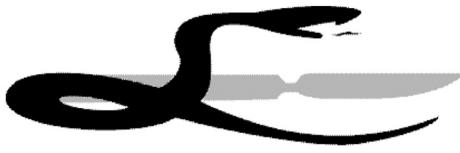


ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
РЕСПУБЛИКА АРМЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ



ISSUES IN THEORETICAL
AND CLINICAL MEDICINE

Journal of Scientific and Practical
Medicine

Հրապարակիչ՝
«ԿՈՊՈՒՍԻ ՏԵՇՈՒԵՍԿՈՅԻ Ի ԿԼԻՆԻՉԵՍԿՈՅԻ
ՄԵԴԻՑԻՆԻ» ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ՍՊԸ
ՀՀ Կրթարարակության նախարարությունում հանդեսի
գրանցման համարը՝ 855, 08.09.1998, h.726
Պարագանելիք՝ 02Ա N 046813, փրված՝ 18.12.1999 թ.

Խմբագրության հասցեն՝ ք. Երևան, Զորավի 40, N 3 ՔԿԿ
Նև.՝ (37410) 537-040, (37410) 537-192, (37410) 538-513

Էլ. փոստ՝ ananik2000@yahoo.com

Հողվածներն ընդունվում են ամեն օր:

Պարագանելիքում բարդության դրվենք Ո.Մ. Կուրդինյան
(091) 42 68 67, robert-kurghinyan@rambler.ru

Համարի թողարկման պարագանելիքում՝

Ո.Մ. Կուրդինյան

ՏԱՐԱԾՎՈՒՄ Է ԱՆՎՃԱՐ

Решением ВАК РА журнал рекомендован для публикации основных результатов докторских исследований на соискание ученых степеней и званий

ՀՀ ԲՈՆ-ի որոշման համաձայն սույն հանդեսում արենախանական հեղազողությունների պահպանությունը կարող է հանդիսանալ ինչը զիտական աստիճանների և կողունակի սպազման համար

Регистрационный номер журнала в Министерстве юстиции РА - 855 от 08.09.1998, пр.726

Свидетельство гос. регистрации за 02А №046813 от 18.12.1999 г.

Адрес редакции: г. Ереван, Дзорапи 40, ГКБ N3.
Тел.: (37410) 537-040, (37410) 537-192, (37410) 538-513

Эл. почта: ananik2000@yahoo.com

Статьи принимаются ежедневно ответственным секретарем - доц. Кургянян Р.М.

(091) 42 68 67, robert-kurghinyan@rambler.ru

Ответственный за выпуск номера – Кургянян Р.М.
РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

Տպաքանակ՝
Տիրայ՝ 200

Տպաքանակ՝
Օճյում՝ 54

Համակարգչային շարվածքը և ձեռավորումը՝ Սպեկտր Սպեկտրալյանի

Տպագրված է «ԼԻՄՈՒՇ» հրապարակչապանը

Հասցեն՝ Պուշկինի 40/76

Նև.՝ 58 22 99, 53 58 65, 094 58 22 99

Էլ. փոստ՝ info@limush.am

ՏԵՍԱԿԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԵՐ
Գիտագրության համրեն
Հայոր 20, ամենամյա հավելված N 10 (116), 2017 թ.

ВОПРОСЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Научно-практический журнал
Том 20, ежегодное приложение № 10 (116), 2017 г.

WEB: pananarm.info

Главный редактор
ПЕТРОС П. АНАНИКЯН

Зам. главного редактора
Э. М. Геворкян

Ответственный секретарь
Р. М. Кургянян

Редакционная коллегия

Павел П. Ананикян

Д.Г. Думанян

А. М. Кушлян

А. М. Минасян

М. М. Мириджанян

М. З. Нариманян

Редакционный совет

А. В. Азнауриян

Б. Н. Арутюняն

А. П. Геворкян

А. Р. Меликян

Ю. М. Погосян

О. В. Саруханян

Э. С. Секоян

Р. В. Фанарджян

Д. Н. Худавердян

А. Г. Чарчян

А. К. Шукурян

Международный

редакционный совет

В. Арутюняն (Швейцария)

Б. Л. Вильямс (Англия)

С. У. А. Ганн (Швейцария)

С. Ф. Гончаров (Россия)

К. Дерцакян (США)

Л. А. Дурнов (Россия)

Г.И. Ингороква (Тбилиси)

А. Н. Коновалов (Россия)

Л. Б. Лихтерман (Россия)

Л. М. Нихус (США)

В. М. Розинов (Россия)

Г. Ф. Сайлер (Швейцария)

М.М. Танашян (Москва)

Գլխավոր խմբագիր՝
ՊԵՏՐՈՍ Պ. ԱՆԱՆԻԿՅԱՆ

Գլխավոր խմբագիր փեղակալ՝
Է. Մ. Գևորգյան

Պարագանակության համար՝
Ռ. Մ. Կուրդինյան

Խմբագրական կոլեգիա՝

Պավել Պ. Անանիկյան

Դ. Գ. Դումանյան

Ա. Մ. Կուշլյան

Ա. Մ. Մինասյան

Մ. Մ. Միրիջանյան

Մ. Յ. Նարիմանյան

Խմբագրական խորհուրդ՝

Ա. Վ. Ազնաւրյան

Բ. Ն. Արդյունյան

Ա. Պ. Գևորգյան

Ա. Բ. Մելիկյան

Յ. Մ. Պոգոսյան

Օ. Վ. Սարսահանյան

Է. Ս. Սեկոյան

Ռ. Վ. Փանարժյան

Դ. Հ. Խավարդյան

Ա. Գ. Չարչյան

Ա. Կ. Շուկուրյան

Մ. Վ. Մարտիրոսյան

Վ. Վ. Մարտիրոսյան

Հ. Վ. Մարտիրոսյան

Ա. Վ. Մարտիրոսյան

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՈՒՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱՍՈՑԻԱՑԻԱՅԻ
ՊՐՈՖ. Ի.Գ.ԱՂԱՋԱՆՅԱՆԻ ՀԻՇԱՏԱԿԻՆ
ՆՎԻՐՎԱԾ

19-րդ ՄԻԶԱՋՎԱՅԻՆ ԿՈՆԳՐԵՍԻ
ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԺՈՂՈՎԱԾՈՒ
22-23 սեպտեմբերի 2017 թ.

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԼՍԱՐԱՆ
Երևան, Հայաստան



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
19-ого ГОДОВОГО КОНГРЕССА
АРМЯНСКОЙ АССОЦИАЦИИ УРОЛОГОВ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА И.Г. АГАДЖАНЯНА
22-23 сентября 2017 г.
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
Ереван, Армения

PROFESSOR IVAN G. AGHAJANYAN
MEMORIAL CONGRESS
OF THE ARMENIAN ASSOCIATION OF UROLOGY
SEPTEMBER 22-23, 2017
ABSTRACT AND ARTICLE BOOK
YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY
Yerevan, Armenia
www.uroweb.am

АГАДЖАНЯН ИВАН ГЕРАСИМОВИЧ



*12 августа 2017 года, в возрасте 78 лет скончался
профессор кафедры урологии*

*Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци,
президент-основатель Армянской урологической ассоциации,
ПРОФЕССОР
Иван Герасимович Агаджанян.*

В 1964 году Иван Герасимович поступил в аспирантуру при Ереванском ГИДУВе и был направлен в урологическую клинику I Ленинградского Медицинского института им. академика И.П. Павлова, возглавляемую одним из ведущих урологов СССР профессором Ашотом Михайловичем Гаспаряном. По окончании аспирантуры и защиты кандидатской диссертации, в 1967 году вернулся в Армению и продолжил работу в клинике урологии, руководимой А.А. Мидояном в г. Ереване. В 1971 году возглавил клинику и доцентский курс урологии в ГИДУВе. В 1978 году им была организована кафедра урологии ГИДУВа, которая в 2011 году была переведена в Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци.

В 1981 году защитил докторскую диссертацию, посвященную исследованию влияния минеральной воды Джермук при мочекаменной болезни и хроническом пиелонефrite, в г. Москве на Ученом Совете II МОЛГМИ. Научным консультантом докторской диссертации был академик АМН СССР Н.А. Лопаткин.

В 1998 году был избран членом Академии хирургических наук, а в 2000 году членом академии медицинских наук Армении, иностранным членом АМН Грузии, в 2001 году членом академии медико-технических наук, в 2002 году членом академии естественных наук России. Являлся активным членом Европейской и членом-корреспондентом Американской урологических ассоциаций с 1996г. В 1999 году проф. И.Г. Агаджанян основал Армянскую урологическую ассоциацию, объединившую также урологов диаспоры.

Заслуги профессора Агаджаняна в его многолетней практической, организационной, научно-педагогической деятельности позволили признать его основателем современной урологической школы Армении. Так, при непосредственном участии и под руководством профессора Агаджаняна впервые в Армении внедрены эндоурология, дистанционная литотрипсия, уретерореноскопия, перкутанные операции на почке, ортоптическая и аугментационная цистопластика, операции при недержании мочи у женщин, пластика уретры, уретерокаликостомия с резекцией почки по усовершенствованному им методу. И.Г.Агаджанян первый из урологов Армении в ноябре 1987 года произвел пересадку почки в Институте Хирургии. И.Г.Агаджанян относился к категории тех редких ученых-клиницистов, которые никогда не останавливаются на достигнутых результатах. В течение всей своей научно-практической деятельности профессор Агаджанян И.Г. не только учился сам, но и огромное внимание уделяет подготовке квалифицированных кадров, прививая им нормы высокой морали и нравственности врача. Профессиональную подготовку профессор Агаджанян совершенствовал в передовых клиниках России, США, Франции, Италии.

В 1991г. Ивана Герасимович основал первую в республике университетскую клинику урологии в Национальном Институте Здравоохранения и внедрил резидентуру, взяв за основу программу США. Основал аудиовизуальную библиотеку, спонсировал благоустройство университетской клиники в Институте Хирургии им. А.Л. Микаеляна, которая в 1998 году получила звание Академической. Под руководством профессора И.Г. Агаджаняна было защищено 15 кандидатских диссертаций, был научным консультантом 5-ти докторских диссертаций своих учеников.

