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНОГО ОТВЕРСТИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ДВУХУРОВНЕВЫМ НЕПРЕРЫВНЫМ ШВОМ БЕЗ ЗАХВАТА СЛИЗИСТОЙ(КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	348
Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Николайчук А.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	350
Чавкунькин Ф.П., Филькин Г.Н., Струзик А.С., Лалетин И.А., Чавкунькин П.Ф. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ СПОСОБОМ БАССИНИ-ПОСТЕМСКОГО И ЛИХТЕЙНШТЕЙНА.....	351
Чавкунькин Ф.П., Волков Ю.М., Веселов С.Н., Гушин А.А., Тихонов А.Ю., Чавкунькин П.Ф., Подрезенко Е.С. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ	353
Чарышкин А.Л., Гудошников В.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО ЭНТЕРО-ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРЭКТОМИИ	355
Чарышкин А.Л., Яковлев С.А., Бекин В.Ю. АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ.....	356
Чарышкин А.Л., Бадеев В.А., Бикбаева К.И. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	358
Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев Н.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	360
Чарышкин А.Л., Васильев М.И., Фролов А.А. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	361
Черданцев Д.В., Филистович В.Г., Филистович А.В., Турчина Т.К., Масленников С.Н. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	363
Черданцев Д.В., Филистович В.Г., Турчина Т.К., Филистович А.В. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПО ДАННЫМ КБ	365
Чернецова Г.С., Колесниченко Н.В., Курбаналиев Р.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	367
Чернов Н.А., Алиев Ф.Ш. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ	368
Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Исмаилов У.З. ОСОБЕННОСТИ ЭХО-СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	370
Шапкин Ю.Г., Гришаев В.А., Капралов С.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЛАЗЕРФОТОКОАГУЛЯЦИИ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА.....	371
Шапкин Ю.Г., Фролов А.А., Капралов С.В., Афанасьева Г.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	373

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Чернецова Г.С., Колесниченко И.В., Курбаналиев Р.М.

Кыргызско-Российский славянский университет

Кафедра частных хирургических дисциплин

Введение. Проблема развития гидронефроза до настоящего времени остается актуальной ввиду того, что имеет место частая его встречаемость среди детей и взрослых. В современной литературе имеется немало публикаций о способах и методах оперативной коррекции при развитии гидронефроза. Однако открытым остается вопрос о состоянии верхних мочевых путей после коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Нередко после операции происходит гибель почки, развитие почечной недостаточности, что приводит к нарушению трудоспособности и инвалидизации пациентов.

Целью нашей работы явилось изучение структуры заболеваемости и эффективности оперативного лечения при гидронефрозе у пациентов различных возрастных групп в зависимости от сроков оперативной коррекции.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2010 годы под наблюдением находилось 111 пациентов в возрасте от 1 года до 75 лет, получавших стационарное лечение в отделении урологии-4 на базе Республиканского Научного Центра Урологии при НГ МЗ КР. В представленных исследованиях не учитывались больные с калькулезным гидронефрозом.

Были обследованы 14 детей и подростков в возрасте от 3-х до 14 лет, взрослые в возрасте от 15 до 30 лет - 53 больных, взрослые старше 30 лет - 44 больных. Лица женского пола составили 60 больных (54%), лица мужского пола - 51 больных (45,9%).

С гидронефрозом 1 стадии наблюдались 16 больных, с гидронефрозом II стадии 70 больных, с гидронефрозом III стадии 25 больных. Двухстороннее поражение почек отмечено у 9 больных, одностороннее у 102 больных. Из них левосторонний процесс выявлен у 62 больных, правосторонний - у 39 больных.

31 пациенту произведена коррекция ЛМС по методу Андерсена-Хайнца в модификации Кучера, 10 пациентам антевазальная коррекция ЛМС, 19 пациентам произведена нефрэктомия, 20 пациентам уретеропиелостомия, 1 пациенту пиелостомия.

Консервативное лечение получили 30 больных. Причинами явились отказ пациентов от операции, перевод в другой стационар, тяжесть состояния, атака пиелонефрита, ХПН. Данная категория больных получала курс комплексной симптоматической терапии. Двум пациентам произведено временное стентирование ВМП.

По срокам проявления и оперативной коррекции результаты представлены в таблице 1.

Возраст	Сроки появления симптоматики						Сроки предложенной операции		
	Острое начало	С детства	До 1 месяца	До 1 года	До 5 лет	Более 5 лет	Во время госпитализации	До 1 года	Более 2х лет
1-14 лет	10	1	10	14	11	6	42	5	4
15-30 лет	1	2	1	7	3	-	7	5	2
31-50 лет	8	2	4	-	4	4	16	1	3
51 год и старше	2	-	3	5	7	4	17	1	1
Всего:	21	5	18	27	26	14	82	12	10

В раннем послеоперационном периоде проводилась антеградная пиелонефрография с целью уточнения состоятельности анастомоза, экскреторная урография для определения функционального состояния ВМП, УЗИ почек. При состоятельности анастомоза и отсутствии эктазии ЧЛС пиелонефростомические дренажи удалялись, больные выписывались на амбулаторное наблюдение.

Отдаленные результаты исследования оценивались в сроке от 1 года до 6 лет. Изучались клинично-лабораторные данные, результаты УЗИ (размеры почки, состояние почечной паренхимы, проявление или нарастание ранее имевшегося нефросклероза, состояние ЧЛС, результаты рено-кортикального индекса), данные экскреторной и инфузионной урографии (визуальная оценка функции почек), результаты компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии для уточнения диагноза.

Результаты и обсуждения. По результатам наблюдения, у 70 больных при контрольном обследовании после ликвидации обструкции ВМП констатировано клиническое улучшение – исчезли жалобы, отмечавшиеся до операции. У детей и лиц молодого возраста хорошие результаты получены у 36 больных, удовлетворительные у 4 больных, неудовлетворительные у 5 больных, с дренажными трубками выписано 5 больных. Из лиц в возрасте 15-30 лет хорошие результаты выявлены у 8 больных, у 2 больных отмечалось отсутствие эффекта от оперативной коррекции, 2 больных выписаны с дренажами, 2 переведены в другие ЛПУ. Из лиц старше 30 лет выздоровление наблюдалось у 13 пациентов, улучшение у 6 пациентов, без улучшения выписан 1 пациент, с пиелостомой 1 пациент. Летальных исходов не было.

Современное комплексное исследование позволяет установить диагноз гидронефроза у 90-95% пациентов. Лишь в 5-10% случаев диагностика происходит интраоперационно, тогда же решается выбор оперативного подхода к месту обструкции (1). Значительная часть неудачных операций при гидронефрозе объясняется несовершенством визуальной оценки проходимости мочевых путей, неправильной оценкой причин заболевания (3). Исходя из этого, основной метод хирургической коррекции определяется интраоперационно и должен зависеть от причин его вызвавших, от анатомо-функционального состояния почек и мочеточника, от стадии и длительности заболевания, от возраста пациента, от состояния иммунной системы организма.

После коррекции гидронефроза у детей площадь почки и ее паренхимы увеличивается вследствие естественного роста детского организма, увеличиваются гломерулы, включаются «дремлющие» нефроны (3).

Исходя из вышеуказанного, анализ клинко-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики коррелирует со степенью поражения почечной паренхимы, степенью нарушения уродинамики, врожденными уродатиями, длительностью воспалительного процесса.

Заключение. Результаты проведенных исследований позволили сделать выводы, что при своевременной коррекции обструктивных уродатий, ликвидация последних улучшает функциональные способности мочевых путей, улучшает эвакуаторную функцию почек, способствует росту и развитию паренхимы в молодом и детском возрасте. Неудовлетворительные результаты лечения связаны с длительностью и тяжестью латентного и активного пиелонефрита, возрастной незрелостью почечной паренхимы, возрастом пациента, степенью иммунного ответа организма, степенью развития нефросклероза. Установлена высокая эффективность оперативной коррекции гидронефроза, выявленного на ранних этапах его развития. Эндоурологические операции совместно с хирургическими вмешательствами расширяют возможность оказания помощи в необходимом объеме больным с гидронефрозом. Высокая эффективность положительных результатов после оперативной коррекции гидронефроза свидетельствует о патогенетически обоснованных операциях при данной патологии.

Список литературы

1. Карпенко, В. С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В. С. Карпенко // Урология. - 2002. - №3. - С. 43-46.
2. Лопаткин, Н. А. Гидронефроз. / Н. А. Лопаткин. // Руководство по урологии. - 2009. - С. 365 - 380.
3. Чесник, А. Л. Состояние и развитие почек после оперативного лечения гидронефроза у детей / Чесник А. Л., Севергина Э. С., Леонова Л. В. // Урология. - 2002. - №4. - С. 39-43.

УДК 616-002.1-036

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Чернов И.А., Алнев Ф.Ш.

Тюменская государственная медицинская академия
Кафедра общей хирургии

Актуальность. В настоящее время летальность при генерализованных формах гнойной хирургической инфекции составляет 30-50%, а при развитии септического шока достигает 60-70% [1, 5], что в значительной степени определяется тяжелыми иммунными нарушениями, которые возникают в ранние сроки заболевания и во многом обеспечивают его дальнейшее прогрессирование [2, 4].

310330



МАТЕРИАЛЫ

ВТОРОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1
г. БИШКЕКА, ПОСВЯЩЕННОЙ 30-ЛЕТИЮ
ОТКРЫТИЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ

ВТОРОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1
Г. БИШКЕКА, ПОСВЯЩЕННОЙ 30-ЛЕТИЮ
ОТКРЫТИЯ УГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Под общей редакцией Ж.Т.Телегановой
и профессора Б.А.Акматова

Бишкек
"Көкө-Тегир"
1995

О Г Л А В Л Е Н И Е

Тологонова Ж.Т. Хирургическая и урологическая служба городской клинической больницы № 1.	3
У Р О Л О Г И Я	
Абдылдаев О.А., Чернецова Г.С., Усупбаев А.Ч., Дайракунов С., Досмамбетов В. Клиника и лечение гнойного пиелонефрита	7
Абдылдаев О., Чернецова Г.С., Усупбаев А.Ч., Досмамбетов В.К. Лечение хронического пиелонефрита	9
Абдылдаев О., Чернецова Г.С., Мураталиев Т., Дайракунов С. Отдаленные результаты оперативного лечения нефроптоза	19
Абышев Ж., Абдылдаев О.А., Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.К. К вопросу о хроническом простатите	18
Дайракунов С., Абдылдаев О.А., Абышев Ж., Оморов Т. Анализ осложнений после аденомэктомии	20
Евсюков В.Н., Тыналиев М.Т. Оперативное лечение травматических стриктур и облитераций уретры у мужчин	29
Ильясов К.И., Тыналиев М.Т., Чернецова Г.С., Абдылдаев О.А., Мураталиев Т.Э., Усупбаев А.Ч., Досмамбетов В.К. Клиника, диагностика и лечение идронефроза	26

Мамбетов Ж., Абдылдаев О.А., Чернецова Г.С., Тарасов Ю.К., Мураталиев Т.Э., Дайракунов С.К. К вопросу о диагностике и оперативном лечении парикочеда.	29
Мамбетов Ж.С., Абдылдаев О.А., Усупбаев А.Ч. Эффективность прямой трансуретральной электростимуляции аппаратом "НИТРАТОП" у больных хроническим простатитом (ХП)	33
Тыналиев М.Т., Евсюков В.Н. Пластические восстановительные операции при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента	37
Тыналиев М.Т., Евсюков В.Н., Жоробеков К.А., Жоробекова А.К. Пластическая хирургия мочеполювых свищей	40
Тыналиев М.Т., Абдыкалыков М.Б., Абдырасулов А.Д. Лазерная терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний мочеполювой системы (МПС).	42
Усупбаев А.Ч. Особенности диагностики и тактики оперативного лечения больных с сочетанной патологией почек, верхних мочевых путей и гепатобилиарной системы	45
Усупбаев А.Ч., Абдылдаев О.А., Мураталиев Т.Б., Чернецова Г.С. Результаты хирургического лечения больных со стриктурой уретры	48
Чернецова Г.С., Абдылдаев О.А., Усупбаев А.Ч. К вопросу о лечении цисталгии	50
Чернецова Г.С., Мураталиев Т.К. К вопросу лечения недержания мочи у женщин	52
Чернецов О.И., Абдылдаев О.А., Чернецова Г.С. Эктопия мочеточника в матку у девочки	58

- Чернецова Г.С., Тыналиев М.Т., Абдылдаев О.А.,
Мураталиев Т.Э., Усупбаев А.Ч., Досмамбетов В.К.,
Дайракунов С.Д., Курбаналиев Р.М. Оперативное
лечение уретероцеле 55

Х И Р У Р Г И Я

- Акматов В.А., Касиев Н.В. Локализация эхинокок-
ковых кист в Кыргызской республике 57

- Ахметов Д.Г., Вейшеналиев А.С., Параскевопуло В.Н.
Хирургическая тактика при несостоятельности швов
после резекции желудка при язвенной болезни 64

