

данных о сроках исчезновения таких проявлений [2].

Вместе с тем результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что в группе контроля через 6 месяцев от начала наблюдения гиперактивность детрузора в большинстве случаев сохраняется, а в основной она была устранена почти у всех пациентов. Также в основной группе отмечается и более выраженная положительная динамика СНМП по данным анкеты I-PSS.

Можно полагать, что использование холинолитиков позволяет блокировать повышенную чувствительность к ацетилхолину нервных клеток детрузора при ИВО и гиперактивность детрузора [5]. Поэтому мы полагаем, что предлагаемый нами подход можно считать обоснованным.

Р.Э. Амдий (2007) при наличии гиперактивности детрузора и сниженной сократимости мочевого пузыря получил эффект от нейростимуляции тиббиального нерва и полагает, что применение м-холинолитиков однозначно приведет к ухудшению симптоматики. Однако в наших наблюдениях в основной группе пациентов, принимавших адреноблокаторы и м-холинолитики даже при сниженной сократимости мочевого пузыря до

операции через 6 месяцев от начала лечения достигнуты положительные клинические результаты и улучшение уродинамических показателей.

Полагаем, что проводимые нами в настоящее время исследования через 6 месяцев после завершения комбинированного лечения позволят сделать более аргументированные заключения по данному вопросу.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о том, что перед ТУРП применение комплексных уродинамических исследований наряду с оценкой клинических симптомов позволяет использовать их для выбора рациональной программы послеоперационного периода.

Для составления более адекватной программы после ТУРП такие же исследования целесообразны через 6 недель после операции.

Обоснованные по данным литературы соображения о целесообразности и эффективности применения м-холинолитиков при ИВО и ГМП на почве ДГПЖ в проведенном нами исследовании продемонстрируют высокую эффективность и безопасность применения такого подхода после ТУРП.

Сведения об авторах статьи:

Ивашенко В.А. – врач-ординатор урологического отделения №3 ГБУЗ ОКБ №3. Адрес: 454021, г. Челябинск, пр. Победы, 287.

Досюбаев А.А. – доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России. Адрес: г. Челябинск, Воровского, 64

ЛИТЕРАТУРА

1. Амдий, Р.Э. Диагностическое и прогностическое значение уродинамических исследований нижних мочевых путей у больных инфравезикальной обструкцией и нарушением сократимости детрузора: дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2007. – 336с.
2. Гаджиева, З.К. Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 36 с.
3. Патрикеев, А.А. Медицинская реабилитация больных после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы: дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 2005. – 169 с.
4. Профилактика и лечение воспалительных осложнений после трансуретральной резекции аденомы предстательной железы / Э.М. Мустафаев, А.Г. Мартов, А.Г. Наумов, В.Н. Синюхин [и др.] // Лечащий врач. – 2006. – № 7. URL: <http://www.lvrach.ru/2006/07/4534157/> (дата обращения 25.02.2013).
5. Decrease in autonomic innervation of the human detrusor muscle in outflow obstruction / J.A. Gosling, S.A. Gilpin, J.S. Dixon, C.J. Gilpin // J Urol. – 1986. – № 136. – P. 501–4.

УДК 616.61.-007.42 -01

© З.А. Кадыров, Ф.С. Каландаров, О.Н. Безуглый, 2013

З.А. Кадыров¹, Ф.С. Каландаров¹, О.Н. Безуглый^{1,2}

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ

¹ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

²Городская клиническая больница №7, г. Москва

В статье проанализированы отдаленные результаты обследования и лечения 111 пациентов после традиционных и видеоэндоскопических нефропексий. Установлено, что видеоэндоскопические методы имеют ряд преимуществ, таких как малая травматичность, большой процент удовлетворительных результатов, быстрая трудовая и социальная реабилитация больного, хорошие переносимость и косметический эффект.

Ключевые слова: традиционная нефропексия, лапароскопическая нефропексия, ретроперитонеоскопическая нефропексия, сравнительный анализ.

Z.A. Kadyrov, F.S. Kalandarov, O.N. Bezuglyy
REMOTE RESULTS OF VIDEOENDOSCOPIC NEPHROPEXY

The paper summarizes long-term results of examination and treatment of 111 patients after traditional and videoendoscopic nephropexies. It was established that videoendoscopic methods have a number of advantages, such as small trauma, high percent of good results, quick physical and social rehabilitation of the patient, good acceptability, and, finally, a good cosmetic effect.

Key words: open nephropexy, laparoscopic nephropexy, retroperitoneoscopic nephropexy, comparative analysis.