И.Г. Агаджаняна отличала истинная интеллигентность, высокий профессионализм, верность выбранному жизненному пути; его жизнь была примером честного служения народу, неутомимой, полной горения деятельности ученого, врача, педагога.

Национальное Собрание Армении высоко оценил вклад проф. И.Г. Агаджаняна в развитие армянской урологии, наградив его Медалью Почета в связи с 70-летием.

Правительство Нагорно-Карабахской Республики наградило И.Г.Агаджаняна медалью «Благодарности».

В 2011г. Президентом Республики Армения проф. Агаджанян был удостоен звания Заслуженный врач Армении.

Члены Армянской урологической ассоциации, коллеги, друзья, редакция журнала выражают свое искреннее соболезнование близким и родным профессора.

XIX международный конгресс Армянской урологической ассоциации памяти проф. И.Г.Агаджаняна

ПРОГРАММА

Место проведения: Актовый зал ЕГМУ им. Мхитара Гераци

Адрес: ул. Корюна 2, Ереван 0025. Телефон:

+37410 582532

Председатель оргкомитета - Баблумян А.Ю.

+37491 408339

Отв. секретарь - Оганесян Р.О.

+37491 419490

Президент ААУ - Грабский А.М.

+37491 429337

Эл, почта: aaau2016annual@gmail.com

www.uroweb.am

Дата: 22 - 23 сентября 2017 г.

Официальные языки: армянский, русский, английский (с синхронным переводом)

Регистрация: 8:30 - 16:00.

ПЯТНИЦА, 22 СЕНТЯБРЯ

9:30 Приветствие президента ААУ – А.М.Грабский.

9.35 Приветствие ректора ЕМГУ – А.А.Мурадян

9.40 Открытие конгресса председатель оргкомитета – А.Ю.Баблумян

9.45 Памяти Проф.Агаджаняна – С.В.Фанарджян, К.Дерцакян.

Заседание 1. Лекции ЕАУ и СНМТ

Модераторы: Кристофер Чаппел, Великобритания

Каро Дерцакян, США

10:00 – 10:20 **Представление Европейской урологической ассоциации**

Кристофер Чаппел, Великобритания

10.20 – 10:50 **Функция и иннервация нижнего мочевого тракта**

Кристофер Чаппел, Великобритания

10.50 – 11:20 **Менеджмент симптомов нижнего мочевого тракта в 2017 году.**

Кристофер Чаппел, Великобритания

11:20 – 11:40 **Офисная урология.**

Кристофер Чаппел, Великобритания

11.40 - 11.50 **Дискуссия**

Кофе-брейк.

Заседание 2. Симптомы нижнего мочевого тракта и ЭД

Модераторы: Армен Авоян, Армения Геворг Касян, РФ

12.20 - 12:50 **Симптомы нижнего мочевого тракта (СНМТ): современные подходы в лечении.**

Геворг Касян, Россия

12:50 – 13:10 **Современные методы медикаментозного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы**

Александр Хелая, Грузия

13:10 – 13:30	Внутрипузырная простатическая протрузия как критерий выбора лечения ДГПЖ Армен Авоян, Армения
13:30 – 13:50	Проантоцианиды: давнее знание - новый подход. Вааг Ашугян, Армения
13:50 – 14:10	Эректильная дисфункция: от А до Я. Геворг Касян, Россия
14.10 – 14.20	Дискуссия
14.20 – 15.00	Перерыв на ланч Заседание 3. Лапароскопическая урология. <i>Модераторы: Сергей Фанарджян, Армения. Оганес Диланян, Россия</i>
15.00 – 15.20	Простая киста почки: особый взгляд Виген Малхасян, Россия
15.20 – 15.40	Локализованный рак почки: что нового? Виген Малхасян, Россия
15.40 – 15.55	Лапароскопическая резекция почки: эволюция методов тепловой ишемии. Н.В. Воробьев, Россия
15.55 – 16.10	Резекция единственной почки: результаты хирургического лечения. И.А. Тараки, Россия
16.10 – 16.25	Результаты хирургического лечения метастатических опухолей надпочечников. А.Г. Мурадян, Россия.
16.25 - 16:40	Возможности водоструйной диссекции при нервосберегающей простатэктомии. Г.С. Геворгян, Россия
16:40 – 16:50	Дискуссия
17.00 – 17.20	Обобщение и закрытие первого дня. А.Ю.Баблумян, А.М.Грабский
19:00	Товарищеский ужин

СУББОТА, 23 СЕНТЯБРЯ

10:00 – 10:30	Заседание 1. Реконструктивная урология. <i>Модераторы: Каро Дерцакян, США. Гурам Каразанашвили, Грузия</i> Хирургический менеджмент стрессового недержания мочи: последнее обновление. Кристофер Чаппел, Великобритания
10:30 – 11:00	Современный менеджмент структурной болезни уретры. Кристофер Чаппел, Великобритания
11.00 – 11.20	Простат-, нерв- и брюшино-сберегающая экстраперитонеальная радикальная цистэктомия с формированием ортоптического мочевого пузыря. Гурам Каразанашвили, Грузия.
11.20 – 11.40	Оптимизация техники робот-ассистированной радикальной простатэктомии для раннего восстановления функции удержания мочи Мкртыч Мосоян, Россия.
11.40 - 11.50.	Дискуссия

11.50 – 12.20	Кофе-брейк.
Заседание 2. Онкоурология	
	<i>Модераторы: Мкртыч Мосоян, Россия. Авоян Армен, Армения.</i>
12.20 – 12.50	Развитие лапароскопической урологии в Грузии. Георгий Хвадагиани, Грузия.
12.50 – 13.10	Особенности лапароскопической радикальной простатэктомии при сопутствующей ДГПЖ Оганес Дилянян, Россия.
13.10 – 13.30	Открытая радикальная простатэктомия: советы и приемы. Рубен Оганесян, Армения.
13.30 – 13.50	Лапароскопическая радикальная простатсберегающая цистэктомия. Оганес Дилянян, Россия.
13.50 – 14.10	Оптимизация гормональной терапии рака предстательной железы. Варужан Шахсуварян, Армения.
14.10 – 14.50	Перерыв на ланч.
Заседание 3. Секция молодых урологов	
	<i>Модераторы: А.М.Грабский, В.А.Шахсуварян</i>
14.50 – 15.10	Химиотерапия и метастатический рак мочевого пузыря Арман Цатурян, Армения.
15.10 – 15.30	Сохранение фертильности у онкологических больных Геворк Григорян, Армения.
15.30 – 15.50	Применение субуретральных петель при недержании мочи у женщин: наш опыт. Гор Шадян, Армения.
15.50 – 16.10	Инфекции мочевого тракта: обновление Арам Адамян, Армения.
16.10 – 16.25	Гигантский гидронефроз. Клинический случай Артак Мадатян, Армения.
16:25 – 16:40	Исследования в «Лаборатории Давидяնц» в области урологии. Реальность, преимущества, перспективы. Ашот Давидянц, Армения.
16:40 – 17:00	Дискуссия
17.00 – 17.10	Организационные вопросы ААУ
17.10 – 17.30	Закрытие конгресса, вручение сертификатов и кредитов.
19.00	Гала – банкет.

XIX годовой конгресс Армянской Ассоциации Урологии

Лекционно-практический тренинг «Школа лапароскопической урологии»

Даты проведения: 18-20 сентября

Место проведения: Симуляционный центр Ереванского Государственного Медицинского Университета им. Мхитара Гераци. Ул. Абовяна, д.60

Аудитория: резиденты и молодые урологи. Количество участников – 30 человек.

Во время проведения школы будут прочитаны лекции по различным аспектам лапароскопической хирургии и проведен тренинг практических навыков (dry-lab). Вручается сертификат и присваиваются баллы.

Лекторы и модераторы:

Рубен Оганесович Оганесян, к.м.н., доцент

Артем Вячеславович Степанян, к.м.н., доцент

Тигран Аветикович Месропян, руководитель службы лапароскопической урологии
Оганес Эдуардович Диланян, к.м.н., руководитель Научно-клинического центра онкоурологии, зав. отделением урологии 13 ГКБ г. Москва.

ПРОГРАММА

18 сентября 2017 – «Основы лапароскопии»

Открытие школы: А.М.Грабский, А.Ю.Баблумян

Модератор:

- Основы лапароскопической хирургии
- Обеспечение безопасности лапароскопической хирургии
- Технические особенности и тренинг в лапароскопии

О.Э.Диланян

- Р.О.Оганесян (30 мин)
- Т.А.Месропян (30 мин)
- О.Э.Диланян (30 мин)

Перерыв.

Практический тренинг: ориентация в двумерном пространстве, принципы диссекции тканей.

– О.Э.Диланян (5 часов)

19 сентября 2017

Модератор: Р.О.Оганесян

- Лап и экстраперитонеоскопический доступ к почке:
- Пластика ЛМС, пиелолитотомия и уретеролитотомия
- Лапароскопическая лимфаденэктомия

- О.Э.Диланян (30 мин)
- Р.О.Оганесян (30 мин)
- А.В.Степанян (30 мин)

Перерыв.

Практический тренинг: лапароскопический шов и узел

– О.Э.Диланян (5 часов)

20 сентября 2017 – «Тазовая хирургия»

Модератор:

- Ошибки и осложнения в лапароскопической хирургии
- Лапароскопическая пластика пузырно-вагинального свища
- Лапароскопическая радикальная простатэктомия

А.В.Степанян

- О.Э.Диланян(30 мин)
- А.В.Степанян (30 мин)
- О.Э.Диланян (30 мин)

Перерыв.