- Балабекова А.К. Дюоденоэзофагогастральный
рефлюкс у больных язвенной болезнью желудка
и двенадцатиперстной кишки 68

- Балабекова А.К. Лечение больных с дюодено-
рефлюкс-эзофагогастритами 70

- Бегаев Л.С., Шабданалиев А.П., Осмоналиев Д.,
Жолдошбеков Э., Абылгазиев И. Результаты
склеротерапии при варикозном расширении вен 78

- Вейшеналиев А., Вишняков Д. Неспецифическая
реактивность и методы ее повышения у больных
язвенной болезнью 75

- Вейшеналиев А.С. Причины летальных исходов
после операций на желудке, выполненных по поводу
язвенной болезни 79

- Вейшеналиев М. Хирургическое лечение варикозно-
язвенной формы посттромбофлебитического
синдрома (ПТФС) 81

- Гершензон В.Ф. Внедрение научных достижений
в хирургической клинике 82

Жолдошев А.Ы., Эффективность оперативного лечения больных калькулезными холециститами по обращаемости и активности выявленных	87
Кенжаев М.Г., Диагностика и лечение паразитарных кист печени	90
Кенжаев М.Г., Рыскулова А.А. Применение реакции повреждения лейкоцитов в иммунодиагностике эхинококкоза	94
Маженов А.Ш., Кулбатыров К., Бейшеналиев А.С. Диагностика и лечение анастомозов после резекции желудка	97
Мусаев А.И. Использование излучения гелий- неонового лазера для профилактики нагноения послеоперационных ран	99
Мусаев А.И., Бейшеналиев А.С. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни	101
Мусаев А.И., Рыскулова А.А. Внутривенное лазерное облучение полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии	105
Оморов Р.А. Результаты дренирования абсцессов печени и поддиафрагмального пространства под контролем ультразвукового исследования	106
Оморов Р.А., Токтобаев Н.Д., Жолдошев В.Н. Результаты восстановительных и реконструктивных операций на желчных путях	108
Оморов Р.А., Бейшеналиев А.С. Послеоперационный панкреатит	110
Оморов Р.А., Жолдошев В., Абылгазиев И. Тактика хирурга при остром холецистите	112

снии почек, учитывая закон Weigert - Mejer, чаще наблюдая эктопию верхнего сегмента удвоенной почки.

К числу редких наблюдений относят двухстороннюю эктопию одиночных или добавочных мочеточников. Наиболее принятой в нашей стране классификации эктопии мочеточников является классификация Ю.Г.Единого (1953), ряд урологов пользуются классификацией SigcE (1971), практически не имеющей существенных различий с выше указанной.

Ведущим патогномоничным симптомом данного порока у девочек является постоянное капельное недержание мочи, наряду с сохраненным нормальным актом мочеиспускания. Однако, несмотря на отчетливые клинические проявления нередко имеет место запоздалое распознавание порока. Диагностика эктопии устья мочеточника часто бывает затруднена из-за невозможности визуализации эктопического устья и четкого установления его локализации. Приведем наше наблюдение:

Больная Эльвира 17 лет, поступила в урологическое отделение ГKB № 1 с жалобами на постоянное недержание мочи. Из анамнеза известно, что у нее, несмотря на постоянное недержание мочи, сохранен акт мочеиспускания. Указанные симптомы отмечаются с раннего детства. Однако неоднократное лечение у врачей разных специальностей положительного эффекта не давало. Впервые обследовалась в урологическом отделении в возрасте 10 лет, когда больной была произведена операция на шейке мочевого пузыря по Державину. В послеоперационном периоде и в последующие годы улучшения не отмечалось, больной постоянно проводилось комплексное лечение хронического цистита.

При госпитализации были жалобы на недержание мочи с раннего возраста. Она была взята на кресло и при осмотре наружных половых органов было обнаружено выделение мочи каплями из влагалища. Отмечалась значительная мацерация наружных половых органов, вызванная постоянным подтеканием мочи из влагалища. При обследовании установлено, моча не инфицирована, общий и биохимический анализ крови в пределах возрастных норм; на обзорной урограмме четко определялась правая почка, расположенная в типичном месте, контуры правой почки увеличены, слева почка не определялась.

На экскреторных урограммах 7-20-60 минут функция правой почки удовлетворительная, отмечается викарная гипертрофия, слева почка не определяется. При цистоскопии - правое устье щелевидной формы, расположено в типичном

месте, левое устье не определяется, межмочеточниковый пралик не выражен.

В отделении произведено УЗИ — левая почка не обнаружена. Нам помогли в диагностическом центре — при проведении УЗИ ректальным датчиком была обнаружена левая почка, расположенная в малом тазу, слева от двурогой матки с эктопией мочеточника в матку. Благодаря УЗИ, проведенному в диагностическом центре, был уточнен диагноз: тазовая дистопия левой почки с отсутствием функции и эктопией мочеточника в тело двурогой матки, недержание мочи. Больной произведена нефрэктомия слева. Послеоперационный период протекал гладко, недержание мочи прекратилось, девочка выписана практически здоровой.

Приведенное наблюдение свидетельствует о необходимости своевременного обследования больных в условиях специализированного отделения для избежания грубых диагностических ошибок при наличии сложного порока развития органов мочевой системы.

Чернецова Г.С., Тыналиев М.Т., Абдылдаев О.,
Мураталиев Т.Э., Усупбаев А., Досмамбетов Б.К.,
Дайракунов С.Д., Курбаналиев Р.М.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ

Уретероцеле встречается у 0,5-1,5-2% больных всех возрастных групп (В.Г.Долгатов, 1976; А.В.Терещенко, 1977; В.Брюк, 1978). Чаще это заболевание выявляется у лиц, подвергнутых цистоскопическому исследованию. Отмечено нередко его сочетание с другими аномалиями почек и мочеточников. В большинстве случаев одной из основных причин формирования этой патологии является стеноз устья мочеточника, а мы в одном случае его обнаружили и без стенозирования устья.

В возникновении уретероцеле имеют значение несколько факторов:

1. Острый угол впадения мочеточника в стенку пузыря.
2. Укорочение подслизистого отдела мочеточника.
3. Стеноз устья мочеточника.

Следовательно, в основе формирования этого заболевания лежит сложный порок интрамурального отдела мочеточника. По литературным данным уретероцеле встречается

чаще у лиц женского пола. Брук с соавторами приводит соотношение 1:3.

Под нашим наблюдением было 13 больных в возрасте от 23 до 55 лет. Женщин — 11, мужчин — 2, у одной, 34 лет, выявлен двухсторонний уретероцеле. Причем у 12 человек выявлено простое ортотопическое уретероцеле, характерное для взрослых, гетеротопическое — в одном случае.

Клинические проявления уретероцеле могут быть разнообразными и определяются размерами кисты и ее расположением, а также по возможности спадаться и не спадаться. У всех пациентов была выявлена лейкоцитурия, у некоторых — боли в поясничной области, повышение артериального давления, головная боль, дизурические явления.

Диагностика уретероцеле заключалась в комплексном применении инструментальных и рентгенологических методов исследования. На экскреторных урограммах определялось анатомо-функциональное состояние почек и верхних мочевых путей. У 7 больных обнаружена гидронефротическая трансформация различной степени, на нисходящих цистограммах определяется дефект наполнения округлой формы по нижнему контуру мочевого пузыря. При цистоскопии устанавливались размеры кист, ее тип, отношение к контрлатеральному устью.

Из 13-12 человек оперировано. Трансвезикальное иссечение уретероцеле выполнено 7 пациентам, у 3 в уретероцеле были обнаружены гладко отшлифованные конкременты в виде "бочонка". Двум больным произведены реконструктивные операции — уретероцистостомия по антирефлюксной методике. В 10 случаях мочеточники интубировали полихлорвиниловыми трубками (№ 6-8 по Шарьеру) с 3-5 боковыми отверстиями и выводили их через операционную рану, мочевой пузырь дренировали энцистостомой у 4, уретральным дренажем — у 8 больных. В послеоперационном периоде все получали комплексное лечение.

Таким образом уретероцеле является одним из видов дисплазии мочеточника, причем само это заболевание нередко представляет собой один из составных компонентов сложного порока развития. Поэтому тактика оперативного лечения должна определяться тяжестью поражения мочеточника и почки, незначительная эктазия предпузырного отдела мочеточника указывает на изменения его преимущественно в подслизистом сегменте. Поэтому оперативное вмешательство может быть ограничено иссечением уретероцеле.

ХИРУРГИЯ

Акматаев В.А., Касиев И.В.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Как известно, в литературе существуют противоречивые данные о локализации эхинококковых кист. По данным Шитерова, печеночная локализация паразита занимает от 43,8 до 66,7%, а легочная от 23,7 до 37% (Ю.А. Волох, 1965; И.И. Денисова, 1968; Р.Н. Аскерханов, 1976; В.А. Абдурахманов, 1981; Т.Р. Икимбердиев, 1983; В.В. Петровский и соавт., 1985 и др.). В то же время, по данным других авторов, легочная локализация паразита составляет от 47,1 до 71,6% (И.Ю. Ахундов, 1966; Н.К. Георгиев, Н.Г. Шонта, 1974; К. Мирджанов, 1973; Р.Г. Григорянц, 1975; Н.В. Вакидов, 1983; А.Т. Пулатов, 1983 и др.). Такие противоречия в локализации паразита, на наш взгляд, прежде всего связаны с тем, что многие авторы располагают данными только о лечебных результатах, а не в целом по определенной географической зоне.

Кроме того, необходимо учитывать климатические, социально-экономические и другие факторы, влияющие на локализацию паразита. Следует отметить, что еще недостаточно глубоко изучены характер поражений и интенсивность поражения эхинококковой кисты в организме человека. Изучение взаимоотношения между солитарными, множественными и сочетанными поражениями паразита в динамике дает возможность судить о степени эхинококковой инвазии в определенной географической зоне.

С целью решения этого немаловажного вопроса мы изучали локализацию эхинококка у основных промежуточных хозяев этой инвазии, в том числе у жителей Кыргызской Республики в целом.

иррадиирующую ост. Оперированные больные должны находиться под постоянным диспансерном наблюдении у уролога.

Ж.А.Вильямс, О.А.Абдылдаев,
А.Мусирбаев, Р.Курбаналиев

К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Клиническое понятие "простатит" включает ряд различных по этиологии заболеваний и состояний предстательной железы, имеющих сходство в симптомах и течении, но требующие во многом различного подхода в выборе метода лечения.

Заболеванию подвержены мужчины наиболее трудоспособного возраста (20-45 лет). Течение его становится длительностью и малой эффективностью терапии, а также нарушением половой функции, что служит поводом развития нервных и психических расстройств. Сексологические расстройства, обусловленные пораженным урогенитальным аппаратом, обнаруживаются в 16,4% всех обращений за сексологической помощью.

Этиологические факторы:

1. Инфекционные: 67,6% (наиболее частые).
2. Нейнфекционные: застойные (32,8%), характеризуются застоем секрета предстательной железы и эякулята, чему способствуют — сидячая работа, транспортная вибрация, хронические запоры, заболевания прямой кишки, приводящие к венозному застою в органах малого таза. Особую роль играют длительные сексуальные фрустрации, суррогатные формы половой активности, петтинг, а также прерванный или искусственно пролонгируемый коитус.

П а т о г е н е з сложен, что обусловлено:

- 1) анатомо-функциональным своеобразием предстательной железы, являющейся мышечно-железистым органом и функционирующей как железа секреции и факультативной эндокринной регуляции;
- 2) решающая роль принадлежит гормональным нарушениям (особенно гормону тестостерону);
- 3) закупорка при воспалении просвета протоков эпителием, лейкоцитами, слизью и формирование гнойных пробок;

4) развитие аутоиммунных реакций на органоспецифические антигены;

5) нарушение регионального кровотока, что снижает доставку лекарственных веществ.

К л и н и к а: В зависимости от формы клиника этого заболевания различна. Однако наиболее характерны следующие признаки:

- 1) боль, чаще тянущая, с иррадиацией в головку полового члена и в верх бедра;
- 2) дизурические расстройства за счет сдавления уретры предстательной железой;
- 3) нарушение половой функции:
 - ускорение эякуляции, анэякуляторный феномен,
 - нарушение репродуктивной функции.

Д и а г н о с т и к а

1. Сбор анамнеза.
2. Сексологическая карта обследования.
3. Ректальное исследование — увеличение желез, оглаженность междолевой борозды, болезненность.
4. Исследование нативного препарата сока предстательной железы.

Основной критерий: соотношение лейкоцитов и лецитиновых зерен (в норме лейкоцитов не более 9-10 в поле зрения, в одном мл секрета в норме до 300 лейкоцитов, при простатите их число увеличивается до 1000-50000).

5. УЗИ и радиоизотопные методы.

Л е ч е н и е

1. Медикаментозное
 - ликвидация воспалительных явлений: антибактериальная и противовоспалительная терапия;
 - повышение реактивности организма (алоэ, ФИВС, метилурацил, лактобактерии, пирогенал, простатомин и т.д.).

2. Немедикаментозные методы

- массаж предстательной железы;
- ректальный электрофорез, лазерная и лучевая терапия;
- тепловые ванночки;
- микроклизмы с ромашкой, шалфеем;
- свечи.

