

ца с соблюдением оптимального режима мочеиспускания. Такая тактика лечения предупреждает развитие атак острого и прогрессирование хронического пиелонефрита и исключает необходимость в оперативном лечении.

Итак, ортотопический мочевого пузыря, созданный одномоментно или двухэтапно после цистэктомии из изолированного тубулярного сегмента сигмовидной или подвздошной кишки, не превышающей в длину 25 см, является наиболее перспективным методом медико-социальной и трудовой реабилитации всех пациентов после цистэктомии, более простым в техническом выполнении, восстанавливает естественную деятельность верхних мочевыводящих путей и уретральное мочеиспускание. В лечении отдаленных осложнений энтероцистопластики применимы как традиционные хирургические вмешательства, так и современные новейшие операционные технологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Войно-Ясницкий А. М.* Энтероцистопластика после цистэктомии с восстановлением естественного пути мочеиспускания // Урология. — 1974. — №1. — С. 60–66.

2. *Зубков А. Ю. и др.* // Казанский мед. ж. — 2005. — №4. — С. 332–336.
3. *Комяков Б. К.* // Урол. и нефрол. — 1996. — №5. — С. 16–19.
4. *Комяков Б. К.* // Урология. — 2004. — №3. — С. 32–35.
5. *Лоран О. Б. Велиев Е. Н.* Материалы пленума Российского общества урологов. — Тюмень, 2005. — С. 207–216.
6. *Матвеев Б. П. и др.* Рак мочевого пузыря. — М., 2001.
7. *Ситдыкова М. Э.* Основы реабилитации больных раком мочевого пузыря: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — 1994 г. — С.31.
8. *Ситдыков Э. Н. и др.* // Урология. — 2003. — № 6. — С. 3–6.

Поступила 03.04.06.

#### POSTPONED COMPLICATIONS OF ENTEROCYSTOPLASTICS, THEIR PROPHYLACTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CYSTECTOMY DUE TO BLADDER INVASIVE CANCER

*M.E. Sitdykova, A.Yu. Zubkov, E.N. Sitdykov, E.A. Zubkov*

#### S u m m a r y

The results of surgical treatment of 198 patients with urinary bladder cancer are presented. The possible postponed postoperative complications are highlighted. It is concluded that prophylaxis of these complications could help to avoid the progression to chronic pyelonephritis, urolithiasis, kidney insufficiency, and chloremic acidosis.

УДК 616.643 — 002.2 — 072.1 — 08

## ИРРИГАЦИОННАЯ УРЕТРОСКОПИЯ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

*О.А. Лобкарев, А.О. Лобкарев, Р.Х. Хафизьянова*

*Кафедра урологии и нефрологии (зав. — проф. Р.Х. Галеев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, кафедра фармакологии (зав. — проф. Р.С. Гараев) Казанского государственного медицинского университета*

Уретриты у мужчин до настоящего времени остаются одними из самых распространенных заболеваний. По оценкам разных авторов, их частота в разных возрастных группах мужчин достигает 40% и не имеет тенденции к снижению [14]. Уретриты вызывают простатиты, эпидидимиты, циститы, занимая приоритетное место среди факторов, приводящих к мужскому бесплодию [1, 7, 12]. Во второй половине XX века внимание врачей разных специальностей (дерматовенерологи, урологи, гинекологи) стала привлекать проблема уретритов неспецифической этиологии. В настоящее время неспецифическими уретритами принято называть такие, которые обусловлены при снижении защитных сил организма

неспецифической (условно-патогенной) микрофлорой уретры.

Разнообразие клинической симптоматики неспецифических уретритов и их осложнений приводит к обращению больных не только к дерматовенерологам, но и к урологам, терапевтам, окулистам и врачам других специальностей [6]. Субъективные расстройства при хронических неспецифических уретритах выражены слабо: это явления промежностного дискомфорта, вечерние парестезии, зуд в уретре, особенно в области ладьевидной ямки. Обильные выделения из уретры отсутствуют, преобладает слипание губок уретры. В первой, обычно прозрачной порции мочи могут присутствовать и оседать на дно сосуда мелкие

уретральные нити [14]. Согласно клинической классификации уретритов, при наличии таких симптомов в периоде от 2 недель до 2 месяцев уретрит называют торпидным, при дальнейшем его течении – хроническим.