Нефроптоз (НП) нередко вызывает болевой синдром и осложнения, которые часто приводят к потере трудоспособности почти у 20% больных [1-3]. Консервативное лечение применяется в начальных стадиях нефроптоза. Для лечения нефроптоза раньше в основном применяли нефропексию открытым доступом. Внедрение в урологии видеондоскопических операций расширило возможности хирургического лечения больных НП [3-7]. В этих условиях становится актуальным проведение сравнительного анализа результатов оперативного лечения НП, в частности отдаленных результатов с применением вышеуказанными методами операции.

Материал и методы. В настоящей работе нами проанализированы результаты обследования и лечения 120 больных с симптоматическим нефроптозом, проходивших обследование и лечение в 3-х медицинских учреждениях за период с 1997 по 2012 гг. Больные были распределены на 3 группы. I группу составили 42 (35%) пациента, которые перенесли эндоскопическую нефропексию ретроперитонеоскопическим доступом (РПД), II группу – 48 (40%) пациентов после нефропексии лапароскопическим доступом (ЛД) и III группу – 30 (25%) больных, оперированных открытым доступом (ОД). Возраст пациентов варьировал от 17 до 58 лет (средний возраст составил 32±0,5 года). Из них женщин было 102 (85%), мужчин 18 (15%).

Традиционные операции выполнялись по методике Ривиору-Пытеля-Лопаткина. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с использованием проленовой сетки из 3-4 портов.

Отдаленные результаты оперативного лечения были оценены у 120 пациентов по истечении 1 и более лет после вмешательства. Оценка полученных результатов проводилась

на основании анкетирования, личного опроса, физикального осмотра с полупозиционной пальпацией, клинко-лабораторного обследования, ультрасонографии почек, экскреторной урографии, РРГ, ДНСГ и МСКТ.

Главным критерием оценки эффективности операции было отсутствие рецидива НП, улучшение не только качества жизни больных после операции, но и исчезновение боли, ликвидация хронического пиелонефрита, стабилизация артериального давления, полное купирование гематурии и др. Анкетирование осуществлялось на основании специального опросника, состоящего из 21 вопроса. Из 120 разосланных писем с анкетами 4 вернулись обратно ввиду изменения места жительства адресата. В 5 случаях пациенты отказались от опроса. На запрос было получено 111 анкет: от 40 пациентов I группы, от 42 пациентов II группы и от 29 больных III группы. Отдаленные результаты оперативного лечения нефроптоза оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Результаты и обсуждение. Данные анкетирования (табл.1) показали, что у 36 (90%) пациентов после РПНП, у 35 (83,3% после ЛПН и у 22 (75,9%) после ОНП боли полностью исчезли или возникали в виде единичных эпизодов слабой интенсивности при физических нагрузках. У 1 (2,5%) пациента после РПНП, у 2 (4,8%) после ЛПН и у 3 (10,3%) после ОНП сохранились постоянные или почти постоянные, периодически усиливающиеся тупые интенсивные боли в поясничной области.

Показатели подвижности фиксированной почки по результатам контрольного обследования (экскреторная урография и УЗИ почек) больных после операции представлены в табл.2.

Таблица 1

Отдаленные результаты операций по данным анкетирования

Результаты	Метод операции					
	РПНП (n = 40)		ЛПН (n = 42)		ОНП (n = 29)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Хорошие	36	90	35	83,3	22	75,9
Удовлетворительные	3	7,5	5	11,9	4	13,8
Неудовлетворительные	1	2,5	2	4,8	3	10,3

Условные обозначения: РПНП – ретроперитонеоскопическая нефропексия; ЛПН - лапароскопическая нефропексия; ОНП – открытая нефропексия.

Показатели подвижности почки после различных методов операции

Показатели подвижности почки	Метод операции					
	РПНП		ЛПН		ОНП	
	абс	%	абс	%	абс	%
Нормальная подвижность почки (3,65±0,56 см)	35	87,5	34	80,9	22	75,9
Повышенная подвижность почки (до 5 см)	4	10	2	14,3	4	13,8
Повышенная подвижность почки (более 5 см)	1	2,5	2	4,8	3	10,3

При лучевых и рентгенологических методах диагностики было выявлено, что у больных после РПНП и ЛПН подвижность почки установилась в физиологических пределах, а у больных, оперированных традиционным «открытым» доступом (ОД), она была значительно ограничена, что свидетельствует о более эффективном устранении патологической подвижности почки при нефропексии с использованием видеоэндоскопических доступов.