3. Психотерапия.

На базе ГКБ № 1 в отделении урологии и консультации "Прик и семья" был проведен анализ поступивших больных

иррадиацию осн. Оперированные больший должны находиться на постоянном диспансерном наблюдении у уролога.

Ж.Абдиев, О.Абдылдаев,
А.Усупбеков, Р.Курбаналиев

К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Клиническое понятие "простатит" включает ряд различных по этиологии заболеваний и состояний предстательной железы, имеющих сходство в симптомах и течении, но требующие во многом различного подхода в выборе метода лечения.

Заболеванию подвержены мужчины наиболее трудоспособного возраста (20-45 лет). Течение его отличается длительностью и малой эффективностью терапии, а также нарушением половой функции, что служит поводом развития нервных и психических расстройств. Сексологические расстройства, обусловленные поражением урогенитального аппарата, обнаруживаются в 16,4% всех обращений за сексологической помощью.

Этиологические факторы:

1. Инфекционные: 67,6% (наиболее частые).
2. Неинфекционные: застойные (32,8%), характеризуются застоем секрета предстательной железы и эякулята, чему способствуют — сидячая работа, транспортная вибрация, хронические запоры, заболевания прямой кишки, приводящие к венозному застою в органах малого таза. Особую роль играют длительные сексуальные фрустрации, суррогатные формы половой активности, петтинг, а также прерванный или искусственно пролонгируемый коитус.

П а т о г е н е з сложен, что обусловлено:

- 1) анатомо-функциональным своеобразием предстательной железы, являющейся мышечно-железистым органом и функционирующей как железа секреции и факультативной эндокринной регуляции;
- 2) решающая роль принадлежит гормональным нарушениям (особенно гормону тестостерону);
- 3) закупорка при воспалении просвета протоков эпителием, лейкоцитами, слизью и формировании гнойных пробок;

4) развитие аутоиммунных реакций на органоспецифические антигены;

5) нарушение регионарного кровотока, что снижает доставку лекарственных веществ.

К л и н и к а: В зависимости от формы клиника этого заболевания различна. Однако наиболее характерны следующие признаки:

- 1) боль, чаще тянущая, с иррадиацией в головку полового члена и в верх бедра;
- 2) дизурические расстройства за счет сдавления уретры предстательной железой;
- 3) нарушение половой функции:
 - ускорение эякуляции, анэякуляторный феномен, нарушение репродуктивной функции.

Д и а г н о с т и к а:

1. Сбор анамнеза.
2. Сексологическая карта обследования.
3. Ректальное исследование — увеличение железы, ослабленность междолевой борозды, болезненность.
4. Исследование нативного препарата сока предстательной железы.

Основной критерий: соотношение лейкоцитов и лецитиновых зерен (в норме лейкоцитов не более 9-10 в поле зрения, в одном мл секрета в норме до 300 лейкоцитов, при простатите их число увеличивается до 1000-5000).

5. УЗИ и радиоизотопные методы.

Л е ч е н и е

1. Медикаментозное
 - ликвидация воспалительных явлений: антибактериальная и противовоспалительная терапия;
 - повышение реактивности организма (алоэ, ФИБС, метилурацил, лактоотерапия, пирогенал, простатомин и т.д.).
2. Немедикаментозные методы
 - массаж предстательной железы;
 - ректальный электрофорез, лазерная и лучевая терапия;
 - тепловые ванночки;
 - микроклизмы с ромашкой, шалфеем;
 - свечи.
3. Психотерапия.

На базе ГKB № 1 в отделении урологии и консультации "Прик и семья" был проведен анализ поступивших больных

по поводу простатита за период с 1991 года по 1993 год, что составило в общем 402 чел.

Возрастной состав:	20-25	- 128	31,7%
	25-30	- 150	37,3%
	старше 30 лет	- 124	30,9%

Для выяснения влияния хронического простатита на половую функцию была взята контрольная группа в возрасте от 25 до 30 лет в количестве 20 человек. Из них с преимущественно болевым синдромом 12 человек, дисэрическими синдромом — 5, с сексуальными расстройствами — 3, что проявилось ускорением эякуляции, притуплением генитально-ориентированных, сексуально-эротических ощущений. Причём у них длительность заболевания превышала 3 года.

В контрольной группе были проведены исследования эякулята. Увеличение лейкоцитов свыше 20 в поле зрения отмечалось в той или иной степени у всех обследуемых, количество лецитиновых зерен снижено у 11 больных (55%). Морфологически измененных сперматозоидов не выявлено, но имело место уменьшение активных форм, менее 40% (26%), что может явиться причиной бесплодия из-за снижения оплодотворяющей способности сперматозоидов.

Таким образом наши исследования показали, что длительно текущие воспалительные процессы в предстательной железе ведут к снижению половой функции, следствием чего является дисгармония брачных отношений.

В настоящее время в связи с более ранним началом половой жизни, ее нерегулярностью и неразборчивостью увеличилось число запущенных форм простатитов, которые трудно поддаются лечению и ведут к стойкой социальной дезадаптации.

С.Дайракунов, О.Абдылдаев,
Ж.Абышев, Т.Оморов

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

Успехи оперативного лечения больных аденомой предстательной железы в настоящее время не вызывают сомнения.

Мы подвергли анализу осложнения после аденомэктомии, наблюдавшиеся в 1983-1993 гг. в урологическом отделении городской клинической больницы № 1 г.Бишкека. Всего

произведено 680 аденомэктомий, из них 513 произведена одномоментная, а 167 — двухэтапная. По возрасту оперированные распределились следующим образом: от 51 до 60 лет — 51, от 61 до 70 — 96, от 81 и старше — 55 человек.

Одним из тяжелых осложнений после аденомэктомии, несмотря на применение различных методов, являются ранние и поздние кровотечения. Применялась трансуретральная надлобковая аденомэктомия с различными методами остановки кровотечения: ушивание ложа, наложение кисетного шва, прошивание межмочеточниковой складки и натяжением ее с выведением нитей по уретре, применялся катетер Фолея, ставились тампоны (тампонирование ложа по Мариону).

Сочетанные патологические изменения требовали комплексной подготовки к операции. Однако, несмотря на интенсивную подготовку у 152 больных возникли различные осложнения, которые мы разделили на хирургические и терапевтические.

К хирургическим осложнениям мы отнесли: кровотечения из ложа аденомы — 30 (4,4%), обострение хронического пиелонефрита — 22 (3,2%), стриктуры шейки мочевого пузыря с образованием "предпузыря" или стриктуры уретры — 33 (4,8%), нагноение раны — 31 (4,0%), недержание мочи — 6 (0,9%), прочие осложнения — 7 (1,1%).

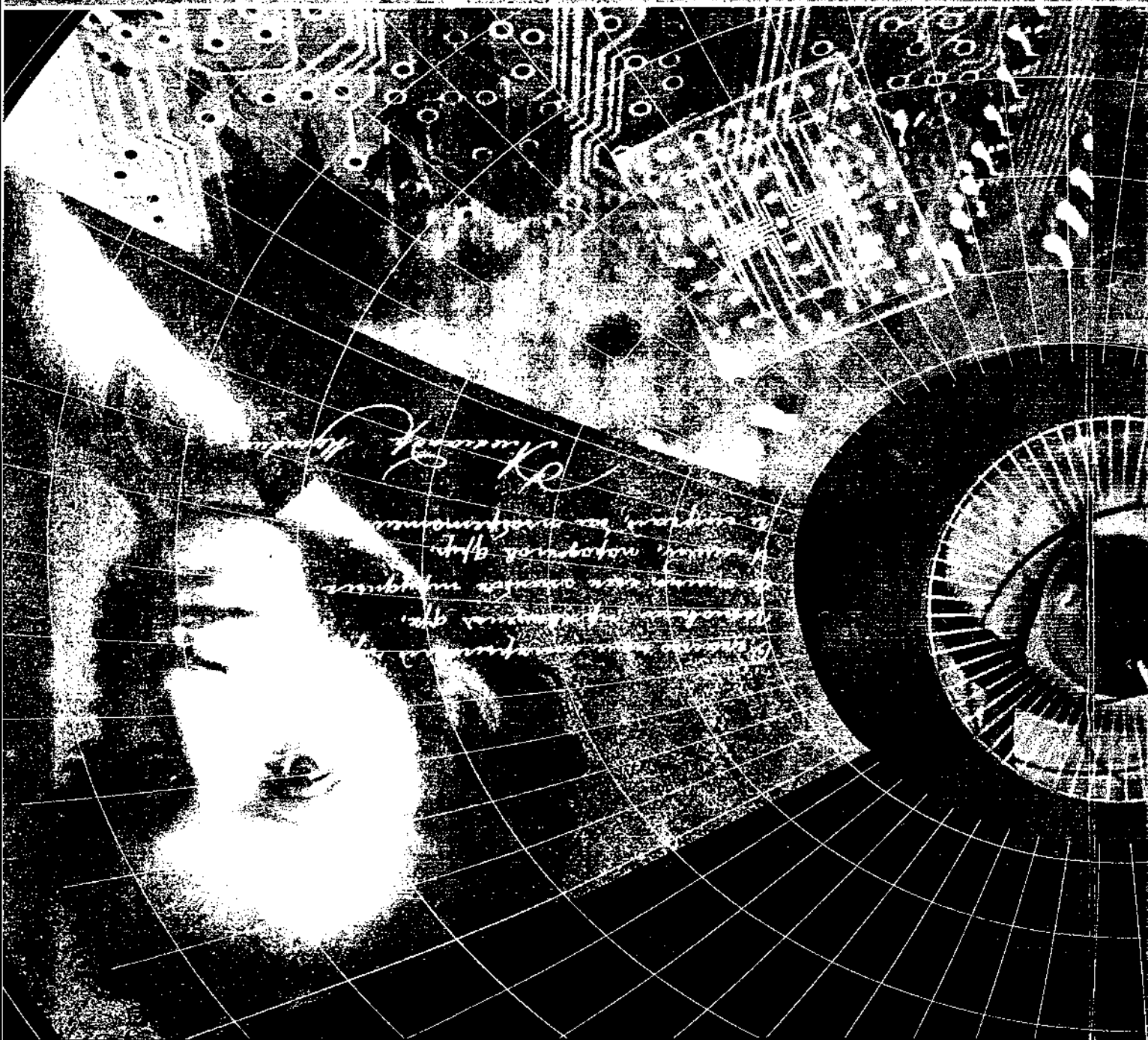
К терапевтическим осложнениям отнесли: бронхопневмония — 41 (6,0%), инфаркт миокарда — 13 (1,9%), острая сердечная недостаточность — 11 (1,6%), нарушение мозгового кровообращения — 9 (1,3%), прочие — 8 (1,1%) (плеврит, гепатохолецистит, желудочное кровотечение).

Послеоперационная летальность составила 5,2% и не имеет в последние годы тенденции к снижению, вследствие неуклонного роста возрастания оперированных больных (от 65 до 75 лет) и увеличения количества тяжелых интеркуррентных заболеваний. Так, с посленифарктным кардиосклерозом оперировано 87 человек, после перенесенного инсульта — 43 пациента, 7 с гемипарезом после острого нарушения мозгового кровообращения, сахарный диабет тяжелой степени — 11 случаев. Среди причин смерти преобладала тромбоэмболия легочной артерии (9 больных). Известные в настоящее время методы профилактики тромбоэмболий недостаточно эффективны, ибо даже полное и скрупулезное их применение не предотвратило тромбоэмболию у ряда больных.

Причины, которые привели к летальному исходу: повторный инфаркт — 6 случаев, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 5, атака хронического пиелонефрита — 8.

Том 16, № 11

2016



Кыргызско-Российского
Славянского университета



ВЕСТНИК

УДК 616.617:616.613-007.63-089.844

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И ЛОХАНКИ
ПРИ ВТОРИЧНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК ПУТЕМ АУТОПЛАСТИКИ**

**Б.М. Султанов, Р.М. Курбаналиев, Г.С. Чернецова,
А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов**

Представлены результаты хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента у пациентов со вторичным образованием конкрементов в почке при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента на фоне внутривнепочечного расположения лоханки.

Ключевые слова: вторичные камни почек; аутопластика; стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента; внутривнепочечный тип лоханки.

**EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF URETEROPELVIC SEGMENT
AND PELVIS IN SECONDARY KIDNEY STONES BY AUTOPLASTY**

**B.M. Sultanov, R.M. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova,
A.Ch. Usupbaev, O.N. Chernetsov**

The paper regards the results of surgical correction of the pelvis and ureteropelvic segment in patients with secondary formation of stones in the kidney at strictures ureteropelvic segment on background location intrarenal pelvis.

Keywords: secondary kidney; autoplasty; stricture of ureteropelvic segment; intrarenal pelvis type.

Введение. Одним из путей улучшения результатов хирургического лечения вторичного камнеобразования в почках при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, возникающего на фоне внутривнепочечного строения лоханки, является совершенствование хирургической техники оперативного лечения.