Данные заболевания мужского мочеиспускательного канала до настоящего времени остаются труднокурабельными в связи с различной интерпретацией природы их возникновения и факторов усугубления. Кроме того, в большинстве случаев остается непонятным, какой штамм микроорганизмов у конкретного больного из обширного (существующего в норме) условно-патогенного микробиоценоза мужской уретры явился этиологическим агентом неспецифического уретрита. Проблема заключается в трудности различения этиологически значимых микроорганизмов от представителей нормальной микрофлоры уретры здорового мужчины. Так, И.И. Ильин [6] указывает на то, что микрофлора здоровой уретры представлена в основном 2–3 видами микроорганизмов, причем основными обитателями являются стафилококки, затем следуют дифтероиды, стрептококки, сарцины.

Иной точки зрения придерживается Ю.Б. Иванов [5], который, признавая преобладание в нормальной микрофлоре коагулазоотрицательных стафилококков и негемолитических стрептококков, отмечает присутствие в нормальной микрофлоре уретры коринеоформных микроорганизмов у 100% обследуемых, а лактобактерии — у 58,3% здоровых мужчин. При этом он подчеркивает, что из переднего отдела уретры каждого здорового мужчины выделяется в среднем  $5,7 \pm 0,9$  вида микроорганизмов. При неспецифических уретритах среднее количество видов микроорганизмов в микрофлоре мужской уретры уменьшается до  $2,3 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ) по сравнению с микробиоценозом здоровых мужчин, при этом лактобактерии отсутствуют. Коринебактерии выделяются лишь в 54,6% случаев, регистрируются микрококки, энтерококки и энтеробактерии.

Таким образом, микробиоценоз мужской уретры является сложной системой. Достаточная функциональная активность нейтрофильных уретральных гранулоцитов, высокий уровень антибактериальных

антител, защищающий уретральный эпителий от патогенных и условно-патогенных бактериальных агентов, существуют только при условии нормально развитой защитной микрофлоры уретры, целостности эпителия в различных отделах мочеиспускательного канала, наличии нормальной уродинамики уретры [2, 9]. Так, например, нарушение бактериального антагонизма, наблюдающееся при смене полового партнера, можно рассматривать как местный иммунодефицит с нарушением способности к адгезии антибактериальных антител с нормальным эпителием уретры [17], что может явиться пусковым механизмом неспецифического уретрита.

Значительная распространенность хронических неспецифических уретритов у мужчин при низкой эффективности их лечения указывает на научную и практическую значимость всестороннего изучения различных аспектов их диагностики и разработки новых методов их лечения. Одним из таких методов является активно внедряемая в клиническую практику ирригационная уретроскопия, позволяющая визуализировать патологический процесс и оптимизировать процесс санации просвета уретры и ее придаточных половых желез [8, 16]. Уретроскопия дает возможность дифференцировать такие клинические формы уретрита, как передний (воспаление слизистой уретры от наружного отверстия мочеиспускательного канала до сфинктера уретры), задний (от сфинктера уретры до внутреннего отверстия мочеиспускательного канала) и тотальный (от наружного отверстия мочеиспускательного канала до внутреннего). Уретроскопия способствует удалению из органа экссудата, механической элиминации микроорганизмов, создает активную гиперемии слизистой оболочки, позитивно влияет на процессы регенерации эпителия уретры [8, 9].