Практический тренинг: сложный лапароскопический шов и узел. – О.Э.Диланян (5 часов)

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆԻ 2007-2016թ. ՄԻԶԱՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ
ՈՒԽՈՒՑՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ, ՄԱՇԱՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԲԱՐՁԻԹՈՂՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ**

**Վ.Ն. Շահումյան, Վ.Վ. Բաղեյան, Վ.Մ. Առաքելյան, Կ.Ն. Ծառուկյան, Վ.Ջ. Ղազարյան,
Պ.Բ. Պողոսյան, Ն.Ր. Մելքոնյան, Նի.Ր. Մելքոնյան
ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ Ազգային Կենտրոն, Երևան**

ՀՀԱՆ Ուսուցքարանության Ազգային Կենտրոն, Երևան

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЗАПУЩЕННОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В АРМЕНИИ ЗА 2007-2016 ГОДЫ

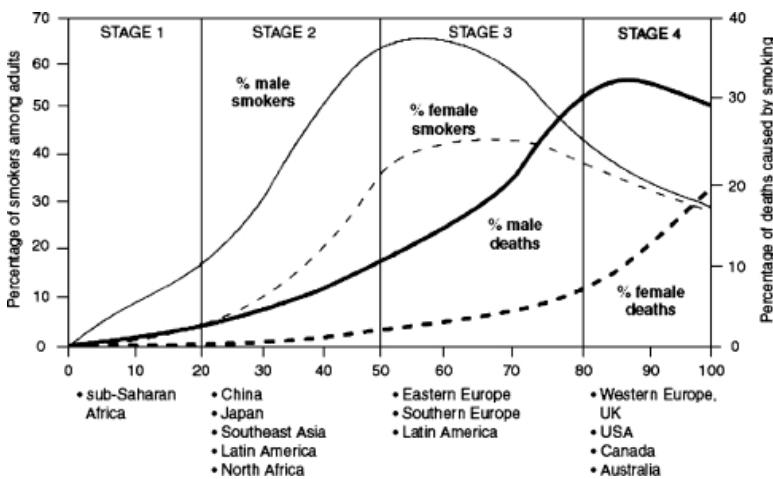
*В.А. Шахсуварян, В.В. Бадеян, В.М. Аракелян, К.А. Царукян, В.Р. Казарян, П.Б. Погосян,
Н.Р. Мелконян, Ни.Р. Мелконян*

При детальном исследовании эпидемиологических данных онкологических заболеваний мочеполовой системы становится ясно, что почти по всем локализациям отмечается рост заболеваемости и смертности, что объясняется вредными привычками, плохими социально-экономическими условиями, нерациональным характером питания, равнодушием к собственному здоровью, недостаточной информированностью, наличием диагностических ошибок, отсутствием мультидисциплинарного подхода при организации обследования и лечения больных. Увеличение числа больных в ранних стадиях заболевания связано с внедрением в клиническую практику наиболее информативных методов диагностики и повышением профессионального уровня соответствующих специалистов.

THE MORBIDITY, MORTALITY AND WILLFULNESS RATE OF GENITOURINARY CANCERS IN THE REPUBLIC OF ARMENIA DURING 2007-2016

*V.H. Shahsuvaryan, V.V. Badeyan, V.M. Araqelyan, K.H. Tsarukyan, V.R. Ghazaryan, P.B. Poghosyan,
N.R. Melkonyan, Ni.R. Melkonyan*

In a detailed study of the epidemiological data of oncological diseases of the genitourinary system, it becomes clear that almost all localizations show an increase in morbidity and mortality. This is due to bad habits, poor socio-economic conditions, irrational eating habits, indifference to one's own health, lack of awareness, the presence of diagnostic errors, the lack of a multidisciplinary approach in the organization of examination and treatment of patients. The increase in the number of patients in the early stages of the disease is associated with the introduction of the most informative diagnostic methods in clinical practice and the raising of the professional level of the relevant specialists.



ուշադրությունն է բներել միզասեռական համակարգի ուսուցքային հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ փուլերում հայդրնաբերման բարդ և կարևորագույն խնդրի վրա: Կան գիտությանը հայդրնի բազմաթիվ լրջիողոգիական և պարողեններիկ մեխանիզմներ, որոնք նապաստում են ուսուցքային հիվանդությունների առաջացնանքը: Դրանց շարքին են դասվում բնակչության միջին երկարակեցության բարձրացումը, ծերացող հասարակության ծևավորումը, սոցիալ գննիեական վայր պայմանները, վնասակար սովորությունները, ինչպիսիք են ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործումը

և չարաշահումը, հիվողինամիան, ճարպակալումը, սիսալ սննդակարգը, պրոֆեսիոնալ հիվանդությունների աճը: Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը աճել է հարկապես զարգացող երկրներում, որոնց շարքին է դասվում նաև Հայաստանի Հանրապետությունը: Նաև անձայն Հանրապետական ուսուցչարանական վիճակագրական ծառայության գրվածների, մեր հանրապետությունում վերջին 10 տարիների ընթացքում աճել է չարորակ ուսուցչարներով հիվանդացությունը, դարեւնքան միջին աճը կազմելով 121.3 դեպք, իսկ 100 հազար բնակչի հաշվով աճել է 56.7 միավորով՝ դարեւնքան միջին աճը 5.6 միավոր: Վյասես, եթե 2006թ.-ին առաջնային հիվանդ-

ների թիվն եղել է 7163 /100 հազարի հաշվով 222.5/, ապա 2016թ.-ին այն կազմել է 8376 /100հազար բնակչի հաշվով 279.2/: Ըստ սեռային պարկանելիության հիվանդացության մակարդակը 2016թ.-ի դրությամբ բարձր է գողամարդկանց մոտ, կազմելով 305.0, իսկ կանանց մոտ այն կազմում է 255.9, 100 հազարի հաշվարկով [1]:

Ողջ աշխարհում միզապարկի քաղցկեղը չարուակ ուժուցների ընդհանուր կառուցվածքում կազմում է մոտ 4%, իսկ հանդիպման հաճախականությամբ գրադարձնում է 5-րդ գեղեղը գողամարդկանց, և 11-րդ գեղեղ՝ կանանց մոտ: Ներկայիս գեղեղության համաձայն միզապարկի քաղցկեղը հանդիսանում է նորմալ լորձաթաղանթի գեներիկական ալգերացիայի հետևանք, որի մեջանիզմը հայդրաֆերված է: Հայդրին են միզապարկի քաղցկեղի բազմաթիվ էթիոլոգիական գործուներ, որոնց թվին են դասվում ծինելը, որը հիվանդության առաջացման ու զարգացման պարճառ է հանդիսանում մորբավորապես 50% դեպքերում, արոմատիկ ամինները, անիլինային ներկանյութերը, նավթի վերամշակման արգասիքները: Միզապարկի քաղցկեղը Եզիփոսի բնակչության ամենաբարածված չարուակ ուժուցն է, որը կապում են շիստոսմափողի լայն գործածման հետ: Վերջին գրանամյակում միզապարկի քաղցկեղով հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները նվազել են Արևմուգյան գիրություններում: Karim-Kos-ի թիմի կողմից 1990-ականներին գրանցվել է միզապարկի քաղցկեղի դեպքերի քաշով Եվրոպայում, բացառությամբ Կենդրունական Եվրոպայի [2]: Մեկ այլ հետազոտության համաձայն ԱՄՆ-ում 1987-2005թ.-ը ընկած ժամանակահարվածում գրանցվել է միզապարկի քաղցկեղով հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներին մասնակի ակտուալ առաջարկություններից մեջ համաձայն ԱՄՆ-ում ամեն գործադրությունը կազմում է 16%-ով գողամարդկանց և 12%-ով կանանց մոտ [4]: Ենդուազուալ մահացությունը վերջին գրանցում գալիքուն նվազել է, 16%-ով գողամարդկանց և 12%-ով կանանց մոտ [4]: Ենդուազուալ մահացությունը ամեն գործադրությունը կազմում է միզապարկի քաղցկեղի մոտ 69.000 դեպք, և հաշված է, որ գրեթե 521.000 ամերիկացի ներկա պահին ապրում է միզապարկի քաղցկեղով [5]: Սակայն, ԱՄՆ-ում գողամարդկանց մոտ գրանցել է միզապարկի քաղցկեղից մահացության ցուցանիշի նվազում սկսած 1975թ.-ից [6]:

Աղյուսակ 1

Տեղակայ- ման անվա- նումը	2007					2016					Դինամիկան						
	հիվ-ն		մահ-ն		բարձիթ-ն	հիվ-ն		մահ-ն		բարձիթ-ն	հիվ-ն		մահ-ն		բարձ.		
	ընդ	100 000- ին	ընդ	100 000- ին	ընդ	%	ընդ	100 000- ին	ընդ	100 000- ին	ընդ	%	ընդ	100 000- ին	%		
Միզա- պարկ	309	9,6	215	6.6	133	43.0	442	14,7	234	7,8	146	33.0	+133	+43.0	+19	+8.8	-10.0

Կախված լորձաթաղանթի հանդեպ ուժուցիքարածվածությունից՝ ՄՔ-ը պայմանականորեն բաժանվում է ոչ ինվազիվ (մակերևսային -Tis, Ta, T1) և և ինվազիվ (ինֆիլտրատիվ - T2, T3, T4) ձևերի: Նաև գովելի է սեփական կյանքի որակի ու առողջության նկարմամբ բնակիչների ուշադրության և հետևողականության մակարդակի բարձրացումը: Վերոհիշյալ

Միզապարկի քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործուներից շուրջ 50%-ը բաժին է ընկնում ծիսախոփին և ծիսկելու քանակի հջեցումը և դադարեցումը հանդիսանում է միզապարկի քաղցկեղով հիվանդացության և դրանց մահացության իջևման կարևոր բացարձությունը: ԱՌԿ-ը ներկայացրել է մի սինեմա (նկար 1), որին կարելի պարկերված է ծիսախոփային լայնեմիայի մողելը, որը արդացում է ծիսկելու գրածվածության իջևման մակարդակը ինչպես վրամարդկանց, այնպես ել կանանց մոտ զարգացած երկրների մեծամասնությունում (stage 4) [7]: Որքան և ցավակի է, նկարից պարզ երևում է, որ ՀՀ-ն պարկանում է այն երկրների շարքին, որին բարձր է ծիսախոփի օգտագործման դուրսը, ինչպես վրամարդկանց, այնպես ել կանանց շրջանում, որն է հավանաբար բացարձում է սպորտը:

Դամաձայն Հանրապետական ուժուցքաբանական վիճակագրական ծառայության արդյունքների ՀՀ գրածվածում 2007-2016թթ. ընկած ժամանակահարվածում գրանցվել է միզապարկի քաղցկեղով ընդհանուր հիվանդացության և մահացության աճ: Դիվանդացությունը 2007 և 2016 թթ.-ին համապատասխանաբար կազմելով 309,0 /100 հազարի հաշվարկով 9,6/ և 442,0 /100 հազարի հաշվարկով 14,7/ դեպք, իսկ մահացությունը՝ 215,0 /100 հազարի հաշվարկով 6,6/ և 234,0 /100 հազարի հաշվարկով 7,8/: Գրանցվել է հիվանդացության և մահացության դինամիկ աճ, համապատասխանաբար կազմելով +133/+43,0% և +19/+8,8%: Զնայած նման գլյանցներին, հարկանշական է, որ վերջին 10 տարիների ընթացքում նկարվել է միզապարկի քաղցկեղով բարձիթության ցուցանիշի նվազում, կազմելով -10,0% (2007թ.-ին այն կազմել է 43.0%, իսկ 2016թ.-ն՝ 33.0%) (աղյուսակ 1): Ցուցանիշի նման անկումը պայմանավորված է վերջին գրանցուածություններին բնակչության հետ գործադրությունը կազմում է 16%-ով գողամարդկանց և 12%-ով կանանց մոտ [4]: Ենդուազուալ մահացությունը վերջին գրանցում գալիքուն նվազել է, 16%-ով գողամարդկանց և 12%-ով կանանց մոտ [4]: Ենդուազուալ մահացությունը ամեն գործադրությունը կազմում է միզապարկի քաղցկեղով 69.000 դեպք, և հաշված է, որ գրեթե 521.000 ամերիկացի ներկա պահին ապրում է միզապարկի քաղցկեղով [5]: Սակայն, ԱՄՆ-ում գողամարդկանց մոտ գրանցել է միզապարկի քաղցկեղովից մահացության ցուցանիշի նվազում սկսած 1975թ.-ից [6]:

Կարծիքը հասպարում է աղյուսակ 2-ում պարկերված սիմենման, համաձայն որի 2007թ.-ին հայդրաբերված միզապարկի քաղցկեղի 309 դեպքից 118-ը եղել են վաղ փուլերում, սակայն արդեն 2016թ.-ին այդ ցուցանիշը աճել է՝ հասնելով 213, թույլ գարուվ քաղցկեղովից մահացության բարձրացման ուղղված աշխարհանքների բարեկավմամբ ու կաբարեկագործմամբ:

Աղյուսակ 2

Տեղակայման անվանումը	Դիրքարկվող դարիներ							
	2007				2016			
	ընդամենը	այդ թվում			ընդամենը	այդ թվում		
		I - II	III	IV		I - II	III	IV
Միջապարկ	309	118	31	63	442	213	34	62

Շագանակագեղձի քաղցկեղը աշխարհում ամենահաճախ հանդիպող չարորակ նորազոյացությունն է, դրամարդկանց շրջանում և համարվում է ԱՄՆ-ում քաղցկեղից մահացության երկրորդ պարբառը: Տամածայն GLOBOCAN-ի դրվագների շագանակագեղձի քաղցկեղի մուրավորապես 1.1 միջինունոր դեպքեր և 307000 մահ է գրանցվել 2012 թվականին: Տասքարփած ոիսկի գործոնները այս հիվանդության համար դարձին են, ռասան, դրական ժառանգական ընդունելիքն նախարարամադրվածությունը և արևմտյան դիետան (ճարպային սննդի չարաշահումը): Բազմաթիվ այլ ոիսկի գործոններ կան, ինչպիսիք են ճարպակալումը, ֆիզիկական ակտիվությունը, սեռական ակտիվությունը, ծիսախոփը և մասնագիտությունը, սակայն վերջիններիս դերը շագանակագեղձի քաղցկեղի առաջացման մեջ դեռևս մնում է չխսդակեցված [8]: Կապարփած սպարփիսփիկ դրվագները վկայում են վերջին դրաբներին շագանակագեղձի քաղցկեղից մահացության նվազում, որը կապում են հիմնականում վերջին մի քանի դրասնամյակներում իրականացված սկրինինգային ծրագրերի և հիվանդության վաղ փուլերում հայդրարերման հետք [9]: Բայց թիզ չեն նաև հակառակը փասփռող հերպազուրությունները, որոնք վկայում են, որ իրականացվելիք սկրինինգային ծրագրերը որպես վերջնական արդյունք չեն ազդում քաղցկեղից մահացության ցուցանիշի վրա [10]. 2009 թվականին երեք մեծ պրոսպեկտիվ ռանդոմիզացված կլիինիկական հերպազուրություններ հրապարակել են դրվագներ շագանակագեղձի սկրինիզի վերաբերյալ [11-13]: Քուռն քննարկումներից և դերապներից հետո միևնույն է որողոգիական հանրությունը մնում է դրաբակարձիք: Որոշ հեղինակներ նշում են, որ համա-

ծայն Ամերիկյան Ուրոլոգիական Ասոցիացիայի ուղևույցերի [14] այս սկրինինգային ծրագրերը կարող են բերել ազրեսիվ ուռուցք ունեցող դրամարդանց մով պրոցեսի բարձիթողության [15,16]: Փասփացի կարևոր է ասել, որ բաց են թողնվում ազրեսիվ ուռուցքները, որոնք ել մահացու վրանագ են ներկայացնում և այս դեպքերն են, որոնք սկրինինգային հերպազուրությունները դարձնում են որոշ առումով ոչ լինելիքիվ: Չնայած մյուս կողմից ել պետք է ասել, որ չկա հեղինակ և որույզ, որը դեմ է սկրինինգային ծրագրին: Զննարկման է դրված վերջինս ավելի լինելիքիվ դարձնելու հարցը:

Ցանկով պետք է նշել, որ շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդացության ցուցանիշները և մահացության դրվագները ՀՀ-ում դարձերվում են համաշխարհային դրվագներից: Ներկայացնելով 2007 և 2016 թվականներին ՀՀ-ում շագանակագեղձի քաղցկեղի հիվանդացության, մահացության և բարձիթողության վերաբերյալ հանրապետական ուռուցքաբանական վիճակարական ծառայության դրվագները, պարզ է դառնում, որ առկա է և հիվանդացության, և մահացության աճ: Այսպես՝ նշված 10 դրաբների ընթացքում հիվանդացությունը աճել է 112 դեպքով, կամ 46.6%-ով, իսկ մահացությունը՝ 53 դեպքով, կամ 29.7%-ով: Բարձիթողությունը մով 46.5% է կազմում: Այս ամենը բացարձիվում է հիվանդությունը ուշ փուլերում հայդրարերելով, ՀՀ դրաբաճրում շագանակագեղձի քաղցկեղի հայդրարերմանը միդրված սկրինինգային ծրագրերի բացակայությամբ, բնակչության վարչության պայմաններով և բնակչության՝ խնդրի վերաբերյալ գեղենկացվածության բացակայությամբ: Ամբողջական դրվագները ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3

Տեղակայման անվանումը	2007				2016				Դիմամիկան								
	հիվ-ն		մահ-ն		բարձիթ-ն		հիվ-ն		մահ-ն		բարձիթ-ն						
	ընդ.	100 000-ին	ընդ.	100 000-ին	ընդ.	%	ընդ.	100 000-ին	ընդ.	100 000-ին	%	ընդ.	100 000-ին	%			
Շագանակագեղձ	2240	115,3	1178	111,2	1108	445	3352	224,2	2231	115,8	1134	338	+112	+46.6	+53	+29,7	-7.0

Երիկամի քաղցկեղը կազմում է բոլոր քաղցկեղների գրեթե 2-3%-ը [17], ընդ որում ամենամեծ հիվանդացությունը կազմում է արևմտյան երկրներում: Վերջին երկու դրամամյակում նկարվել է հիվանդացության աճ մով 2%-ով ողջ աշխարհում [18]: 2012թ.-ին Եվրոպայում հայդրարերվել է երիկամի քաղցկեղի մով 84.400 նոր դեպք և գրանցվել է 34.700 մահվան դեպք, որի պարբառը եղել է հենց երիկամարջացման քաղցկեղը [19]: 1990-ական թվականներին երիկամարջացմային քաղցկեղից մահացությունը ավելացավ, սակայն հերպազայում թիվը կայունացավ և նույնիսկ այժմ իջել է: Սակայն որոշ Եվրոպական երկրներում՝

Խորվաթիա, Էստոնիա, Ռուսաստան, Իռլանդիա, Սլովակիա, մահացության մակարդակը նախկինի նման ունի բարձրացման միդրում [20]: ԱՄՆ-ում նոյնպես գրանցվել է հիվանդացության աճ [21]: Տղամարդկանց մով հիվանդացությունը 1.5 անգամ գերազանցում է կանանց համեմատ և հիվանդացության դրաբանարձին պահանջմանը միդրված սկրինինգային ծրագրերի բացակայությամբ, բնակչության վարչության պայմաններով և բնակչության՝ խնդրի վերաբերյալ գեղենկացվածության բացակայությամբ: Ամբողջական դրվագները ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

պարագները [23], որոշ բանջարելներ [24], նեփ-բոլիթիազը [25] և վիրուսային հետափիքը [26-30]: ԱՄՆ-ում անցկացված հետազոտության դվյան վեցամյակում 1973-1985թթ.-ը ընկած ժամանակահարփածում լրկա-լիքացված, ռեզիստանտ և գրաբածված երիկամարջա-յին քաղցկեղով հիվանդացությունը կազմել է համա-պատասխանարար 45%, 23% և 32%, իսկ 1986-1998 թթ.-երի միջև ընկած ժամանակահարփածում այն արդեն կազմել է 54%, 21% և 25% համապատասխա-նարար: Մեծ դեր է խաղացել նորագոյն և կարո-րեկազործված գեհինիկայի կիրառումը ուսուցքների հայդրատերման գործում, ինչպես նաև սկրինինգային համարած ծրագրերի օգտագործումը զարգա-ցած երկրներում [31]: Միացյալ Թագավորությունում

Աղյուսակ 4

Տեղակայման անվանումը	Դիրքարկվող դրաբներ						Դինամիկան		
	2007			2016					
	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ-ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ -ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ -ն
	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.
	100 000 -ին	100 000 -ին	%	100 000 -ին	100 000 -ին	%	%	%	%
Երիկամներ	181	91	64	203	107	67	+22	+16	-2.3
	5.8	2.9	35.3	6.7	3.5	33.0	+12.1	+17.6	