При внутривнепочечном расположении лоханки нарушение функционального состояния почки развивается гораздо стремительнее и тяжелее вследствие соответствующего анатомо-физиологического строения [1, 2]. Радикальными операциями многие авторы считают те, которые бы предусматривали одновременно ликвидацию вторично образовавшегося конкремента почки, восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями и приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы [3].

При наличии конкрементов на фоне внутривнепочечного строения лоханки суммарная емкость чашечек может превысить емкость лоханки и она окажется не в состоянии вместить в себя в момент

диастолы достаточное количество мочи, необходимое для опорожнения чашечек. В конечном счете, это приведет к возникновению дискинезии, гипокинезии и, в дальнейшем, к гипотонии лоханки, гипоксии ее стенок [4]. Наличие стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента еще более усугубляет процесс вышеизложенного. Тем самым, послеоперационный объем проксимального сегмента мочеточника должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в него при систоле лоханки [5]. Следовательно, и объем лоханки должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в нее при диастоле лоханки.

На основании результатов комплексных урологических исследований, предложена усовершенствованная методика хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки путем аутопластики париетальным листком влажной оболочки яичка.

Целью работы явилось восстановление пассажа мочи при нарушенной уродинамике лоханочно-мочеточникового сегмента, увеличение функциональной емкости почечной лоханки и предотвра-

щение возможного развития рецидивов вторичных конкрементов в почке.

Материал и методы. Данная методика внедрена в Республиканском научном центре урологии с 2012 г. Клинический материал представлен результатами произведенных оперативных вмешательств по восстановлению нарушенной уродинамики предложенным методом за период 2012–2016 гг. Методы исследования включали в себя как лабораторные, так и инструментальные обследования. Наиболее значимыми из них – ОАМ, почечные тесты, УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

Результаты.

Клинический пример.

Пациент М., 44 года (история болезни № 37082/1126), находился на стационарном лечении в отделении реконструктивно-пластической и эндоскопической урологии Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР. Поступил с жалобами на боли в поясничной области справа приступообразного характера, тошноту, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что клинические симптомы возникли за сутки до обращения в стационар.

Больной обследован в отделении. **ОАК:** эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$; **Нб** – 152 г/л; гематокрит – 42 %; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$; **п** – 4 %; **с** – 75 %; **л** – 18 %; **м** – 3 %; **СОЭ** – 4 мм/ч. **ОАМ:** с/ж, полн., 1012, белок – 0,099 г/л, эпителий плоский – 27–30 в п. з., лейкоциты – 10–13 в п. з., эритроциты неизм. – 7–10 в п. з., слизь +, ураты ++ в п. з. Мочевина – 6,5 ммоль/л; остаточный азот – 20,5 ммоль/л; креатинин – 92,0 мкмоль/л. **УЗИ:** данные за мочекаменную болезнь, камень правой почки, гидронефротическую трансформацию правой почки, калькулезный пиелонефрит.

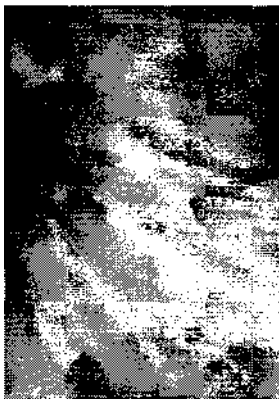


Рисунок 1 – Обзорная урограмма

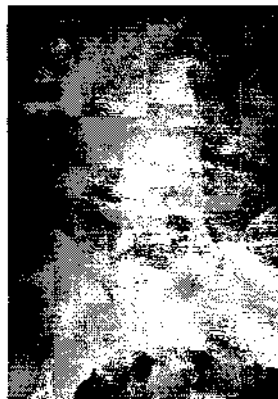


Рисунок 2 – Экскреторная урограмма на 15-й минуте

На обзорной урограмме определяется положительный псоас-симптом справа, наличие кон-

кремента в правой почке диаметром = 25 мм × 15 мм (рисунок 1). На экскреторной урограмме на 15-й минуте – функция почек удовлетворительная с обеих сторон, отмечается расширение чашечек и лоханки справа, выраженный гидрокаликоз и пиелозктазия справа (рисунок 2).

Пациенту произведено оперативное лечение, состоящее из нескольких этапов:

1) лумботомия справа, задняя субкортикальная пиелолитотомия, уретеролиз, пиелолиз, стентирование почки;

2) резекция влагалищной оболочки правого яичка;

3) пластика лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента влагалищной оболочкой яичка (модификация клинки).

Описание операции

1. Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи по Федорову в поясничной области справа. Подкожно-жировая клетчатка и мышцы рассечены. По ходу гемостаз. Брюшина отодвинута медиально. Вскрыта фасция Герота. Выделен мочеточник, взят на держалку. Произведен уретеролиз и пиелолиз. Лоханка внутрипочечная, задняя губа почки приподнята векоподъемником. Лоханка рассечена продольно и перпендикулярно (Т-образно). Конкремент удален. Установлен мочеточниковый стент № 8. Оценка дефекта лоханки.

2. После соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи мошонки справа по передней поверхности. Рассечены послойно все оболочки яичка до париетального листка влагалищной оболочки. Гемостаз. Произведена резекция париетального листка в виде лоскута треугольной формы, размером 15 мм × 10 мм, на дефект оболочек – узловые кетгуттовые швы. Послойно швы на рану. Асептическая повязка.

3. На дефект лоханки наложен резецированный участок влагалищной оболочки, внутренней поверхностью обращенный в полость лоханки с ушиванием непрерывным вворачивающимся швом викрила 3-0. Контрольный гемостаз. В рану установлен резиновый выпускник и страховой дренаж. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

На 13-е сутки после операции пациент выписан с улучшением. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление раны первичным натяжением. Спустя 3 года проведено контрольное обследование. На обзорной и экскреторной урограммах на 15-й минуте отмечается удовлетворительная функция обеих почек, теней конкрементов не определяется (рисунки 3, 4).



Рисунок 3 – Обзорная урография



Рисунок 4 –
Экскреторная урография
на 15-й минуте

Результаты оперативной коррекции оценивались по ряду критериев, среди которых необходимо выделить улучшение эвакуаторной функции лоханки, уменьшение степени эктазии ЧЛС, улучшение уродинамики почки.

Выводы

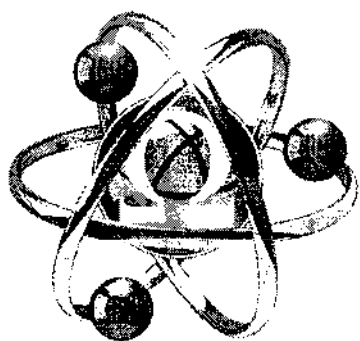
Хирургическая коррекция стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента при внутривнутрипочечном развитии лоханки позволила оценить характер структурно-функциональных изменений в почке и верхних мочевых путях на фоне вторичной обструкции с учетом современных диагностических возможностей, а также обосновать выбор вида оперативного лечения.

Предложенный метод хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента путем аутопластики парietальным листком влагалищной оболочки яичка улучшает функциональное состояние почки путем увеличения функциональной емкости лоханки и улучшения уродинамики.

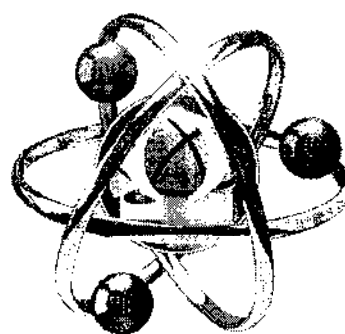
Данный метод способствует профилактике развития вторичных осложнений, наиболее частыми из которых являются образование конкрементов в лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте.

Литература

1. Чернецова Г.С. Урология / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др.; под ред. Г.С. Чернецовой, А.Г. Пугачева, А.Ч. Усупбаева. Бишкек, 2009. С. 170–190.
2. Колесниченко И.В. Оптимизация результатов хирургического лечения больных с гидронефрозом в различных возрастных группах: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Колесниченко. Бишкек, 2013. С. 15.
3. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко // Урология. М., 2002. № 3. С. 43–46.
4. Карпенко В.С. Гидронефроз / В.С. Карпенко, Ф.П. Хрипта, А.М. Романенко // Здоровье. Киев, 1991. 239 с.
5. Пугачев А.Г. Результаты пластических операций при гидронефрозе / А.Г. Пугачев, Ю.И. Кудрявцев, И.И. Ларионов // Урология и нефрология. М., 1996. № 3. С. 3–8.



OMEGA SCIENCE
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЦЕНТР
ИННОВАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

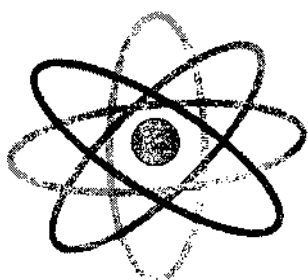


OMEGA SCIENCE
INTERNATIONAL CENTER
OF INNOVATION RESEARCH

ISSN 2410-700X

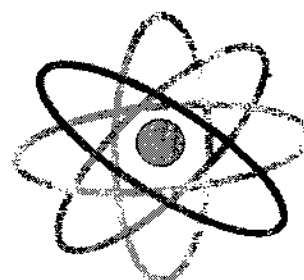
№03/2017 В 3 ЧАСТЯХ

ЧАСТЬ 2



**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНЫЙ
ЖУРНАЛ**

**СИМВОЛ
НАУКИ**



**INTERNATIONAL
SCIENTIFIC
JOURNAL**

**SYMBOL OF
SCIENCE**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ СИМВОЛ НАУКИ

ISSN 2410-700X

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в
сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций под номером ПИ № ФС77-61596

Журнал зарегистрирован в системе Российского индекса
научного цитирования (РИНЦ) по договору №153-03/2015

Размещение журнала в "КиберЛенинке" по договору №32509-01

Учредитель ООО «Омега Сайнс»

Главный редактор:

Сукнасян А. А., кандидат экономических наук, доцент.

Редакционный совет:

Агафонов Ю. А., доктор медицинских наук, доцент
Байшева З. В., доктор филологических наук, профессор
Байгузина Л. З., кандидат экономических наук, доцент
Ванесян А. С., доктор медицинских наук, профессор
Васильев Ф. П., доктор юридических наук, доцент, член РАЮН
Винецкая А. В., кандидат педагогических наук, доцент
Вильчинская Е. В., кандидат химических наук, доцент
Галимова Г. А., кандидат экономических наук, доцент
Гетманская Е. В., доктор педагогических наук, доцент
Грузинская Е. И., кандидат юридических наук
Гулиев И. А., кандидат экономических наук
Датий А. В., доктор медицинских наук, профессор
Долгов Д. И., кандидат экономических наук, доцент
Закиров М. З., кандидат технических наук, профессор
Иванова Н. И., доктор сельскохозяйственных наук, профессор,
Калужина С. А., доктор химических наук, профессор
Куликова Т. И., кандидат психологических наук, доцент
Курманова Л. Р., доктор экономических наук, профессор
Киракосян С. А., кандидат юридических наук, доцент
Киримбаева Ж. С., доктор ветеринарных наук, профессор
Козлов Ю. П., доктор биологических наук, профессор, академик РАЕН и РЭА
Козырева О. А., кандидат педагогических наук, доцент
Кондрашихин А. Б., доктор экономических наук, проф.
Конюшкова О. М., доктор медицинских наук, профессор
Маркова Н. Г., доктор педагогических наук, профессор
Мухамедеева З. Ф., кандидат социологических наук, доцент
Пonomareva Л. Н., кандидат экономических наук, доцент
Почивалов А. В., доктор медицинских наук, профессор
Пронин И. А., доктор технических наук, доцент
Симонович Н. Е., доктор психологических наук, профессор, академик РАЕН
Симонович Н. Н., кандидат психологических наук
Смирнов П. Г., кандидат педагогических наук, профессор
Старцев А. В., доктор технических наук, профессор
Танаева З. Р., доктор педагогических наук, доцент
Venelin Terziev, Professor Dipl. Eng. DSc., PhD, D.Sc. (National Security)
Хромина С. И., кандидат биологических наук, доцент
Шилкина Е. Л., доктор социологических наук, профессор
Шляхов С. М., доктор физико-математических наук, профессор
Юрова К. И., кандидат исторических наук, доцент
Юсупов Р. Г., доктор исторических наук, профессор
Янгиров А. В., доктор экономических наук, профессор
Яруллин Р. Р., доктор экономических наук, профессор, член-корр. РАЕ

Верстка: Тюрина Н. Р. | Редактор/корректор: Agafonova E.V.

Редакция журнала «Символ науки»:
450077, г. Уфа, а/я «Азтериан» | +7 347 299 41 99
http://os-russia.com | mail@os-russia.com

Подписано в печать 03.04.2017 г.
Формат 60х90 1/8. | Усл. печ. л. 25.8. | Тираж 500.