Нам нередко приходится лечить больных, жалующихся на слабые боли в уретре, рези в конце мочеиспускания, появление мутных, бело-серых примесей в моче. Как правило, к моменту обращения к урологу пациент уже проходит всю необходимую для выявления возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), диагностику в самых авторитетных лечебно-диагностических центрах, но

при этом возбудители ЗППП никем не обнаруживаются. Очень многие из этих пациентов имеют семью, детей, ведут активную половую жизнь с постоянной партнершей и не считают себя больными. Однако во время расспроса они признаются, что несколько лет назад лечились у врача-венеролога по поводу "каких-то венерических болезней", по назначению врача принимали в течение нескольких недель перорально или парентерально дорогостоящие препараты и отмечали у себя полное выздоровление. При этом они категорически отрицают, что имели случайные половые связи после того заболевания. Из этого следует, что жалобы, с которыми они обращаются к врачу-урологу, прямо или косвенно связаны с перенесенным ранее венерическим заболеванием. Неужели врач-венеролог плохо провел диагностику и лечение пациента? Конечно же, нет. И врач, и (что самое главное) сам пациент были удовлетворены достигнутым результатом. Такие пациенты практически никогда не связывают свои нынешние жалобы с перенесенным некогда венерическим заболеванием.

Таким образом, нужно признать, что существуют факторы, обуславливающие неполноту лечения уретритов обычными методами (общепринятая терапия с применением антибиотиков). По нашему мнению, к числу таких факторов можно отнести следующие.

1. Игнорирование при составлении плана лечения состояния эпителия уретры, играющего основную роль в развитии уретрита. Также не учитывается тропизм различных инфекционных агентов к эпителию различных отделов уретры. Любой воспалительный процесс, который протекает внутри полового органа (каковым является мужской мочеиспускательный канал), не может не влиять на слизистую оболочку этого органа, представленную каким-либо эпителием [3, 4]. Структура эпителиальной выстилки индивидуальна для каждого органа и определяется функциональным его предназначением [4]. Мужская уретра не является исключением. Структура эпителия уретры в разных ее отделах различна. В интрамуральной и предстательной частях мочеиспускательного канала эпите-

лий имеет характер переходного, как в мочевом пузыре. Перепончатая часть (то есть та, которая расположена в пределах сфинктера мочеиспускательного канала) и губчатая (в толще губчатого тела полового члена) выстланы цилиндрическим многослойным эпителием, а ладьевидная – многослойным плоским эпителием с признаками ороговения в верхних слоях [15]. Это необходимо учитывать при планировании лечения уретрита. Известно, что гонококки всегда поражают только цилиндрический эпителий, а трихомонады – плоский. Из этого следует, что лечение очагов инфекции, расположенных в области ладьевидной ямки, отличается от лечения инфекционных поражений, локализованных в губчатом или простатическом отделах, хотя бы потому, что эти поражения вызываются разными возбудителями. Поэтому для назначения адекватной терапии необходимо визуализировать слизистую уретры с помощью уретроскопии.

2. При обследовании больного очень часто не учитывается тот факт, что последствия ранее перенесенного воспаления уретры могут послужить причинным фактором развития спустя некоторое время (месяцы или годы) неспецифического уретрита. Так, постгонорейная стриктура уретры, вызывая инфравезикальную обструкцию, может приводить к развитию дисмикробиоценоза уретры и неспецифического уретрита. В данном случае для визуализации сужения уретры необходимо использовать уретроскопию.

3. До настоящего времени недостаточно хорошо разработаны вопросы топической диагностики уретритов как специфических, так и неспецифических. Несовершенство диагностики и лечения уретритов можно продемонстрировать на примере уретрита гонококковой этиологии. Так, в соответствии с МКБ-10 учитывают несколько форм гонококковой инфекции. Не вдаваясь в подробности обширной классификации этой инфекции, рассмотрим две ее формы: А54.0 – гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез; А54.1 – гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового

тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез. Это различие имеет большое значение при назначении этиотропной терапии. В соответствии с рекомендациями [13], при нозологической форме А54.0 необходимо назначать цефтриаксон внутримышечно в дозе 250 мг однократно либо ципрофлоксацин внутрь в дозе 500 мг однократно. В соответствии с теми же рекомендациями, при нозологической форме А54.1 лечение следует проводить по следующей схеме: цефтриаксон внутривенно или внутримышечно по 1,0 г один раз в сутки до истечения 24 – 48 часов после исчезновения клинических проявлений. Достоверно диагностировать абсцедирование (или его отсутствие) можно лишь с помощью уретроскопии.