Անորդու քաղցկեղը կազմում է վդյամարդկանց նևոլագիաների 1%-ը և որովոգիական քաղցկեղ-ների 5%-ը, ընդ որում Վրևմբյան փիրություններում կազմն է 3-10:100.000 [33,34]: Վերջին փասնամյակում հիվանդացության աճ է գրանցվել, հարկապես զարգացած երկրներում [34-36]: Վիստորոշման պահին 1-2% դեպքերում արոցեար երկվորմանի է, իսկ զերակշռող դեպքերում ախտահյուսվածքաբանական պատրասիանը եղել է հերմինոզեն բջիջների քաղցկեղ (90-95% դեպքում) [33]: Ոչ սեմինումաների համար հիվանդացության վարիբային պիկը կազմում է 3-րդ փասնամյակը, իսկ սեմինումաների դեպքում՝ 4-րդ փասնամյակը: Էպիդեմիոլոգիական ռիսկի գործուներն են հանդիսանում վեստիկուլյար դիսկենզի սինդրոմի կոմպոնենտները, ինչպահի են կրիպոր-

Աղյուսակ 5

Տեղակայման անվանումը	Դիբարկվող պարիներ						Դինամիկան		
	2007			2016					
	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ-ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ-ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիթ-ն
	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.
Ամործիներ	19	9	3	30	10	4	+11	+1	-2.5
	1.2	0.6	15.8	2.1	0.7	13.3	+57.9	+11.1	

Աղյուսակ 5-ում հսկակ նշված են 2007-2016թթ.-ն ընկած ժամանակահարվածում ՀՀ-ում ամորթի քաղցկելի հիվանդացության, մահացության և բարձրիթողության ասթիճանները, որից հսկակ երևում է, որ այսպես ևս գրանցվել է հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների կորուկ աճ, համապատասխանաբար ավելանալով 57.9%-ով /2007թ.-ին գրանցվել է քաղցկելի 19 նոր դեպք, իսկ 2016թ.-ին՝ 30/ և 11.1%-ով /2007թ.-ին գրանցվել է մահացության 9 դեպք, 2016թ.-ին՝ 10 դեպք/: Չնայած հիվանդացության ցուցանիշի աճին, նկարվել է բարձրիթողության մակարդակի նվազում, 2007թ.-ին այն կազմել է

1990-ական թվերին փարենկան գրանցվել է մոտ 5500 դեպք, որը սակայն այժմ զրեթե կրկնապարկվել է և կազմում է մոտ 11900 փարենկան դեպք [32]:

Այսուակ 4-ում ներկայացված Հանրապետական ուժուցքաբանական վիճակագրական ծառայության դաշտում գործությունը կազմել է 181, որը արդեն 2016թ.-ին դաշտում գործությունը կազմել է 203 /+12.1%/, մահացությունը երիկամարդացային քաղցկելիցի նույնական գրանցել է աճ 16-ով, 2007թ.-ին 91-ից դարձնելով 107 /+17.6%/ 2016թ.-ին: Ըստհանուր բանակի Փոխին նկարվում է բարձիքողության մակարդակի աննշան իջևում /-2.3%/: 2007թ.-ին այն կազմել է 64 դեպք, իսկ 2016թ.-ին՝ 67:

խիզմը, իհպոսպադիան, ընկճված սպերմափռողենեցով պայմանավորված անպրոդրյունը [37,38], ժառանգականությունը: Տերագործության համաձայն Իտլանդիայում 1994-2013թթ.-ը ընկած ժամանակահարփածում գրանցվել է ամորձու քաղցկետի 2755 նոր դեպք: 1,3 և 5 տարվա ընդհանուր ապրելիության մակարդակները կազմել են համապարսկանարար 95.5%, 88.2% և 73.3%: Դարձանշական է, որ ավելի վաղ սպադիաներում հայդնարերված և բուժում սպացած հիվանդների մոտ գրանցվել է ապրելիության ամենաբարձր գոկոսը, որոշ դեպքերում 5 տարվա ապրելիությունը կազմել է նաև 100% [39]: Տերագործության արդի ժամանակին հայդնարերումն ու բուժումը, հետագա բարդություններից խուսափելու համար:

15.8% /3 դեպք/, 2016թ.-ին՝ 13.3% /4 դեպք/ (-2.5%): Առնանդամի քաղցկեղը հանդիպում է հարաբերականորեն հազվադեպ, սակայն զարգացող երկրներում վերջինս հաճախ է հանդիպում: Ուշադրություն դարձնելով նախարարացկելային ախտահարումներին, պաթոգենեզին և ռիսկային ֆակտորներին հնարավոր է կանխել այս պորտենցիալ հաշմանդամության հասցնող հիվանդությունը: Առնանդամի զիսիփի քաղցկեղի ամենազիստավոր ռիսկի գործոններն են հաղնիսանում Փինոզը և մարդու պապիլոմավիրուսի ինֆեկցիան (HPV) [40]: Այլ ռիսկ գործորների մեջ են մընում ծխախոտի օգտագործումը, անկանոն

սեռական հարաբերությունները, վագ հիգիենան և ցածր սոցիալ-փնտեսական սրբարությունը: Այս ոիկոսի գործոնները հիմանականում փոփոխական են: Այն պոպուլյացիաներում, որքեզ այս ոիսկի գործոնները փոփոխության են ներարկվել, առնանդամի զիխիկի քաղցկեղի ոիսկը նվազել է: Առնանդամի քաղցկեղի ամենաբարձր հաճախականությունը գրանցվել է Բրազիլիայում: Բրազիլիայի Մարանյան աղքադ գարածաշրջանում առնանդամի քաղցկեղով գառապում են բրազիլիանց 53%-ը: 2.9-ից մինչև 6.8 դեկադ 100 000 բնակչության հաշվարկով գրանցվել է Կովկասում այս բրազիլիանց շրջանում, որոնք և ներկա են ջրլապարված և ունեցել են ֆինանսական ցածր եկամուտ [41]: Ընդհանրապես, ֆինուր ասցացվում է առավել քան 90% առնանցամի քաղցկեղի դեպքերի:

Աղյուսակ 6

Տեղակայման անվանումը	Դիրքարկվող բարիներ						Դինամիկան		
	2007			2016					
	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիր-ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիր-ն	հիվ-ն	մահ-ն	բարձիր-ն
	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	ընդ.	%
Առնանդամ	14	6	1	17	7	2	+3	+1	+4.6
	0.9	0.4	7.1	1.2	0.5	11.7	+21.4	+16.6	

Ուսուցքային հիվանդությունների համաճարականական դիվանական բարյաների մանրակրկի վերլուծության արդյունքում պարզ է դառնում, որ միզասեռական համակարգի գրեթե բոլոր ուսուցքային հիվանդությունները գրանցել են հիվանդացության և մահացության աճ, որը պայմանավորված է վնասակար սովորությունների չարաշահմամբ, վագ սոցիալ-փնտեսական պայմաններով, սիսալ սննդակարգով, սեխական առողջության նկարմամբ անբարերությամբ, ինֆորմացիայի պակասի պարբառով և, որ ամենացավախն է, որոշ դեպքերում ուսուցքային հիվանդությունները չեն հայդրնարերկուում թժկական սիսալ դիագնոստիկ մեթոդների կիրառման և խնդրին մուլտիդիսցիպլինար մոփեցում չկիրարելու պարճառով: Վաղ փուլերում հայդրնարերված հիվանդների քանակի ավելացումը կապված է առողջապահական համակարգում ախտորոշման առավել զգայուն մեթոդների ներդրմամբ և համապարասխան մասնագետների որակավորման բարձրացմանն ուղղված աշխարհանքներով:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- Գալսթյան Ռ.Մ., Տանայան Ա.Ն., Բազիլյան Գ.Կ., Պողոսյան Պ.Բ. Զարորակ ուսուցքներով հիվանդացության և բարձիրության պարկերը ՀՀ-ում 2006-2016թթ. ժամանակահավաքածում:
- Karim-Kos HE, de Vries E. et al. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. Eur J Cancer. 2008 Jul; 44(10):1345-89.
- Melbert D, Krapcho M. et al (2008) SEER cancer statistics review, 1975-2005. National Cancer Institute, Bethesda.
- Ferlay J, Randi G. et al. Declining mortality from bladder cancer in Europe. BJU Int. 2008; 101(1):11-9.
- Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb DG, Howlader N, Horner MJ et al (2008) SEER cancer

հետ [42]: Դաշվի առնելով այն փասդր, որ Դայաստանի Դանրապերությունում նետնափալ թափառումը չի կրում պարփակի բնույթը կրոնական պաշտամունքից ելնելով, առկա է սոցիալ փնտեսական ծանր վիճակ, դրամարդկանց մեծամասնությունը օգբագործում է ծխախով, փասդրացի առկա են բոլոր ոիսկային գործոնները, դմվար չեն ներարկելը, որ մեր երկրում այս խնդիրը նույնական արդիական է: Այսպիսով համաձայն Դանրապերական ուսուցքաբանական վիճակագրական ծառայության վվայական 2007-2016 թվականների ընթացքում առկա է հիվանդացության աճ 3 դեկադով, կամ 21.4 %-ով, մահացությունը համարյա չի փոփոխվել: Բարձրիրողությունը աճել է 4.6 %-ով: Ամբողջական դիվաները ներկայացված են աղյուսակ 6-ում:

statistics review, 1975–2005. National Cancer Institute, Bethesda.

- Edwards BK, Brown ML. et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. J Natl Cancer Inst. 2005 Oct 5; 97(19):1407-27.
- Lopez A, Collishaw N, Piha T (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control 3:242-247.
- Bashir MN. Epidemiology of Prostate Cancer Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(13):5137-41.
- Aus G, Bergdahl S, Lodding P, Lilja H. Prostate cancer screening decreases the absolute risk of being diagnosed with advanced prostate cancer--results from a prospective, population-based randomized controlled trial. J Eur Urol. 2007 Mar; 51(3):659-64.
- Loeb S. Guideline of guidelines: prostate cancer screening. BJU Int, 2014. 114: 323.
- Andriole G.L. et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med, 2009. 360: 1310.
- Schroder F.H. et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med, 2009. 360: 1320.
- Hugosson J. et al. Mortality results from the Goteborg randomised population-based prostatecancer screening trial. Lancet Oncol, 2010. 11: 725.
- Carter H.B. et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. J Urol, 2013. 190: 419.
- Auffenberg G.B. et al. Application of the 2013 American Urological Association early detection of prostate cancer guideline: who will we miss? World J Urol, 2014. 32: 959.
- Banerji J.S. et al. Prostate Needle Biopsy Outcomes in the Era of the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation against Prostate Specific Antigen Based Screening. J Urol, 2016. 195: 66.
- European Network of Cancer Registries: Eurocim version 4.0. 2001: Lyon, France.

18. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg, 2004. 93: 88.
19. Ferlay J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe. Eur J Cancer, 2013. 49: 1374.
20. Levi F. et al. The changing pattern of kidney cancer incidence in Europe. BJU Int, 2008. 101: 949.
21. King S.C., et al. Continued increase in incidence of renal cell carcinoma, especially in young patients and high grade disease: United States 2001 to 2010. J Urol, 2014. 191: 1665.
22. Bergstrom A. et al. Obesity and renal cell cancer-a quantitative review. Br J Cancer, 2001. 85: 984.
23. Choueiri T.K. et al. Analgesic use and the risk of kidney cancer. Int J Cancer, 2014. 134: 384.
24. Liu B. et al. Cruciferous vegetables consumption and risk of renal cell carcinoma. Nutr Cancer, 2013. 65.
25. Cheungpasitporn W. et al. The risk of kidney cancer in patients with kidney stones. QJM, 2015. 108.
26. Gonzalez H.C. et al. Chronic hepatitis C infection as a risk factor for renal cell carcinoma. Dig Dis Sci, 2015. 60: 1820.
27. Hotaling JM, Wright JL. et al. Risk factors for renal cell carcinoma in the VITAL study.
28. Lipworth L. et al. The epidemiology of renal cell carcinoma. J Urol, 2006. 176: 2353.
29. International Agency for Research on cancer (IARC). WHO IARC monographs. 2004. 83.
30. Weikert S. et al. Blood pressure and risk of renal cell carcinoma in the European prospective investigation into cancer and nutrition. Am J Epidemiol, 2008. 167: 438.
31. Hock LM1, Lynch J, Balaji KC. Increasing incidence of all stages of kidney cancer in the last 2 decades in the United States: an analysis of surveillance, epidemiology and end results program data.
32. Kidney cancer rates are increasing, so what's fuelling the surge? April 24, 2017 Stephanie McClellan
33. La Vecchia C. et al. Cancer mortality in Europe, 2000-2004, and an overview of trends since 1975. Ann Oncol, 2010. 21: 1323.
34. Rosen A. et al. Global trends in testicular cancer incidence and mortality. Eur Urol, 2011. 60: 374.
35. Jemal A. et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin, 2009. 59: 225.
36. Nigam M. et al. Increasing incidence of testicular cancer in the United States and Europe between 1992 and 2009. World J Urol, 2014.
37. Jorgensen N. et al. Testicular dysgenesis syndrome comprises some but not all cases of hypospadias and impaired spermatogenesis. Int J Androl, 2010. 33: 298.
38. Lip S.Z. et al. A meta-analysis of the risk of boys with isolated cryptorchidism developing testicular cancer in later life. Arch Dis Child, 2013. 98: 20.
39. Nason GJ, Redmond EJ. The natural history of Leydig cell testicular tumours. National Cancer Registry.
40. Christodoulidou M. et al. Epidemiology of penile cancer. Curr Probl Cancer. 2015;39:126-136.
41. Favorito LA, Nardi AC. et al. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. Int Braz J Urol. 2008;34:587-591.
42. Daling JR, Madeleine MM. et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. Int J Cancer. 2005;116:606-616.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТАКТОМИИ

В.А. Шахсуварян, В.В. Бадеян, В.М. Аракелян, К.А. Царукян В.Р. Казарян

Национальный Центр Онкологии им. В.А.Фанарджяна, МЗ РА

ԱՆՄԻՋԱՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՐՄԱՎԱԿԱՆ ՊՐՈՍՏԱՏԵԿՏՈՄԻՅԻՑԻՑ ԴԵՏՈ

Վ.Ն. Շահսուրյան, Վ.Վ. Բադեյան, Վ.Մ. Արակելյան, Կ.Ա. Ցարուկյան, Վ.Ռ. Ղազարյան

Բազմաթիվ հեղինակներ ռատիկալ պրոստաքտէկտոմիայից հետո անմիջապահության զիխավոր պարճառներից նշում են միզուկայինը և միզապարկայինները: Հազանակագեղձի զազաթի անապոմիական կատուցվածքների մանրակրկիվ մորիլիզացիան թույլ է բայիս ակնկալել ավելի արագ ապարինում անմիջապահության զարգացման դեպքում: Կոնսերվատիվ և ինվազիվ բուժման մեթոդների կիրառումը զգալիորեն նվազեցնում է անմիջապահության ասրիճանը և բարձրացնում հիվանդների լյանքի որակը:

URINE INCONTINENCE AFTER PROSTATECTOMY

V.H. Shahsuvaryan, V.V. Badeyan, V.M. Aragelyan, K.H. Tsarukyan, V.R. Ghazaryan

All patients undergoing a radical prostatectomy (RP) using any surgical approach (open, laparoscopic, or robotic) are at risk of developing postprostatectomy urinary incontinence. Avoiding overdissection of the apical musculature and skeletonizing the urethra. Incontinence after RP can broadly be divided into two causes: urethral and detrusor. Urethral causes of incontinence have been found to be a result of either urethral sphincter incompetence, changes in urethral length, or postoperative strictures. Better outcome after radical prostatectomy may be predicted by more accurate operation performing and use conservative and invasive treatment modalities.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся вариантов злокачественных опухолей у мужчин, занимает второе место после рака легких в возрасте от 50 до 65 лет с тенденцией к увеличению в трудоспособной популяции [1]. Все многообразие методов лечения

локализованного РПЖ можно разделить на хирургические с радикальной простатэктомией в качестве «золотого стандарта» [2], представленного промежностной, позадиленной, лапароскопической, экстраперитонеоскопической, робот-ассистированной радикальной простатэктомией [3,4,5] и альтернатив-

ные методы лечения - дистанционная лучевая терапия, брахитерапия, гормональная терапия, HIFU терапия и криотерапия [6]. Недержание мочи, как осложнение после радикальной простатэктомии, существенно снижает качество жизни и является предметом исследования большого числа специалистов. Частота его в значительной степени варьирует, достигая по данным ряда авторов 80% [7]. Множество интерпретаций причин постпростатэктомического недержания мочи сводятся к заключению о многофакторной природе осложнения. При выполнении радикальной простатэктомии ликвидируются одни и потенциально повреждаются другие механизмы, ответственные за адекватное взаимодействие всех элементов сфинктерного аппарата. Существенной составляющей последнего является сама простата, как главный компонент проксимального сфинктера [8]. В послеоперационном периоде роль удержания мочи выполняет рабдосфинктер как составная часть дистального сфинктера, однако особенности анатомического положения сосудисто-нервного комплекса, ответственного за иннервацию и васкуляризацию данной зоны, делают его крайне уязвимым к механическому и термическому повреждению при выполнении операции [9]. Показано, что волокна, иннервирующие внутренний сфинктер расположены на расстоянии от 3-13мм от верхушки простаты и подвержены повреждению при мобилизация последней. При этом нарушается также механизм иннервации детрузора с нарушением функции мочевого пузыря [10].

Среди главных причин недержания мочи многие авторы выделяют уретральные и детрузорные. Уродинамические тесты выявляют несостоятельность внутреннего сфинктера в течение первого года после простатэктомии в 88% случаев [11]. По данным Hammerer и Huland в послеоперационном периоде у пациентов без признаков недержания мочи в среднем максимальное давление закрытия уретры (МДЗУ) составляет 68.1см H_2O , а при недержании- 53.1см H_2O [12]. Снижение этого показателя в послеоперационном периоде отмечено в 41% случаев, а низкий его показатель в предоперационном периоде служит важным прогностическим фактором для развития недержания мочи после операции [13]. Известное улучшение состояния пациентов с недержанием мочи в разные сроки от 6-12-и месяцев после операции свидетельствует о том, что причиной несостоятельности сфинктера не может быть только лишь повреждение самого сфинктера. Повреждениям подвержены прилежащие анатомические структуры, в частности нервы, способные к восстановлению с течением времени. Эта гипотеза подтверждается данными об анатомической денервации слизистой мембранозного отдела уретры, обнаруженной у 92% пациентов с недержанием мочи после простатэктомии. Иннервация уретрального сфинктера тесно связана с верхушкой предстательной железы и сохранение простатической фасции

снижает проявления послеоперационного недержания мочи [14]. Пред- и послеоперационная оценка длины уретрального сфинктера методом внутриуретральной магнитно резонансной томографии показала, что при большей длине сфинктера восстановление проявлений недержания мочи протекает быстрее [15]. Средняя длина уретрального сфинктера до операции составляет 14мм. В послеоперационном периоде в срок до 1 года полное восстановление пациентов с недержанием мочи имело место в 89% случаев при длине уретрального сфинктера большее 12мм и в 77% - при длине менее 12мм [16]. Среднее уменьшение максимальной длины уретрального сфинктера составляет 6% в послеоперационном периоде, что в значительной степени сказывается на продолжительности восстановительного периода при постпростатэктомическом недержании мочи и является его важнейшим предиктором и фактором [17]. Реже в литературе упоминаются послеоперационные структуры в качестве причины развития недержания мочи. Показано, что структура анастомоза встречается в 26% случаев [18]. Исследованиями доказано, что фиброзные изменения у пациентов с недержанием мочи нарушают также функцию наружного сфинктера, прежде всего за счет снижения его эластичности. Если несостоятельность уретрального сфинктера широко освещена в литературе, то данные о нарушении детрузора неоднозначны. Чаще всего отмечается уменьшение растяжимости детрузора в послеоперационном периоде - от 8% до 38.9% случаев [19]. Пациенты с малым объемом и низкой растяжимостью мочевого пузыря до операции имеют более длительный период улучшения состояния при недержания мочи в послеоперационном периоде [20]. В ряде работ указывается на роль нарушения сократительной функции детрузора, что является следствием интраоперационной денервации мочевого пузыря. Также отмечена роль гиперактивности мочевого пузыря как причины недержания мочи с частотой от 13% до 67.3% [21].