Отпечатано в редакционно-издательском отделе ООО «Омега сайнс»
450076, г. Уфа, ул. М. Гафури 27/2 | mail@os-russia.com | +7 347 299 41 99

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов
публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам
факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и
организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL SYMBOL OF SCIENCE

The magazine is registered by the Federal Service for Supervision in
the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass
Communications of the number PI № FS77-77-61596

The journal is registered in the system of Russian Science Citation
Index (RSCI) under the contract №153-03/2015

Loading the magazine in "CyberLeninka" under the contract №32509-01

Founder LLC "Omega Science"

Editor in chief:

Sukiasyan A. A., candidate of economic Sciences, associate Professor.

Editorial Board:

Agafonov Yu. A., doctor of medical Sciences, associate Professor
Baisheva Z. V., doctor of philological Sciences, Professor
Baiguzina L. Z., candidate of economic Sciences, associate Professor
Vanasyan, A. S., doctor of medical Sciences, Professor
Vasilyev F. P., doctor of law Sciences, associate Professor, member of RUN
Vinevskaya A. V., candidate of pedagogical Sciences, associate Professor
Wilczynska E. V., candidate of chemical Sciences, associate Professor
Galimova G. A., candidate of economic Sciences, associate Professor
Getmanskaya E. V., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor
Gruzinskaya E. I., candidate of legal Sciences
Guliyev I. A., candidate of economic Sciences
Datiy A. V., doctor of medical Sciences, Professor
Dolgov D. I., candidate of economic Sciences, associate Professor
Zakirov, M. Z., candidate of technical Sciences, Professor
Ivanova N. I., doctor of agricultural Sciences, Professor,
Kaluzhina S. A., doctor of chemical Sciences, Professor
Kulikova T. I., candidate of psychological Sciences, associate Professor
Kurmanova L. R., doctor of economic Sciences, Professor
Kirakosyan A. S., candidate of legal Sciences, associate Professor
Kikimbaeva J. S., doctor of veterinary Sciences, Professor
Kozlov Y. P., doctor of biological Sciences, Professor, academician of RANS and REA
Kozyreva O. A., candidate of pedagogical Sciences, associate Professor
Kondrashihin A. B., doctor of economic Sciences, Professor,
Konopatskova O. M., doctor of medical Sciences, Professor
Markova N. G., doctor of pedagogical Sciences, Professor
Mukhamadeeva Z. F., candidate of sociological Sciences, associate Professor
Ponomareva L. N., candidate of economic Sciences, associate Professor
Pochivalov, A. V., doctor of medical Sciences, Professor
Proshin I. A., doctor of technical Sciences, associate Professor
Simonovich N. E., doctor of psychological Sciences, Professor, academician of RANS
Simonovich N. N., candidate of psychological Sciences
Smirnov P. G., candidate of pedagogical Sciences, Professor
Startsev, A. V., doctor of technical Sciences, Professor
Tanaeva, Z. R., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor
Venelin Terziev, Professor Dipl. Eng. DSc., PhD, D. Sc. (National Security)
Hromina S. I., candidate of biological Sciences, associate Professor
Shilkina E. L., doctor of sociological Sciences, Professor
Shlyakhov S. M., doctor of physico-mathematical Sciences, Professor
Yurova K. I., candidate of historical Sciences, associate Professor
Yusupov R. G., doctor of historical Sciences, Professor
Yangirov A. V., doctor of economic Sciences, Professor
Yarullin R. R., doctor of economic Sciences, Professor, corresponding member of RAE

Layout: Tyurina NR | Editor / Proofreader: Agafonova EV

Edition of magazine "Symbol of science":
450077, Ufa, PO Box "Omega science" | +7 347 299 41 99
http://os-russia.com | mail@os-russia.com

Signed print 03.04.2017
Format 60x90 1/8. | Volume 25.8. | Circulation 500.

Printed in the publishing department of "Omega science"
450076, Ufa, ul. M. Gafuri 27/2 | mail@os-russia.com | +7 347 299 41 99

All articles are reviewed.
The point of view of edition not always coincides with the point of view of
authors of published articles.
Authors of the articles are fully liable for the content of articles and for the fact of
their publications.
The editorial staff is not liable for any damage caused by the publication of the
article to the authors and/or the third parties and organizations.
When you use and borrowing materials reference is obligatory.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

Алехин А.С., Алехин С.Н. ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ БАРАБАНА НА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТИРАЛЬНОЙ МАШИНЫ	9
Арефьева Д.Я. ТЕОРИЯ ГРАФОВ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПУБЛИКАЦИОННЫХ КОЛЛАБОРАЦИЯХ	13
Близнец П.М., Рубцов В.И., Коновалов К.В., Бошляков И.А. ДОМАШНИЙ ОХРАННЫЙ РОБОТ НА БАЗЕ ШАГАЮЩЕГО ДВИЖИТЕЛЯ	14
Бородаева М. Г., Каргина А. В., Зубрилина Е. М., Маркво И. А. ВЫБОР МОДЕЛИ СЕЯЛКИ ТОЧНОГО ВЫСЕВА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ	21
Борсук Н.А., Карпова Т.Д., Егорова А.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СРЕДСТВ РАЗРАБОТКИ САЙТОВ-ВИЗИТОК	25
Борсук Н.А., Тимашев Н.А. ВОПРОСЫ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В РАДИОЭЛЕКТРОННОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	28
Булат А.Д., Филенков В.М., Обрубов В.А. ЭФФЕКТ ДИСПЕРГАЦИИ ЦЕМЕНТА В РАСТВОРНЫХ СМЕСЯХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВНЕШНЕГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ	30
Бурмак Д.В. НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОЙ ЭЛЕКТРОЭНЕРГЕТИКИ	35
Ванякина М.В. СПОСОБЫ И МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ИЗМЕРЕНИЙ	37
Ваулин А.С., Семин В.М. ПСИХОЛОГИЯ ПРОГРАММИРОВАНИЯ В ОБУЧЕНИИ	39
Газизов.А.М., Гарбовский Д.А. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУШКИ ШПОНА	43
Газизов.А.М., Данилов А.А. МОДЕРНИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА УЧАСТКА РАСПИЛОВКИ ФАНЕРЫ	44
Газизов. А.М., Газизов К. А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШКАФОВ	46
Газизов.А.М., Исламуратов А.И. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕСОПИЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА	47
Горячев Д.Е., Крамаренко А.В. КЕРАМЗИТОБЕТОН С ДОБАВКОЙ ГИПСОЦЕМЕНТНО-ПУЦЦОЛАНОВЫХ ВЯЖУЩИХ	49
Горячев Д.Е., Ахмедьянова Л.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛГИДРОКСИЭТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ГИПСОКАРТОНА	51

Далаханов Б. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТЕПЛОИЗОЛЯЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ КРЫШ	53
Дьяконов Н.А., Иванов А.С. СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ПОРТФОЛИО	55
Евдокимов И.В., Баранов В.А., Колбина А.О. БЛОЧНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ МОДЕЛИ В ЗАДАЧАХ ИДЕНТИФИКАЦИИ ДИНАМИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ	57
Зубрилина Е.М., Маркво И.А., Минеев А.А., Новиков В.И., Тимолянов К.А. ОБЗОР ПРИМЕНЯЕМЫХ ПЕРВИЧНЫХ ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЕЙ В СИСТЕМАХ КОНТРОЛЯ ВЫСЕВА СЕМЯН ПРОПАШНЫХ СЕЯЛОК	61
Иванов А.С., Дьяконов Н.А. О ТРЕБОВАНИЯХ К ФОТОГРАФИИ В ПОРТФОЛИО СТУДЕНТА	64
Кабашов В.Ю. ПОВЫШЕНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННОЙ НАДЕЖНОСТИ СЕЛЬСКИХ ВЛ 6–10 КВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	66
Казыханов А.А., Редников Д.В. АНАЛИЗ РЫНКА РОССИЙСКИХ СМАРТФОНОВ	70
Казыханов А.А., Редников Д.В. УЯЗВИМОСТИ ANDROID - РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ИНФОРМАЦИИ НА СМАРТФОНЕ	71
Казыханов А.А., Редников Д.В. РАЗВИТИЕ РЫНКА ПРОГРАММНО-АППАРАТНЫХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ	73
Катков Е.К. МОНИТОРИНГ ИСКУССТВЕННЫХ ИОНОСФЕРНЫХ ОБРАЗОВАНИЯ О ДАННЫМ НАВИГАЦИОННЫХ ИЗМЕРНИЙ	74
Кондратьева Л.А. АНАЛИЗ СИНТЕЗИРОВАННОГО ПО АЗИДНОЙ ТЕХНОЛОГИИ СВС ПРОДУКТА ИЗ СИСТЕМ «$x\text{NH}_4\text{BF}_4 + y(\text{NH}_4)_2\text{SiF}_6 + z\text{NaN}_3$» И «$x\text{NH}_4\text{BF}_4 + y\text{Na}_2\text{SiF}_6 + z\text{NaN}_3$»	78
Куров А.В., Ветров М.В. АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА “УЧЁТ ДОКУМЕНТОВ ПРЕДПРИЯТИЯ”	80
Леонов О.А. АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТ ОДНОФАЗНЫХ ЗАМЫКАНИЙ НА ЗЕМЛЮ В СЕЛЬСКИХ СЕТЯХ 6-10 КВ	84
Макаренко Д.Е. ОБЗОР И АНАЛИЗ РЕФЛЕКТОМЕТРИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КЛ	87
Македонский С.А., Никишова А.В. ОГРАНИЧЕНИЯ И СЛОЖНОСТИ ЗАЩИТЫ КОММЕРЧЕСКОЙ ТАЙНЫ	89
Мутугуллина И.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПОДОГРЕВАТЕЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАЗУТА	92

Мухаметьянова А.А. ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМ ПОДОГРЕВА НА НЕФТЕБАЗАХ	95
Никольский В.В., Кирпичникова Н.Н. ВАРИАТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ПО СБОРОЧНОМУ ЧЕРТЕЖУ	97
Панасенко А.С. ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ НА ОСНОВЕ БЕСКОНТАКТНЫХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ КАРТ	101
Плотников А.Ю., Зиборов А.Ю., Трифонов А.А. ОСУШКА ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ТРУБОПРОВОДОВ КОМПРЕССОРНЫХ И ГАЗОРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫХ СТАНЦИЙ	104
Поповская Е.О., Москалец Н.В. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПИРИНГОВОЙ СЕТИ	106
Пустовой Д.А. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСПЛУАТАЦИИ СЕЛЬСКИХ КАБЕЛЬНЫХ ЛИНИЙ НА ОСНОВЕ ИХ ДИАГНОСТИКИ	109
Рахимов А.Б., Сулейманов А.М. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГПЭС НА ГАЗОВЫХ И НЕФТЯННЫХ МЕСТОРОЖДЕНИЯХ	111
Рашоян И.И., Аюков А.С. ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ	114
Сарварова Э. Р. АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАССТОЯНИЯ ДО ПРЕПЯТСТВИЯ	117
Стоян Н.М. ФОРМИРОВАНИЕ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ НАССР	119
Суровцева О.А., Мереуц К.И., Брагилева В.В. АНАЛИЗ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СИСТЕМ В РОССИИ И В МИРЕ	121
Ушакова М.А., Свиридов Д.А. ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЛУАТАЦИИ УСТАРЕВШИХ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ НА ГОРОДСКОМ ПАССАЖИРСКОМ ТРАНСПОРТЕ	123
Хлестова Д.Р., Редников Д.В. К ВОПРОСУ О СТРАХОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ РИСКОВ	125
Хлестова Д.Р., Редников Д.В. УПРАВЛЕНИЕ ИТ-АКТИВАМИ, КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УМЕНЕНИЕ СОТРУДНИКА ПРЕДПРИЯТИЯ	127
Хлестова Д.Р., Редников Д.В. DDOS-АТАКИ, КАК СРЕДСТВА КОНКУРЕНТНОЙ БОРЬБЫ	128
Черкасова Э.И. УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИЕЙ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	130