Контрольную РРГ мы выполнили 104 (93,6%) пациентам. Улучшение функции почек зафиксировано у 28 (90%) пациентов после РПНП, у 30 (83,3%) после ЛПН и у 20 (75,9%) после ОНП. Контрольную ДНСГ выполнили 19 (65,5%) пациентам. Замедление секреции выявлено у 3 (10,34%) больных, удлинение экскреторного сегмента – у 2 (6,9%) обследованных.

Переносимость РПНП 13 (32,5%) больных оценили отлично, 25 (62,5%) больных оценили хорошо и 2 (5%) – плохо. Переносимость ЛПН 13 (30,9%) больных оценили отлично, 26 (61,9%) – хорошо и 3 (7,14%) – плохо.

Переносимость ОНП 6 (20,7%) больных оценили отлично, 14 (48,3%) – хорошо и 9 (31,03%) – плохо (рис. 1).

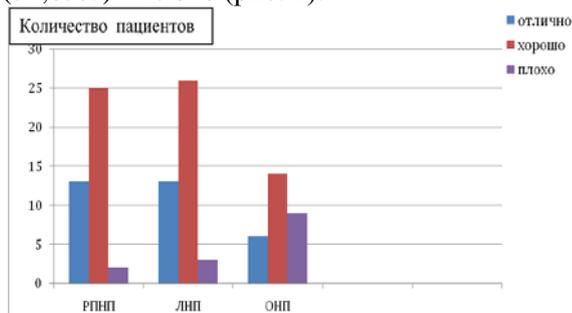


Рис. 1. Переносимость РПНП, ЛПН и ОНП

Косметический эффект после РПНП 26 (65%) больных оценили отлично, 12 (30%) – хорошо, 2 (5%) – удовлетворительно. Косметический эффект после ЛПН 27 (64,3%) больных оценили отлично, 13 (30,9%) – хорошо, 2 (4,8%) – удовлетворительно. Косметический эффект после ОНП 4 (13,8%) больных оценили отлично, 12 (41,4%) – хорошо, 7 (24,1%) – удовлетворительно, 6 (20,7%) – плохо (рис. 2).

После РПНП 10 (25%) пациентов возвратились к прежней активной жизни в боль-

шей мере, чем до операции, 29 (77,5%) – полностью возвратились к прежней активности, 1 (2,5%) – частично, с ограничениями. После ЛПН 10 (23,8%) пациентов возвратились к прежней активности в большей мере, чем до операции, 30 (71,4%) – полностью возвратились к прежней активности, 2 (4,8%) – частично, с ограничениями, а после ОНП 4 (13,8%) пациента возвратились к прежней активности в большей мере, чем до операции, 18 (62,1%) – полностью возвратились к прежней активности, 7 (24,1%) – частично, с ограничениями.

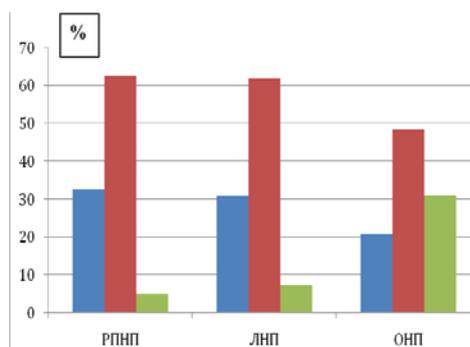


Рис. 2. Косметический эффект после РПНП, ЛПН и ОНП

На отдаленные результаты РПНП, ЛПН и ОНП повлияли длительность предоперационного анамнеза, наличие сопутствующей патологии, возраст больных. Так, если в группу с хорошими и удовлетворительными результатами входили лица со сроком заболевания (M±t) 3,36±0,74 года, то продолжительность заболевания у больных с неудовлетворительными результатами была 10,5±3,67 года (p<0,05). Эффективность зависела от возраста больных. Хорошие и удовлетворительные результаты мы получили у больных, средний возраст которых составил 32,8±1,2 года, а неудовлетворительные при возрасте 44,0±3,8 года (p<0,05). Немаловажное значение имеет наличие сопутствующих патологий, таких как МКБ, киста почек, гидронефроз, связанных со стриктурой ЛМС. Сопутствующие патологии могут повлиять на отдаленные результаты как при выполнении малоинвазивным, так и традиционным доступами.

Заключение. Таким образом, при сравнении отдаленных результатов РПНП, ЛПН и ОНП выявляются достоверно лучшие результаты нефропексии с использованием видеоэн-

доскопических методов, чем при традиционном "открытым" доступе. Особенно нужно подчеркнуть качество жизни больных в послеоперационном периоде, когда больные от-

мечают минимальные болевые ощущения, короткий срок пребывания в больнице, быстрое выздоровление и возвращение к обычной жизни.