Таким образом, мы приходим к выводу, что уретроскопия необходима для правильной постановки диагноза в соответствии с МКБ-10 и для назначения адекватной терапии в каждом конкретном случае.

При рассмотрении аспектов этого метода обращает на себя внимание следующая важная особенность. Современная уретроскопия называется ирригационной потому, что при проведении уретроскопа от наружного отверстия мочеиспускательного канала ретроградно (то есть по направлению к мочевому пузырю), а также при выведении уретроскопа наружу, движению его предпосылается поток жидкости (так называемая промывная жидкость). Она призвана обеспечить оптимальное светопреломление в условиях крайне ограниченного внутреннего пространства уретры и создать тем самым хорошее качество изображения. Технически нет никакой разницы, какая именно это жидкость. Можно использовать физиологический раствор, дистиллированную воду и т.п.

С целью оптимизации процесса санации уретры в качестве промывной жидкости мы предлагаем использовать растворы лекарственных средств. Тогда каждая уретроскопия как таковая становится не только диагностической методикой, но и лечебной процедурой. А если учесть, что необходим динамический контроль эффективности проводимого лечения, то можно считать, что лечебно-диагностических уретроскопий у одного больного будет несколько: одна при первичном обследовании больного плюс одна-две контрольные. Значит, в

распоряжении врача имеется хорошая возможность для местного лечения уретрита.

Растворы лекарственных средств, используемые в качестве промывной жидкости, должны обладать несколькими качествами: во-первых, быть прозрачными, во-вторых, обладая выраженными антисептическими свойствами, не повреждать дорогостоящее эндоскопическое оборудование, в-третьих, быть достаточно дешевыми. Мы сравнивали эффективность применения 0,02% раствора фурацилина и 0,9% раствора хлорида натрия в качестве промывной жидкости при ирригационной уретроскопии у мужчин, больных хроническим неспецифическим уретритом [10, 11]. Использование 0,02% раствора фурацилина оказалось более эффективным, чем физиологического раствора.

Таким образом, современная ирригационная уретроскопия является не только диагностическим, но и действенным лечебным методом. Использование ее различных модификаций позволяет значительно снизить распространенность воспалительных заболеваний мочеиспускательного канала у мужчин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Венерические болезни/Под редакцией О.К. Шапошниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 1991.
2. Возианов А.Ф., Кривошеин Ю.С., Пасечников С.П. и др. // Урол. и нефрол. – 1991. – № 1. – С. 7–9.
3. Войташевский Я.Б., Васильев А.И., Лейтес Л.Р. и др. Малая урология. – Киев, 1936.
4. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы и его клиническое значение. – Казань, 2000.
5. Иванов Ю.Б. Факторы персистенции микрофлоры репродуктивного тракта мужчин в норме и при патологии: Автореф. дис.... канд.мед.наук. – Оренбург, 1998.
6. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. – М., 1977.
7. Кубанова А.А., Кабанова И.А. //Вестн. Дерматол. и венерол. – 2005. – № 3. – С.41–43.
8. Лобкарев О.А. Эндоскопическое лечение простатитов у мужчин. – Казань, 2002.
9. Лобкарев О.А. Пути оптимизации эндоскопической диагностики и лечения заболеваний мужской уретры и предстательной железы: дисс....д-ра мед.наук. – Казань, 2005.
10. Лобкарев А.О. Материалы 80-й студенческой научной конференции КГМУ. – Казань, 2006. – С.72–73.
11. Лобкарев А.О. Материалы научной конференции "Молодые ученые в медицине". – Казань, 2006. – С. 200–201

12. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. // Врач. сослов. — 2004. — № 5—6, 9—11.

13. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. / Под общ. ред. Кубановой А.А., Кисиной В.И. — М., 2005. — С. 531—535.

14. Руководство по андрологии / Под ред. О.Л. Тиктинского. — Л., 1990.

15. Рушаков В.И. Хирургия мочеиспускательного канала. — Ростов-на-Дону, 1998.

16. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. и др. Эндоскопическая хирургия. — М., 1998.

17. Ohkawa M., Yamaguchi K., Tokunaga S. et al. // Urol-Int. — 1993. — Vol.51(3). — P. 129—132. Kanazawa University, Japan.

Поступила 16.05.06.

#### IRRIGATIONAL UTERHEROSCOPY IN THE THERAPY OF CHRONIC NON-SPECIFIC URETHRITIS IN MEN

*O.A. Lobcarev, A.O. Lobcarev, R.F. Khafizyanova*

#### S u m m a r y

The necessity of the irrigational urethroscopy in treatment of chronic nonspecific urethritis in men is discussed. The reason and mechanisms of developments of relapses are studied. The role of urethroscopy in identification of accurate localization of inflammatory process in different parts of the male urethra and its importance for choosing the adequate pharmacotherapy of urethritis are particularly underlined.

УДК 616. 62 — 053. 2 — 008. 222/ 223

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

*Г.И. Сафуллина, Г.А. Иваничев, Р.А. Якупов*

*Кафедра неврологии и рефлексотерапии (зав. — проф. Г.А. Иваничев)  
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Энурез проявляется непроизвольным мочеиспусканием во время сна. Частота распространенности этой патологии колеблется от 2,2 до 28,1%, а среди школьников от 7 до 14 лет — в среднем до 12% при значительном превалировании заболевания у мальчиков [1]. Для детей с энурезом характерны расстройство волевой деятельности, эмоциональная неустойчивость, раздражительность. Больные часто страдают не столько от самого заболевания, сколько от упреков и иногда наказания родителей, что ведет к формированию невротических реакций. Возможность развития расстройства потенции у взрослых, страдавших энурезом в детском и подростковом возрасте (синдром "парацентральной дольки" в сексопатологии) [6], определяет высокую актуальность настоящей проблемы. Необходим поиск новых подходов к изучению механизмов развития состояния, в частности с уточнением клинко-нейрофизиологических характеристик энуреза на основе углубленного исследования функционального состояния различных отделов ЦНС.

Энурез следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание, в котором отчетливо проявляется взаимосвязь органических и функциональных факторов. При этом не вызывает сомнений значимость отягощенного акушерского анамнеза, перинатальной патологии ЦНС, сопровождаю-

щейся асфиксией или гипоксией плода, энцефалических реакций в грудном и преддошкольном возрасте, различных психогенных травм [1, 2, 6].

В последние годы большое значение в генезе энуреза придается роли наследственности. Считается, что риск возникновения непроизвольного ночного мочеиспускания у ребенка составляет 77% в том случае, если энурез был в анамнезе у обоих родителей, 44% — если ночным недержанием мочи страдал один из них, и только 15%, если ни у отца, ни у матери энуреза не было. Уровни конкордантности по энурезу для монозиготных близнецов почти в 2 раза выше, чем для дизиготных. Предполагается также локализация генетических нарушений практически с одинаковой частотой в нескольких хромосомах (8q, 12q, 13q, 22q). Однако зависимость между предполагаемой локализацией генетических нарушений и формами энуреза, в том числе первичным и вторичным, ночным и дневным не прослеживается. Не исключается также связь фактора наследственности с недостаточностью нисходящих ингибирующих влияний со стороны ствола мозга [12].

Согласно МКБ-10, энурез характеризуется непроизвольным недержанием мочи днем или ночью, вызванным каким-либо неврологическим нарушением или структурной аномалией мочевого тракта. Прак-