Чиванов А.И., Фукс С.Л. ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ, СОСТАВА И СВОЙСТВ КОМПОЗИЦИОННОГО ПОКРЫТИЯ ФОСФАТ ЦИНКА - ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕН	132
Шамснихметова Л.И. ИСТОРИЯ КОНСТРУИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЙ ВЫПУСК НИВЕЛИРА	135
Шаталова Ю. Г., Жиглов Я. В. РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ РЕПЛИКАЦИИ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯ	137
Шмырев Д.В., Коверкина Е.В., Кочетов О.С. ХАРАКТЕРИСТИКИ АКУСТИЧЕСКИХ СИСТЕМ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В КОНСТРУКЦИЯХ ФОРСУНОК АППАРАТОВ РАСПЫЛИТЕЛЬНОЙ СУШКИ	142
Шмырев Д.В., Булаев В.А., Кочетов О.С. РАСЧЕТ ВИБРОИЗОЛИРУЮЩИХ СИСТЕМ С ВИБРОИЗОЛЯТОРАМИ ПОДВЕСНОГО ТИПА	144
Ященко К.Г., Костенко Е.В. К ПРОБЛЕМЕ ТЕХНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ	146
СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЕ НАУКИ	
Владимиров С. А., Безридный А.С., Килиди А. И. ПЛАНИРОВКА И РЕЖИМ ОРОШЕНИЯ РИСА КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ БОРЬБЫ С СОРНОЙ РАСТИТЕЛЬНОСТИ	151
Владимиров С.А., Кузнецов Е. В., Алексеенко Ф. А. ПРИРОДНО-РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ АГРОЛАНДШАФТОВ И АКВАТОРИИ СТЕПНЫХ РЕК КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	154
Владимиров С.А., Хатхоху Е.И., Чичивичников Б. П. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОГО РИСОВОДСТВА НА КУБАНИ	157
Владимиров С.А., Хатхоху Е.И., Сергеев К. С. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ УСТОЙЧИВОГО БЕЗОПАСНОГО РИСОВОДСТВА	160
Карпачев В.В., Горшков В.И., Сибирный Д.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КОЛЛЕКЦИИ ЯРОВОГО РАПСА ПО ОСНОВНЫМ АГРОНОМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ	163
Климкина Ю. М. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ УДОБРЕНИЙ НА ЧИСЛЕННОСТЬ МИКРОБНОГО СООБЩЕСТВА ДЕРНОВО-ПОДЗОЛИСТОЙ ПОЧВЫ	164
Костюк В.И. СИСТЕМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ УСТОЙЧИВОСТИ СЕВЕРНОГО КАРТОФЕЛЯ К МОКРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ГНИЛИ С ПОМОЩЬЮ УДОБРЕНИЙ	168
Студенникова Н.Л., Котоловец З.В. УЛУЧШЕНИЕ ВИНОГРАДА СОРТА САПЕРАВИ МЕТОДОМ КЛОНОВОЙ СЕЛЕКЦИИ	172

Чжао Инь	176
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЧТЕНИЙ КИТАЙСКИХ И РОССИЙСКИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ	

ФИЛОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Давлатзода Р.С.	180
ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТЕКСТА	
Лемов А.В.	182
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛИНГВИСТИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	
Лихачева М.С.	183
ПЕРЕВОД ПИСЕМ-РЕКЛАМАЦИЙ О ПРЕТЕНЗИЯХ И ИХ УРЕГУЛИРОВАНИИ	
Мустафина Р.Ф.	185
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ В СТРУКТУРЕ ГЛАГОЛОВ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕМАНТИКИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	
Уянаева З.Р.	187
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАРАЧАЕВО-БАЛКАРСКОГО НАРТСКОГО ЭПОСА	
Щелок Т.И., Виноградова Н.Г.	191
ТЕМАТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ В НЕМЕЦКОМ МОЛОДЕЖНОМ ЯЗЫКЕ	

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Vystropova O.S.	194
MEDICAL TOURISM IN THE VOLGOGRAD REGION (ON THE EXAMPLE OF THE SANATORIUM "KACHALINSKY")	
Бердников А.В., Березников А.И., Акчурина А.С., Полякова Е.Ю.	196
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА	
Ванесян А.С.	199
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА АМЭРСО	
Датий А.В., Багреева Е.Г., Селиванов Б.С., Агеева Н.С., Балабанова Н.В.	204
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МУЖЧИН	
Жуковская А. О., Москаленко И. С.	206
ПОНЯТИЕ И МЕХАНИЗМ ЗАКАЛИВАНИЯ	
Жуковская А. О., Москаленко И. С.	208
БОЛЕЗЕНЬ ТИТЦЕ (РЕБЕРНЫЙ ХОНДРИТ)	
Курбаналиев Р.М., Колесниченко И.В., Кузбаев Р.Е., Хакимходжаев З.Ш	210
ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО «ВВОРАЧИВАЮЩЕГОСЯ» ШВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ	

Расулов Р., Москаленко И. С. РЕАБИЛИТАЦИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ	215
Садырбекова Ш.Ж. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	217
Д.С. Трунова, Москаленко И.С., Логинов Ю.И. КИНЕЗИОТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА)	221

Компрессы при синдроме Титце делают из отвара розмарина, распаренных листьев Melissa или хрена. Поверх приложенного компресса необходимо повязать шаль или теплую ткань. Также хорошо помогают натирания грудной клетки медвежьим или свиным жиром. Часто в воспаленные участки втирают спиртовые настойки из эвкалипта и березовых почек. После процедуры нужно укрыться теплым одеялом, чтобы продлить согревающий эффект.

Однако следует помнить, что прежде чем практиковать лечение синдрома Титце народными средствами, необходимо посоветоваться с врачом.

Список использованной литературы:

1. М. К. Недзведь, Е. Д. Черствый «Патология анатомия», издательство «Вышэйшая школа» Минск, 2011.
 2. «Общая патологическая анатомия» под редакцией О. В. Зайратьянца, МГМСУ, 2007
- © Жуковская А. О., Москаленко И. С., 2017

УДК 61.617-089.844

Курбаналиев Ринат Маратович

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

doc_kurbanaliy@mail.ru

Колесниченко Ирина Владимировна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии

Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина

Кыргызстан, г. Бишкек,

Кузубаев Руслан Едилевич

Ассистент

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

Хакимходжаев Зуфар Шавкатович

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО «ВВОРАЧИВАЮЩЕГОСЯ» ШВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Аннотация

В работе приведены исследования, указывающие на возможность развития послеоперационных осложнений и рецидивов патологий мочевыводящих путей при реконструктивно-пластических операциях. Немаловажным условием успешной операции является методика и техника сопоставления тканей, что в значительной степени влияет на исход лечения. Основной задачей реконструктивно-пластических операций на мочевыводящих путях является наложение специализированных швов анастомоза, способствующих адекватной герметичности и созданию оптимальных условий для предупреждения развития послеоперационных осложнений и повторного рецидивирования патологического процесса в верхних мочевыводящих путях.

Разработана методика применения непрерывного вворачивающегося шва при хирургической коррекции патологий верхних и нижних мочевыводящих путей с целью восстановления естественного пассажа мочи.

В различные сроки послеоперационного периода в сравнительном анализе в работе представлены выводы о состоятельности, герметичности и высокой результативности использования разработанной методики в практической урологии. Методика наложения непрерывного вворачивающегося шва на зону

анастомоза доказала свою физиологичность, способствовала предупреждению и минимизации послеоперационных осложнений в виде мочевых затеков и свищей, инфицирования послеоперационных ран, что в свою очередь, благоприятствовало быстрому заживлению и сократило количество рецидивов патологий мочевыводящих путей.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов реконструктивно-пластических операций с использованием различных методов наложения швов при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, нейромышечной дисплазии мочеточника, протяженных стриктурах уретры (более 4 см) и гипоспадии (проксимальные формы).

Ключевые слова

Непрерывный вворачивающийся шов, герметичность, сопоставление тканей, мочевыводящие пути, реконструктивно-пластические операции.

Kurbanaliev Rinat Maratovich

Candidate of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

Kolesnichenko Irina Vladimirovna

PhD, assistant professor of urology

Kyrgyz-Russian Slavic University. BN Yeltsin
720000, Kyrgyzstan, Bishkek, str. Kiev 44

Kuzebaev Ruslan Edilovich

Assistant of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

Khakimhodjaev Zufar Shavkatovich

Candidate of Medical Sciences

Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva,
720020, Kyrgyzstan, Bishkek, 92 st Ahunbaeva

THE USE OF CONTINUOUS "EVERTING" SUTURE IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF URINARY TRACT

Resume

In this work we investigated the possible postoperative complications and recurrences the urinary tract pathologies after reconstructive surgery. One of conditions of the successful reconstructive operations is method of tissue matching, which greatly affects the outcome of treatment. The main objective of urinary tract reconstruction is a making specialized suture of the anastomosis, contributing to the adequate tightness and the creation of optimal conditions to prevent the development of postoperative complications and re-recurrence of the pathological process in the upper urinary tract.

We created a method of continuous everting suture for surgical correction of pathologies of the upper and lower urinary tract to restore natural passage of urine. The paper presents conclusions about the viability, integrity and high performance of the created techniques at different times of the postoperative period. The method of continuous everting suture proved its physiology, minimizing postoperative complications in the form of streaks and urinary fistulas, infections of surgical wounds, which in turn favored rapid healing and reduced the number of recurrences of pathologies of the urinary tract.

The aim of our study was to estimate results of various reconstructive methods using different methods suturing in UPJ stricture, neuromuscular dysplasia of the ureter, extensive urethral strictures (more than 4 cm) and hypospadias (proximal forms).

Keywords

Continuous everting suture, the mapping of tissues, urinary tract, reconstructive plastic surgery.

В настоящее время проблема сопоставления тканей почечной лоханки, мочеточника и уретры при реконструктивно-пластических операциях является не менее актуальной проблемой в урологии, как и десятки лет назад. Разработка специализированных швов, которые позволяют сохранить герметичность при пластических операциях на мочевыводящих путях создаст оптимальные условия для скорейшего заживления вновь созданного анастомоза без риска осложнений и рецидивов в будущем, что является основной целью проводимых хирургических вмешательств. При убежденности в диагностировании патологий мочевыводящих путей различной природы хирургическое лечение должно быть выполнено в сроки установления диагноза [4, с.57-87].

Имеется прямая взаимосвязь между используемыми хирургическими швами и качеством произведенной пластической операции [1, с.156]. Существует множество синтетического рассасывающегося шовного материала, каждый из которых применим в той или иной области хирургии [3, с.256].

В урологии, чаще всего, применимы два вида нитей – монофиламентные и полифиламентные, применение которых зависит от следующих факторов: на какую морфологическую ткань используется нить, время рассасывания шовного материала, диаметр нити, физиологическая и функциональная принадлежность шовного материала.

Кроме этого, все швы должны обеспечивать гемостаз по линии их наложения и создавать биологическую и физиологическую герметичность органов и тканей [2, с.8-12].

Материал и методы исследования.

Исследование проведено в урологических отделениях Республиканского Научного Центра Урологии при ИГ МЗ города Бишкек Кыргызской Республики с 2005 по 2015 гг.

Критерии включения: пациенты с нарушениями уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей (таблица 1).

Таблица 1

Структура обструктивных уропатий и методов хирургического вмешательства

Заболевание	Методика операции	Количество операций	Количество пациентов n-270 (100%)
Нейромышечная дисплазия мочеточника	Моделирование мочеточника по длине и ширине	38(100%)	38(14%)
Стриктура ЛМС	Пластика по Андерсену-Хайнсу	85(53,7%)	158(58,5%)
	Аутопластика влагалищной оболочкой яичка	73(46,2%)	
Стриктура уретры	Буккальная пластика	50(100%)	50(18,5%)
Гипоспадия	Буккальная пластика	24(100%)	24(8,8%)

На лоханочно-мочеточниковом сегменте оперировано 158 (58,5%) пациентов. Из них узловые швы наложены 55 (34,8%) больным, обвивные непрерывные швы - 43 (27,2%), вворачивающиеся непрерывные швы - 60 (38,0%) пациентам.

При нейромышечной дисплазии мочеточника оперировано 38 пациентов (14%). Из них, узловые швы были применимы 14 (36,8%) больных, обвивные непрерывные швы – у 10 (26,3%), вворачивающие непрерывные швы – у (36,8%) 14 пациентов.

При стриктурах уретры на большом протяжении и гипоспадии узловые швы хирургическая коррекция произведена 74 больным (27,3%), из них узловые швы использованы у 20 (27,0%) пациентов, обвивные непрерывные швы - у 20 (27,0%), вворачивающие непрерывные швы - у 34 (46,0%) больных (таблица 2).

Таблица 2

Структура швов при реконструктивно-пластических операциях

Виды швов	Количество больных n-270 (100%)
Узловой	89 (33,0%)
Обвивной непрерывный	73 (27,0%)
Вворачивающийся непрерывный	108 (40,0%)

Схематичное изображение наложения швов при реконструктивно-пластических операциях на мочевыводящих путях представлено на рисунке 1.



Рисунок 1 – Виды наложения швов

Результаты хирургического лечения

Результаты хирургического лечения пациентооценивали в течение одной недели после операции, через четыре недели (после удаления мочеточникового стент-катетера) и до шести месяцев. Из 270 оперированных больных герметичность анастомоза достигнута в 74,8% случаев, в 25,2% - отмечается истечение мочи по страховому дренажу и послеоперационным мочевым свищам с инфицированием послеоперационных ран (таблица 3).