Сведения об авторах статьи:

Кадыров Зиёрташ Абдуллоевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21. E-mail: zieratsho@yandex.ru.

Каландаров Фирузшо Саидшоевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21. E-mail: firuzshohi_kalandar@mail.ru

Безуглый Олег Николаевич – врач-уролог ГКБ №7. Адрес: 115446, г. Москва, Коломенский пр. д. 4; аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21. E-mail: bipsa@realmail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин, Н.А. Нефроптоз / Н.А. Лопаткин, Е.Б. Мазо // Оперативная урология. – Л.: Медицина, 1986. – С. 25 – 28.
2. Андрейчиков, А.В. Нефроптоз: нейрогуморальные (иммунологические) аспекты проблемы / А.В. Андрейчиков // Сиб. мед. журн. – 2000. – №1. – С. 39 – 42.
3. Буцких, А.Н. Лапароскопическое лечение нефроптоза: дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Буцких. – Рязань, 2009. – 140 с.
4. Васин, Р.В. Оптимизация оперативного лечения нефроптоза с использованием лапароскопического доступа: дис. ... канд. мед. наук / Р.В. Васин. – Рязань, 2010.
5. Yoshiyuki M. Laparoscopic nephropexy: Treatment outcome and quality of life / M. Yoshiyuki, M. Yosuke, O. Kazutoshi et. al. // International Journal of Urology (2004) 11, P. 1–6.
6. Wyler S.F. Retroperitoneoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis using a modified three – point fixation technique / S.F. Wyler [et al] // Urology. – 2005. – Vol. 66, №3. – P. 644-648.
7. Golab A. Retroperitoneoscopic nephropexy in the treatment of symptomatic nephroptosis with 2 – point renal fixation / A. Golab, M. Słojewski, B. Gliniewicz et al. // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2009 Aug; 19 (4): 356 – 9.

УДК.[611.621:616.62]

© Н.И. Казеко, В.И. Ермишина, С.В.Хилькевич, В.Б. Бердичевский, И.В. Павлова, С.Ж. Ильясов, 2013

Н.И. Казеко, В.И. Ермишина, С.В.Хилькевич,
В.Б. Бердичевский, И.В. Павлова, С.Ж. Ильясов

СТРУКТУРА И ФУНКЦИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОПСИИ

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Тюмень*

Проведено исследование цитомембран интерстициальной ткани мозгового слоя почек, полученной путем прижизненной биопсии почечной ткани во время операции пиелолитотомии у 46 больных мочекаменной болезнью и вторичным пиелонефритом. Полученные нами результаты исследований свидетельствуют о значительных изменениях липидной фазы цитомембран нефрона у урологических больных, страдающих мочекаменной болезнью и вторичным пиелонефритом.

Ключевые слова: пиелонефрит, мочекаменная болезнь, фосфолипиды, цитомембраны.

N.I. Kazeko, V.I. Ermishina, S.V. Khilkevich, V.B. Berdichevsky, I.V. Pavlova, S.Zh. Ilyasov
THE STRUCTURE AND FUNCTION OF CELL MEMBRANES IN UROLOGICAL PATIENTS ACCORDING BIOPSY

The work provides the data of the study of medullary interstitial tissue cytomembranes, obtained by intravital biopsy of kidney tissue during pelvolithotomy performed to 46 patients with urolithiasis and secondary pyelonephritis. The results of the study show significant changes in the lipid phase of nephron cytomembranes in urological patients suffering from urolithiasis and secondary pyelonephritis.

Key words: pyelonephritis, urolithiasis, phospholipids, cytomembranes.

Мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит занимают важное место в структуре заболеваний почек и остаются актуальной проблемой урологии. Связано это прежде всего с тем, что данное заболевание чаще всего встречается среди лиц молодого, трудоспособного возраста. Оно приводит к формированию хронической почечной недостаточности и инвалидизации [1].

Несмотря на постоянный интерес к мочекаменной болезни и хроническому пиелонефриту, хорошую освещенность в литературе ряда вопросов, касающихся развития дан-

ного заболевания, до сих пор не найдено достаточно убедительных объяснений механизмов камнеобразования и эффективных средств, предупреждающих ее развитие. В настоящее время высказано мнение, что в патогенезе мочекаменной болезни и хронического пиелонефрита важную роль играют мембранопатологические процессы, в частности процессы перекисного окисления липидов, дефицит антиоксидантов, которые реализуют свое патологическое действие в очаге кристаллообразования и воспаления [2, 3, 4]. Несмотря на широкий спектр выявленных па-