Влияние первосберегающей простатэктомии на степень развития недержания мочи остается недостаточно определенной. Есть данные об отсутствии недержания мочи в 92% случаев после первосберегающей операции и в 71% без первосберегающей простатэктомии [22]. С целью объективной оценки и сравнения степени недержания мочи используется тест по определению массы круглосуточно примененных прокладок (Pad-test), а также ряд стандартизованных анкет (American Urological Association Symptom Index, King's Health Questionnaire [KHQ], University of California Los Angeles Prostate Cancer Index [UCLA-PCI], International Consultationon Incontinence Questionnaire [ICIQ], International Prostate Symptom Score [IPSS]) [23]. Комплекс диагностических мероприятий, направленных на выявление и оценку степени недержания мочи в послеоперационном периоде включает ежемесячный сбор анамнеза, Stress-test, Padtest, общий анализ и куль-

туру мочи с целью исключения инфекции мочевых путей, физикальное исследование, направленное на определение сократительной функции мышц тазового дна, ультразвуковое исследование для определения объема остаточной мочи. Через 3 месяца после операции рекомендуется цистоскопия и полный комплекс уродинамических исследований [24]. При рекомендации методов лечения следует учитывать, что частота восстановления континенции прогрессивно улучшается в разные сроки от 3 месяцев до года после перенесенной операции, поэтому не следует прибегать к хирургическим методам лечения. В это время целесообразно рекомендовать упражнения Кегеля для тренировки мышц тазового дна, использование механизмов обратной биологической связи, основанных на саморегуляции физиологических процессов, транскутанную электростимуляцию нервных окончаний, фармакотерапию и их сочетание [25]. Фармакотерапия направлена на повышение функциональной емкости мочевого пузыря и внутриуретрального давления. В раннем послеоперационном периоде может иметь место ургентное недержание мочи, обусловленное гиперактивностью детрузора, поэтому назначение антихолинергических препаратов в комбинации с упражнениями Кегеля в течение первого месяца после операции в значительной степени улучшает континентность, снижает число использованных прокладок, увеличивает емкость пузыря [26].

У пациентов без признаков улучшения в течение 6 месяцев после операции маловероятно ожидать изменений в дальнейшем, даже при применении консервативных методов лечения, а через год после операции 27% пациентов страдают от недержания и нуждаются в применении прокладок [27]. Выбор инвазивных методов лечения стрессового недержания мочи при отсутствии эффекта после консервативного лечения зависит от жалоб, степени выраженности недержания мочи, состояния больного. Первое интрауретральное субмукозное введение объемообразующих веществ (Macroplastique) обеспечил полный эффект в 12% и улучшение - в 56% случаев [28]. Современное представление о данном методе с введением коллагеновых и силиконовых макрочастиц, липографтов, обогащенных стромально-васкулярной фракцией основано на многочисленных данных о развитии фиброза и структур на месте введения и кратковременности эффекта, что резко ограничивает показания к применению этого метода [29]. Несмотря на многообразие механизмов действия применение обтураторных слингов следует следующие цели: адекватное сдавление бульбозной или/и проксимальной уретры, регулируемое натяжение, исключающее рецидив недержания мочи, обеспечение оптимального соотношения между натяжением слинга и сокращением детрузора для предотвращения задержки мочеиспускания [30]. Внедрение и совершенствование слингов имеет 40-летнюю историю. Первый аппарат, предло-

женный Кауфманом имел полусферическую форму, был заполнен силиконом и имел полиуретановые компрессионные ленты. Впоследствии он был заменен на пубоуретральный слинг, дополненный костным фиксатором (BAMS, InVance, American Medical Systems, Minnetonka, MN, USA), обеспечивающим компрессию бульбозного отдела уретры, а в более поздние сроки в клиническую практику был внедрен трансобтураторный слинг (Advance, American Medical Systems), позволявший производить элевацию проксимальной уретры [31]. В дальнейшем был предложен квадратный слинг (VIRTUE, Argus, Remeex), обеспечивающий одновременно элевацию проксимальной уретры и компрессию бульбозной [32]. Исследования по оценке эффективности использования различных слинговых систем показали эффективность последних разработок в пределах 54,6%-92,3% [33].

Имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря широко представлена как "золотой стандарт" лечения недержания мочи после радикальной простатэктомии [34]. История имплантации искусственного уретрального сфинктера начинается с 1973 года, а в последующие 10 лет устройство претерпело 5 модификаций и в настоящее время применяется преимущественно его базовая модель AMS800. Идеальный кандидат для установки AMS-800- пациент с признаками стрессового недержания мочи тяжелой степени, в большинстве случаев обусловленного перенесенной простатэктомией, при отсутствии структуры уретры, признаков гиперактивности детрузора, с сохраненной емкостью мочевого пузыря и способностью совершать мелкие движения пальцами кистей. Предшествующая лучевая терапия не является строгим противопоказанием к имплантации AMS-800, однако она может ухудшать исход операции, так как снижает комплаентность детрузора и повышает риск эрозии манжетки [35]. Данные исследования свидетельствуют об удовлетворительной для большинства пациентов эффективности лечения (до 1 прокладки в сутки). Присоединение вторичной инфекции варьирует от 0,46% до 7%, эрозия манжетки наблюдается в 3,8% - 8% случаев, атрофия уретры – в 9,6%-11,4% случаев. Несмотря на очевидные результаты большинство мужчин все же нуждаются в использовании до одной прокладки в день и нуждаются в дальнейшем в повторных процедурах [36].

Таким образом при достаточно большом ассортименте консервативных и оперативных средств при лечении недержания мочи и очевидных успехах их применения, неудачные результаты требуют дальнейшего совершенствования техники выполнения оперативных вмешательств и модификации средств, применяемых для лечения недержания мочи.

Заключение

Среди главных причин недержания мочи после радикальной простатэктомии многие авторы выделяют уретральные и детрузорные. Тщательно вы-

полненная мобилизации анатомических структур верхушки простаты позволяет надеяться на лучшее восстановление при развитии недержания мочи. Применение арсенала консервативных и инвазивных методов лечения в значительной степени снижает степень недержания мочи, улучшает качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. П.С.Кызласов, М.М.Сокольщик, и др. Недержание мочи после радикальной простатэктомии. Экспериментальная и клиническая урология, 1 2015, с. 38-40.
2. Van den Ouden D, Davidson P, Hop W, Schröder FH. Radical prostatectomy as a monotherapy for locally advanced (stage T3) prostate cancer. J Urol. 1994. Vol. 151, 3.P. 646-651.
3. Ahlering TE, Woo D. et al. Successful transfer of open surgical skilss to a laparoscopic environment using a robotic interface. J Urol. 2003. Vol. 170. P. 1738-1741.
4. Coelho RF, Rocco B. et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a critical review of outcomes reported by high-volume centers. J Endourol. 2010. Vol. 24.12. P. 2003-2015.
5. Di Pierro GB, Baumeister Ph. et al. A prospective trial comparing consecutive series of open retropubic and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. Eur. Urol. 2011. Vol. 59. P.
6. Goluboff ET, Mazer S. et al. Urinary continence after radical prostatectomy. J Urol. 1998;159:1276-80.
7. Wilson LC, Gilling PJ. Post-prostatectomy urinary incontinence: a review of surgical treatment options. BJU Int. 2011;107(suppl 3):
8. Song C, Doo CK, Hong JH. et al. Relationship between the integrity of the pelvic floor muscles and early recovery of continence after radical prostatectomy. J Urol. 2007;178:208-211.
9. Atiemo HO, Vasavada S, Rackley R, Moy L. Evaluating and managing urinary incontinence after prostatectomy: beyond pads and diapers. Cleve Clin J Med. 2007;74:57.
10. Egawa S, Minei S. et al. Urinary continence following radical prostatectomy. Jp ClinOncol. 1997;27:71.
11. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC. et al. The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study. J Urol. 2000;163:1767-1770.
12. Hammerer P, Huland H. Urodynamic evaluation of changes in urinary control after radical retropubic prostatectomy. J Urol. 1997;157:233-236.
13. Dubbelman YD, Groen J, Wildhagen MF. et al. Urodynamic quantification of decrease in sphincter function after radical prostatectomy. NeurourolUrodyn. 2012;31:646-651.
14. Van der Poel HG, de Blok W, Joshi N, van Muilekom E. Preservation of lateral prostatic fascia is associated with urine continence after robotic-assisted prostatectomy. Eur Urol. 2009;55:892-900.
15. Ko YH, Coelho RF, Chauhan S. et al. Factors affecting return of continence 3 months after robotic-assisted radical prostatectomy. J Urol. 2012;187:190-194.
16. Nguyen L, Jhaveri J, Tewari A. Surgical technique to overcome anatomical shortcoming: balancing post-
- prostatectomy continence outcomes of urethral sphincter lengths on preoperative magnetic resonance imaging. J Urol. 2008;179:1907-1911.
17. Paparel P, Akin O, Sandhu JS. et al. Recovery of urinary continence after radical prostatectomy. Eur Urol. 2009;55:629-637.
18. Gomha MA, Boone TB. Voiding patterns in patients with post-prostatectomy incontinence. J Urol. 2003;169:1766.
19. Porena M, Mearini L. et al. Voiding dysfunction after radical retropubic prostatectomy. Eur Urol. 2007; 52:38.
20. Song C, Lee J, Hong JH. et al. Urodynamic interpretation of changing bladder function and voiding pattern after radical prostatectomy. BJU Int. 2010;106:681-686.
21. Giannantoni A, Mearini E, Di Stasi SM. et al. Assessment of bladder and urethral sphincter function before and after radical retropubic prostatectomy. J Urol. 2004;171:1563.
22. O'Donnell, Finan BF. Continence following nerve-sparing radicalprostatectomy. J Urol 1989;142:1227.
23. John I. Chang, Vincent Lam. et al. Preoperative Pelvic Floor Muscle Exercise and Postprostatectomy Incontinence. European urology 69 (2016) 460-467.
24. D.Schultz-Lampel. Postoperative Management of Urinary after urologic surgery. Chapter 25, 345-346.
25. Moorehouse DL, Robinson JP. et al. (2001) Behavioural treatments for post-prostatectomy incontinence. Ostomy Wound Manage, 47:30-38.
26. Otto U, Grosemans W, Liedke S (1999). Einfluss von Trospimchlorid auf die Harninkontinenz nach radikaler Prostatovesikulektomie. Ergebnisse einer p-r-Studie, 11. Deutscher Kongress der GIH, Dresden, 5-6 Nov 1999, GIH-Referateband S16.
27. Augustin H, Pummer K. et al. (2002) Patient self-reporting questionnaire on urological morbidity and bother after radical retropubic prostatectomy. EurUrol.42:112-117.
28. KymlalaT, Tainio H, Raitanan M, Tammela TL (2003) Treatment of postoperative male urinary incontinence using transurethral Macroplastique injections. J Endourol17: 113-115.
29. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence, 5-th edition 2013. Committee 13.1956 p.
30. Craig V. Comiter, Amy D. Dobberfuhl. The artificial urinary sphincter and male sling for postprostatectomy incontinence Investig.ClinUrol 2016;57:3-13.
31. Welk BK, Herschorn S. Thermale sling for post-prostatectomy urinary incontinence. BJU Int 2012; 109: 328-44.
32. Hubner WA, Gallistl H, Rutkowski M, Huber ER. Adjustable bulbourethral male sling: experience after 101 cases of moderate- to-severe male stress urinary incontinence. BJU Int 2011; 107:777-82.
33. Cornu JN, Da Costa JB, Henry N. et al. Comparative Study of AdVance and AdVance XP Male Slings in a Tertiary Reference Center. Eur. Urol. 2014 P. 502-507.
34. Herschorn, H. Bruschini, C. Comiter et al. Surgical treatment of stress incontinence in men, Neurourology and Urodynamics, vol. 29, 1, pp. 179-190, 2010.
35. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н. Недержание мочи после радикальной простатэктомии. Урология сегодня, 2010, 2.
36. Drogo K.Montague. Artificial Urinary Sphincter. Advances in Urology, V. 2012, Article ID 835290, 4p.