Таблица 3

Структурапоказателей герметичности швов в зависимости от сроков хирургической коррекции и методов оперативного вмешательства

Методики оперативного вмешательства	Наложение швов	Истечение мочи по страховым дренажам и мочевым свищам			
		2-6сутки	до 4 недели	до 6 месяцев	Итого
По Андерсену-Хайнсу	узловой	8(8,9%)	2(2,2%)	1(1,1%)	11(12,2%)
	обвивной непрерывный	8(11,0%)	6(8,2%)		14(19,2%)
	вворачивающийся непрерывный	2(1,9%)			2(1,9%)
Аутопластика влажной оболочкой яичка	узловой	4(4,5%)	1(1,1%)		5(5,6%)
	обвивной непрерывный	4(5,5%)			4(5,5%)
	вворачивающийся непрерывный	1(0,9%)			1(0,9%)
Пластика мочеточника при нейромышечной дисплазии	узловой	5(5,6%)	2(2,2%)	1(1,1%)	8(8,9%)
	обвивной непрерывный	3(3,4%)	2(2,7%)	1(1,4%)	6(7,5%)
	вворачивающийся непрерывный	3(2,8%)	1(0,9%)		4(3,7%)
Буккальная уретропластика	узловой		5(6,5%)		5(6,5%)
	обвивной непрерывный		5(6,8%)		5(6,8%)
	вворачивающийся непрерывный		3(2,8%)		3(2,8%)
Итого:		38(55,9%)	27(39,7%)	3(4,4%)	68(100,0%)

Тем самым, наиболее частые осложнения в виде мочевых затеков и инфицирования послеоперационной раны отмечено у пациентов после наложения обвивных (19,2%) и узловых (12,2%) швов при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента в течение 1 недели до 1 месяца после операции. При использовании вворачивающего непрерывного шва в течении первой недели после пластики по Андерсену-Хайнсу в 1,9% наблюдений отмечено истечение мочи из страхового дренажа, прекратившееся на 6-е сутки после операции.

Критериями герметичности швов при гипоспадиях и стриктурах уретры явились первичное

заживление раны, оценка показателей урофлоуметрии через 1-6 месяцев послеоперационного периода. При использовании обвивного и узлового швов истечение мочи из послеоперационного свища наблюдалось в 6,8 и в 6,5% случаев соответственно, при наложении вворачивающего непрерывного шва - в 2,8% наблюдений (до 2х недель после операции).

У пациентов, перенесших пластические операции на верхних мочевыводящих путях через 4 недели (после удаления мочеточникового стент-катетера) и через 6 месяцев послеоперационного периода произведены экскреторные урографии в различном временном промежутке (от 15 минут до 60 минут) и ультразвуковое исследование верхних мочевыводящих путей. Основной целью вышеуказанных обследований было изучение функционального состояния лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника после проведенной реконструктивно-пластической операции.

У пациентов с гипоспадией и со стриктурой уретры в послеоперационном периоде была проведена оценка функциональных результатов операции путем проведения урофлоуметрии. При проведении урофлоуметрии показатели Q_{max} у всех пациентов соответствовали нормальным значениям возрастной номограммы. Также в послеоперационном периоде через 6 месяцев у пациентов, у которых не наблюдались послеоперационные осложнения, проводили ретроградную уретрографию (рисунок 3).



Рисунок 3 – Ретроградная уретрография пациента Б., 19 лет с диагнозом гипоспадия пенильно-мошоночная форма. Через 6 месяцев после буккальной уретропластики с использованием непрерывного вворачивающегося шва

Выводы:

1. Совмещение тканей при любом методе хирургического вмешательства (независимо от открытых или эндоскопических операций) зависит от правильности наложения швов и выбора шовного материала.
2. Эффективность непрерывного вворачивающегося шва соответствует требованиям сопоставления тканей, так как слизистая оболочка вворачивается в просвет лоханки, мочеточника и уретры, создавая надежную герметичность анастомоза.
3. Непрерывный вворачивающийся шов способствует более точному сопоставлению краев раны, предотвращая развитие послеоперационных осложнений и повторного рецидивирования патологического процесса в мочевыводящих путях.

Список используемой литературы:

1. Аляев Ю.Г. Эндоскопическое лечение стриктур мочеточника гольмиевым лазером // Ю.Г. Аляев. – Урология. – 2000. – № 2. – С. 156.
2. Мельков Б.О. Соединение тканей в хирургии // Б.О. Мельков. – Черновцы, 1992. С. 8-12.
3. Семенов Г.М. и соавт. /Хирургический шов // Г.М.Семенов, В.Л.Петришин, М.В. Ковшова. -С.116,2001.- С. 256.
4. Чернецова Г.С. Обструктивные уропатии: монография под ред. Г.С. Чернецовой, А.Г. Пугачева, А.Ч. Усупбаева и др. – Бишкек, 2005. – С.57 -87.

© Курбаналиев Р.М., Колесниченко И.В., Кузубаев Р.Е., Хакимходжаев З.М., 2017



АЙСАЙЫН ЖАРЫЯЛАНУУЧУ ИЛИМИЙ-ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ КЫРГЫЗ МЕДИЦИНАСЫ МЕДИЦИНА

Кыргызстана

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2013 – № 3

АПРЕЛЬ - МАЙ

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Многопрофильная
клиника «КАМЭК»

ДЕЛОВОЙ ПАРТНЕР:

Ассоциация курортологов,
физиотерапевтов,
специалистов
восстановительной и
спортивной медицины
Кыргызской Республики

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

профессор Белов Г.В.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

к.м.н. Маматова Н.Э.

Журнал зарегистрирован
Министерством юстиции
Кыргызской Республики
13.06.2003 г.

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР
856

Журнал включен в список
изданий рекомендованных
Президиумом НАК
Кыргызской Республики для
публикации материалов
докторских и кандидатских
диссертаций в области
медицины

Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. Айни, 45.

Тел.: 49-00-04

Факс: 49-00-05

E-mail: bagdan1954@mail.ru

НАУЧНЫЙ СОВЕТ:

- Ппульмонология – проф. Бримкулов Н.Н.
- Медицинская климатология – Хаснулин В.И. (Россия)
- Гастроэнтерология – проф. Штыгашева О.В. (Россия)
- Нормальная и патологическая физиология – проф. Березовский В.А. (Украина)
- Аллергология и иммунология – проф. Батырханов Ш.К. (Казахстан)
- Педиатрия – проф. Алексеев В.П.
- Хирургия – член-корр. Ашимов И.А.
- Травматология и ортопедия – акад. Джумабеков С.А.
- Общественное здравоохранение – проф. Каратаев М.М.
- Гигиена и санитария – проф. Касымов О.Т.
- Фармакология – член-корр. Зурдинов А.З.
- Неврология, нейрохирургия – акад. Мамытов М.М.
- Курортология и физиотерапия – проф. Султанмуратов М.Т.
- Морфология – проф. Сатылганов И.Ж.
- Лабораторная диагностика – проф. Атыканов А.О.
- Фтизиатрия и инфекционные болезни – проф. Алишеров А.Ш.
- ЛОР заболевания – проф. Насыров В.А.
- Стоматология – д.м.н. Юлдашев И.М.
- Офтальмология – проф. Исманкулов А.О.
- Медицинское право – доц. Орозалиев С.О.
- Сердечно-сосудистая хирургия и трансплантология – проф. Абдраманов К.А.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- Сагинбаева Д.З. (Председатель)
- Абдикеримов С.Т., Жэзналиев М.Ж., Боронбаев С.Б., Кутманбеков А.К., Маматов Э.А., (Бишкек)
- Акимова В.А. (Ош), Акунова Ж.К. (Каракол), Тороев С.Т. (Баткен), Асылбеков Э.С. (Чуй), Бердикожоева А. (Нарын), Миянов М.О. (Джалал-Абад), Шадиев А.М. (Талас)

УДК 616.66-007.26:616.31-018.73:643-089.844

БУККАЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ГИПОСПАДИИ

А.Ч. Усупбаев, Р.Е. Кузубаев, Р.М. Курбаналиев
КРСУ, кафедра урологии, травматологии и ортопедии

Гипоспадия оорусунда заара түтүкчөсүнүн буккалдык пластика операциясы
Усупбаев А.Ч., Кузубаев Р.Е., Курбаналиев Р.М.
Кыргыз-Россия Славян Университети

Урология, травматология жана ортопедия кафедрасы

Корутунду: бул илимий изилдөөдө гипоспадия оорусун, хирургиялык коррекциясы менен тажрыйба жүзүндө көрсөтүп жатабыз.

Негизги сөздөр: гипоспадия, буккалдык заара түтүкчөсүнүн пластикасы.

Buccal urethroplasty for hypospadias.
Usupbaev A., Kuzubaev R., Kurbanaliev R.
Kyrgyz-Russian Slavic University

Resume: This article provided by our experience of surgical correction of hypospadias.

Key words: hypospadias, buccal urethroplasty.

Гипоспадия – порок развития наружных половых органов у мальчиков, характеризующейся отсутствием дистальной части уретры и соответствующей дистопией меатуса, который часто сопровождается нарушением мочеиспускания и половой функции. Гипоспадия самый распространенный порок развития уретры, встречается 1:150, 1:200 новорожденных мальчиков. За последние 30 лет происходит увеличение частоты встречаемости данного порока развития почти на 1% в год. Прогрессирующее увеличение числа больных с гипоспадией связано с ростом неблагоприятных факторов, воздействующих на женщину во время беременности, профессиональными и экологическими вредностями, старением группы первородящих женщин, широким использованием синтетических эстрогенов, употреблением продуктов питания содержащих диуретики [1,2,3].

В настоящее время известно более 300 различных методик для коррекции гипоспадии. Среди детских урологов нет единого, всеми признанного подхода к оперативному лечению порока. Несмотря на большое число научных исследований, посвященных лечению гипоспадии, существуют много нерешенных вопросов и проблема ее коррекции остается весьма актуальной. Частота возникновения послеоперационных осложнений составляет 50% и более. Осложнения могут быть связаны с широкой вариабельностью клинических форм аномалий, многообразием методических подходов при оперативном лечении, послеоперационной инфекцией, попадание мочи на рану [4,5,6].

Оперативное лечение гипоспадии остается одной из актуальных и трудных задач пластической хирургии. Это обусловлено растущими косметическими требованиями, сложностью коррекции

порока. Разнообразие синдромов, наличие дефицита пластического материала, трудности создания герметичного мочеиспускательного канала из окружающих тканей, все это усложняет эту задачу [2].

Обычно кожа полового члена и мошонки, а также плоты используется в качестве материала, однако этого может быть недостаточно при тяжелой гипоспадии. После обширных торных операций по поводу гипоспадии в случаях для реконструкции уретры используют слизистая щеки [6].

Впервые слизистую оболочку щеки для уретропластики использовал Сапезко К. М. 1894 году. В дальнейшем пионером применения слизистой щеки для уретропластики считается Гартман, который в 1907 году опубликовал свои результаты по поводу рецидивного свища у оперированной гипоспадии, лоскутом из слизистой щеки нижней губы.

Многочисленные характеристики слизистой щеки, включая доступность, возможность ее заимствования, совместимость с тканями организма, не содержит волос, устойчивость к инфекции, простое приживление, делают слизистую щеки идеальным пластическим материалом для успешной реконструкции уретры. В настоящее время было доказано, что слизистая щеки является предпочтительным материалом для замещения уретры [8,9,10].

Цель: изучение эффективности уретропластики с использованием слизистой оболочки вворачивающегося герметика.

Материалы и методы.

В работе представлены результаты лечения 15 пациентов в возрасте от 14 до 18 лет.



Рис. (А) подготовлен ложе для буккального лоскута



Рис. (Б) выделение слизистой щеки.



Рис. (В) сформированная уретра.

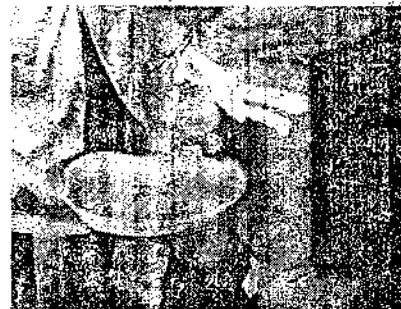


Рис. (Г) самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде.

в РНЦ Урологии с 2009 по 2012 г. Пациенты со структурной формой гипоспадии составила 10 и 2 пациента с мошоночной формой гипоспадии. Всем пациентам в детстве по поводу различных форм гипоспадии выполнены оперативные вмешательства на уретре. У больных тщательно изучался анамнез заболевания, выполнялись общепринятые лабораторные исследования крови, мочи, определялся гормональный фон, делали бактериологический посев мочи, ЭКГ, R- грудной клетки, УЗИ внутренних органов. Все показатели были в пределах нормы.

Учитывая дефицит пластического материала и высокий процент послеоперационных осложнений нами было произведена всем пациентам буккальная уретропластика с применением непрерывного вворачивающегося герметичного шва.

Техника операции: Производится кожный продольный разрез на вентральной поверхности полового члена по срединной линии с окаймлением свищевого хода при гипоспадии, после чего проводились линейные параллельные разрезы в белочной оболочке полового члена с созданием туннеля путем выкраивания полоски, т.е. создания площадки для анастомоза буккального лоскута (рис. А). Далее выделялся буккальный лоскут из щеки соответствующей длины и ширины (рис. Б). Край подготовленного буккального лоскута фиксировали к созданному туннелю непрерывным вворачивающимся швом (нить-викрил 5/0) на всем

протяжении (рис. В). Сопоставление буккального лоскута проводят на уретральном катетере № 16 - 18 по шкале Шаррера.

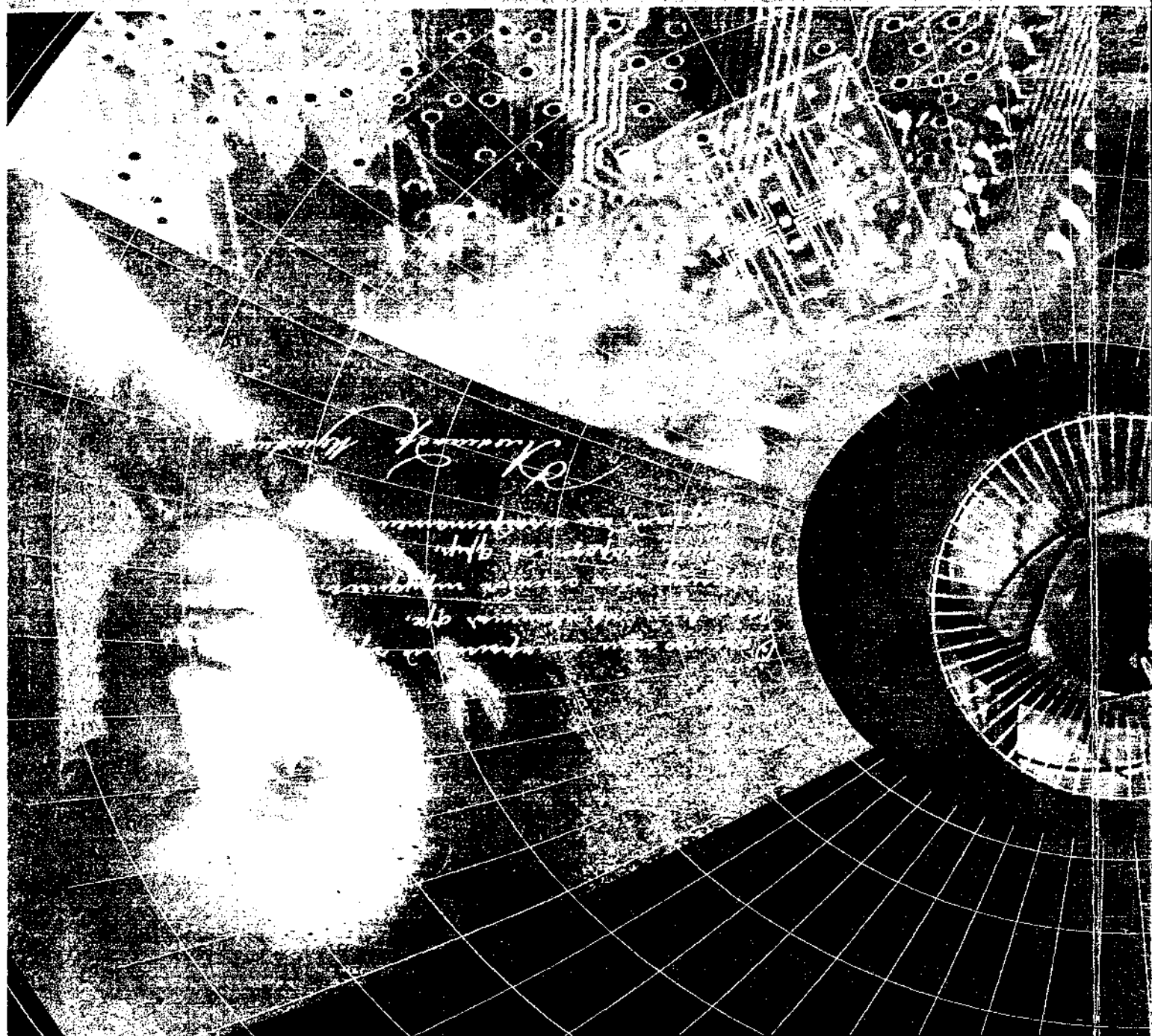
Операцию заканчивают послойным ушиванием раны.

Результаты: послеоперационное течение гладкое, заживление раны первичным натяжением. У 9 больных уретральный катетер удален на 14 сутки, надлобковый мочевого дренаж удален после восстановления адекватного акта мочеиспускания на 15 - 16 сутки. У 2-х пациентов оперированных по поводу мошоночной формы гипоспадии уретральный катетер удаляли на 18 сутки после операции, надлобковый мочевого дренаж удален на 20 сутки. У 11 больных послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. У одного пациента на 8 сутки в послеоперационном периоде были гнойные выделения из уретры, в связи с развитием уретрита уретральный катетер удален, дренирование мочевого пузыря производили через надлобковый мочевого дренаж. Больному проводили усиленную антибактериальную терапию с учетом бактериологического посева мочи. На 3 сутки от начала антибактериальной терапии явления уретрита прошли. Надлобковый мочевого дренаж удален после восстановления адекватного мочеиспускания на 20 сутки после операции.

По результатам 6 месячного наблюдения состояние пациентов удовлетворительное, жалоб не предъявляют, мочеиспускание свободное, струя

2016

Том 16, № 11



Кыргызско-Российского
Славянского университета



ВЕСТНИК

УДК 616.617:616.613-007.63-089.844

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И ЛОХАНКИ
ПРИ ВТОРИЧНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК ПУТЕМ АУТОПЛАСТИКИ**

*Б.М. Султанов, Р.М. Курбаналиев, Г.С. Чернецова,
А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов*

Представлены результаты хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента у пациентов со вторичным образованием конкрементов в почке при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента на фоне внутривнепочечного расположения лоханки.

Ключевые слова: вторичные камни почек; аутопластика; стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента; внутривнепочечный тип лоханки.

**EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF URETEROPELVIC SEGMENT
AND PELVIS IN SECONDARY KIDNEY STONES BY AUTOPLASTY**

*B.M. Sultanov, R.M. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova,
A.Ch. Usupbaev, O.N. Chernetsov*

The paper regards the results of surgical correction of the pelvis and ureteropelvic segment in patients with secondary formation of stones in the kidney at strictures ureteropelvic segment on background location intrarenal pelvis.

Keywords: secondary kidney; autoplasty; stricture of ureteropelvic segment; intrarenal pelvis type.

Введение. Одним из путей улучшения результатов хирургического лечения вторичного камнеобразования в почках при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента, возникающего на фоне внутривнепочечного строения лоханки, является совершенствование хирургической техники оперативного лечения.

При внутривнепочечном расположении лоханки нарушение функционального состояния почки развивается гораздо стремительнее и тяжелее вследствие соответствующего анатомо-физиологического строения [1, 2]. Радикальными операциями многие авторы считают те, которые бы предусматривали одновременно ликвидацию вторично образовавшегося конкремента почки, восстановление проходимости мочевых путей полноценными тканями и приведение в физиологическое соответствие объемов чашечно-лоханочной системы [3].

При наличии конкрементов на фоне внутривнепочечного строения лоханки суммарная емкость чашечек может превысить емкость лоханки и она окажется не в состоянии вместить в себя в момент

диастолы достаточное количество мочи, необходимое для опорожнения чашечек. В конечном счете, это приведет к возникновению дискинезии, гипокинезии и, в дальнейшем, к гипотонии лоханки, гипоксии ее стенок [4]. Наличие стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента еще более усугубляет процесс вышеизложенного. Тем самым, послеоперационный объем проксимального сегмента мочеточника должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в него при систоле лоханки [5]. Следовательно, и объем лоханки должен соответствовать объему порции мочи, поступающей в нее при диастоле лоханки.

На основании результатов комплексных урологических исследований, предложена усовершенствованная методика хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки путем аутопластики паритетальным листком влажной оболочки яичка.

Целью работы явилось восстановление пассажа мочи при нарушенной уродинамике лоханочно-мочеточникового сегмента, увеличение функциональной емкости почечной лоханки и предотвра-

шение возможного развития рецидивов вторичных конкрементов в почке.

Материал и методы. Данная методика внедрена в Республиканском научном центре урологии с 2012 г. Клинический материал представлен результатами произведенных оперативных вмешательств по восстановлению нарушенной уродинамики предложенным методом за период 2012–2016 гг. Методы исследования включали в себя как лабораторные, так и инструментальные обследования. Наиболее значимыми из них – ОАМ, почечные тесты, УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

Результаты.

Клинический пример.

Пациент М., 44 года (история болезни № 37082/1126), находился на стационарном лечении в отделении реконструктивно-пластической и эндоскопической урологии Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР. Поступил с жалобами на боли в поясничной области справа приступообразного характера, тошноту, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что клинические симптомы возникли за сутки до обращения в стационар.

Больной обследован в отделении. ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$; Hb – 152 г/л; гематокрит – 45%; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$; п – 4%; с – 75%; э – 19%; м – 3%; СОЭ – 4 мм/ч. ОАМ: с/ж, полн., белок – 0,099 г/л, эпителий плоский – 27–30 в п. з., лейкоциты – 10–13 в п. з., эритроциты не выявлены – 7–10 в п. з., слизь +, ураты ++ в п. з. Мочевина – 6,5 ммоль/л; остаточный азот – 20,5 ммоль/л; креатинин – 92,0 мкмоль/л. УЗИ: данные за мочекаменную болезнь, камень правой почки, гидронефротическую трансформацию правой почки, калькулезный пиелонефрит.



Рисунок 1 – Обзорная урограмма



Рисунок 2 – Экскреторная урограмма на 15-й минуте

На обзорной урограмме определяется положительный псоас-симптом справа, наличие кон-

кремента в правой почке диаметром = 25 мм × 15 мм (рисунок 1). На экскреторной урограмме на 15-й минуте – функция почек удовлетворительная с обеих сторон, отмечается расширение чашечек и лоханки справа, выраженный гидрокаликоз и пиелозктазия справа (рисунок 2).

Пациенту произведено оперативное лечение, состоящее из нескольких этапов:

- 1) люмботомия справа, задняя субкортикальная пиелолитотомия, уретеролиз, пиелолиз, стентирование почки;
- 2) резекция влагалищной оболочки правого яичка;
- 3) пластика лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента влагалищной оболочкой яичка (модификация клинки).

Описание операции

1. Под эндотрахеальным наркозом после соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи по Федорову в поясничной области справа. Подкожно-жировая клетчатка и мышцы рассечены. По ходу гемостаз. Брюшина отодвинута медиально. Вскрыта фасция Герота. Выделен мочеточник, взят на держалку. Произведен уретеролиз и пиелолиз. Лоханка внутривисцеральная, задняя губа почки приподнята векоподъемником. Лоханка рассечена продольно и перпендикулярно (Т-образно). Конкремент удален. Установлен мочеточниковый стент № 8. Оценка дефекта лоханки.

2. После соответствующей обработки операционного поля 76%-ным спиртом произведен разрез кожи мошонки справа по передней поверхности. Рассечены послойно все оболочки яичка до париетального листка влагалищной оболочки. Гемостаз. Произведена резекция париетального листка в виде лоскута треугольной формы, размером 15 мм × 10 мм, на дефект оболочек – узловые кетгуттовые швы. Послойно швы на рану. Асептическая повязка.

3. На дефект лоханки наложен резецированный участок влагалищной оболочки, внутренней поверхностью обращенный в полость лоханки с ушиванием непрерывным вворачивающимся швом викрила 3-0. Контрольный гемостаз. В рану установлен резиновый выпускник и страховой дренаж. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

На 13-е сутки после операции пациент выписан с улучшением. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление раны первичным натяжением. Спустя 3 года проведено контрольное обследование. На обзорной и экскреторной урограммах на 15-й минуте отмечается удовлетворительная функция обеих почек, теней конкрементов не определяется (рисунки 3, 4).



Рисунок 3 – Обзорная урография



Рисунок 4 –
Экскреторная урография
на 15-й минуте

Результаты оперативной коррекции оценивались по ряду критериев, среди которых необходимо выделить улучшение эвакуаторной функции лоханки, уменьшение степени эктазии ЧЛС, улучшение уродинамики почки.

Выводы

Хирургическая коррекция стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента при внутрипочечном развитии лоханки позволила оценить характер структурно-функциональных изменений в почке и верхних мочевых путях на фоне вторичной обструкции с учетом современных диагностических возможностей, а также обосновать выбор вида оперативного лечения.

Предложенный метод хирургической коррекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента путем аутопластики парietальным листком влагалищной оболочки яичка улучшает функциональное состояние почки путем увеличения функциональной емкости лоханки и улучшения уродинамики.

Данный метод способствует профилактике развития вторичных осложнений, наиболее частыми из которых являются образование конкрементов в лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте.

Литература

1. Чернецова Г.С. Урология / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др.; под ред. Г.С. Чернецовой, А.Г. Пугачева, А.Ч. Усупбаева. Бишкек, 2009. С. 170–190.
2. Колесниченко И.В. Оптимизация результатов хирургического лечения больных с гидронефрозом в различных возрастных группах: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Колесниченко. Бишкек, 2013. С. 15.
3. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко // Урология. М., 2002. № 3. С. 43–46.
4. Карпенко В.С. Гидронефроз / В.С. Карпенко, Ф.П. Хрипта, А.М. Романенко // Здоровье. Киев, 1991. 239 с.
5. Пугачев А.Г. Результаты пластических операций при гидронефрозе / А.Г. Пугачев, Ю.И. Кудрявцев, И.И. Ларионов // Урология и нефрология. М., 1996. № 3. С. 3–8.