**ԱԼՖԱ ԱԴՐԵՆՈԲԼՈԿԱՏՈՐՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱԽՎԱԾ
ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՋԻ ՆԵՐՄԻԶԱՊԱՐԿԱՅԻՆ ՆԵՐԱԾԻ (ՊՐՈՏՐՈՒՖԻՑԻԱՅԻ) ԱՍՏԻճԱՆԻՑ
ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՋԻ ԲԱՐՈՐՎԱԿ ՏԻՊԵՐՊԼԱԶՈՒՅԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**

Ա.Է. Ավոյան, Ա.Հ. Ադամյան, Վ.Վ. Բաբայան, Ա.Ա. Շատրույան
«Ասպիրին» Բ.Կ., ոլորողիական բաժանմունք

EFFICACY OF ALPHA BLOCKER TREATMENT ACCORDING TO THE DEGREE OF INTRAVESICAL PROSTATIC PROTRUSION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

A.E. Avoyan, A.H. Adamyan, V.V. Babayan, A.A. Tsaturyan

IPP shows significant correlations with increased prostate volume, PSA, decreased Qmax, and increased PVR. Patients with different levels of IPP differed with respect to the benefits achieved by a siladosin dose of 8mg for 4 months. IPP was correlated with obstructive symptoms, and improvements of obstructive symptoms, Qmax, and PVR were more resistant to medical treatment as the level of IPP increased. Siladosin may be more effective in improving symptom scores and Qmax in patients with mild IPP than in those with moderate or severe IPP.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬФА-БЛОКАТОРАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОТРУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАВЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ա.Ե. Ավոյան, Ա.Հ. Ադամյան, Վ.Վ. Բաբայան, Ա.Ա. Շատրույան

Интраузикальная простатическая протрузия (ИПП) показывает значительные корреляции с увеличением объема простаты, PSA, уменьшением Qmax и увеличением PVR. Пациенты с различным уровнем ИПП отличались с учетом преимуществ, достигаемых дозой силадозина в дозе 8 мг в течение 4 месяцев. ИПП коррелировала с обструктивными симптомами, а улучшение обструктивных симптомов, Qmax и PVR были более устойчивы к медикаментозному лечению по мере увеличения уровня ИПП. Силадозин может быть более эффективным в улучшении показателей симптомов и Qmax у пациентов с мягким ИПП, чем у пациентов с умеренным или тяжелым ИПП.

Ներածություն: Շազանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիան (ՇԲԴ) պրոզրեսիվող հիվանդություն է, որը սովորաբար հանդիպում է 50 տարեկանից բարձր տղամարդկանց մոտ [1]: Շազանակագեղձի ներմիզապարկային ներաճը կամ պրովրուզիվան (ՇՆՆ) մորֆոլոգիական փոփոխությունների արդյունք է, որի հետևանքով շազանակագեղձի հիպերպրոֆիկ հյուսվածքը ներաճում է միզապարկի մեջ: Նայմի է, որ ՇՆՆ-ը բարձրացնում է միզարձակման զանգավորների ուժգնությունը, բերելով միզապարկի դափարկման օրսպրուկցիայի (BOO) ավելացման [2-4]: Միզապարկի դափարկման օրսպրուկցիայի (BOO) ախտորոշման առավել ճշգրիտ մեթոդ է համարվում ճնշում-հոսք հետազոտման մեթոդը (PFS): Այնուամենայնիվ, ոչ ինվազիվ հետազոտման մեթոդները փոփարինում են վերոնշյալ հետազոտության մեթոդին կապված ինվազիվության հետևանքով առաջացող բարդությունների հետ, ինչպես նաև հաշվի առնելով ֆինանսական կողմը: ՇՆՆ-ի ասպիհճանի որոշումը ունի առավելություններ, քանի որ այն կարելի է կափարել մի քանի անգամ, ունի չափորոշիչներ և կորելյացիաներ հոսք ծավալ հետազոտության հետ, և չի պահանջում միզարձակում հետազոտման ժամանակ [5]: Նշվում է, որ ՇՆՆ-ն կարող է բերել միզապարկի այսպես կոչված լցման ախտանիշների հարածնան, կապված պրոսփարփիկ միզուկի երկարացման և միզապարկի վզիկի և լենքոյի եռանկյան գրգռման հետ [6-9]: Այսպիսով, այս հետազոտության նպատակը կայանում է վերլուծել միզարձակման լցման և դափարկման ախտանիշների փոփոխությունները բարքեր ՇՆՆ-ի ասպիհճանների դեպքում, ինչպես նաև հիմնական

փոփոխությունները սիլազոնի 8մգ*1 բուժումից հետո, և զնահարել կոնսերվարփիվ բուժման արդյունավետությունը:

Աշխարհականի նպարակն Էվերլուծել սիլազոնի 8մգ դեղաչափի օրեկան 1 անգամ դրված բուժման արդյունավետությունը կախված շազանակագեղձի ներմիզապարկային ներաճի (ՇՆՆ) ասպիհճանից շազանակագեղձի բարորակ հիպերպազիայի դեպքում (ՇԲԴ):

Նյութը և մեթոդներ: Ընդհանուր 145 հիվանդ 45 փարեկանից մեծ բուժվել են սիլազոնի 8մգ*1 2017թ. ապրիլի 1-ից մինչև հուլիսի 31-ը ընկած ժամանակահարփածում, որոնք գրանցվել են ուսուրուակելիքի: Բոլոր հիվանդներին կափարվել է IPSS-ի որոշում, մեզի ընդհանուր բնություն, ուուփինային լարորափոր քննություններ, շազանակագեղձի ծավալի որոշում, շազանակագեղձի սպեցիֆիկ հակածնի որոշում (PSA), մնացորդային մեզի որոշում (PVR), ուրոֆլուուսփրիա՝ մաքսիմալ արագության որոշում (Qmax): Պացիենտները բաժանվել են 3 խմբի բարք ՇՆՆ-ի ասպիհճանի: 5մմ-ից փոքր (խումբ A -97 պացիենտ), 5-10մմ (խումբ B -26 պացիենտ), 10մմ-ից ավելի (խումբ C - 22 պացիենտ): Դասակարգումը կափարվել է բարք Nose-ի և համահեղինակների առաջարկված դասակարգման [5]: Բոլոր հիվանդներին կափարվել է շազանակագեղձի ծավալի որոշում, շազանակագեղձի սպեցիֆիկ հակածնի որոշում (PSA), մնացորդային մեզի որոշում (PVR), ուրոֆլուուսփրիա՝ մաքսիմալ արագության որոշում (Qmax) մինչև բուժումը և բուժումից 4 ամիս անց: Այն պացիենտները, որոնց մոտ PSA-ն մեծ է նորմի 4նգ/մլ -ից կափարվել են:

շազանակագեղձի դրանստեկփալ բարակասեղային բիոպսիա ՈՒՁՆ հսկողությամբ: Շազանակագեղձի քաղցկեղ որևէ հիվանդի մոտ չի հայտնաբերվել: Վյու հիվանդները, որոնց մոտ զուգակցված եղել են այլ ախտանիշներ՝ մակրոհեմապորիխա, միզային համակարգի ինֆեկցիա, միզաքարային հիվանդություն, միզուկի սպրիկուրա կամ տարեկ են վիրահապություն փոքր կողքի օրգանների պարուղիաների հետ կապված չեն ընդգրկվել հետազոտության մեջ:

Արդյունքներ և բնարկում: Պացիենտների միջին փարիքը եղել է 66.5, շազանակագեղձի ծավալը միջինում եղել է 52.5մմ 3, միջին PSA-ի թիվը եղել է 4,49նգ/մլ, IPSS-ի միջին թիվը եղել է 19.5: ՇՆՆ-ի միջին թիվը եղել է 5,6մմ: ՇՆՆ-ի թիվնից ներկայացնում է մորֆոլոգիական փոփոխություն, որի ժամանակ գեղջի է ունենում շազանակագեղձի ներած միզապարկի մեջ, շազանակագեղձի հիվերփրոֆիայի հետևանքով [10]: Միջին բիլթը, ներածած միզապարկի մեջ մեծացնում է միզապարկից մեզի դրուս զարու դիմադրողականությունը, առաջացնելով միզապարկի վզիկի ոչ լրիվ բացում՝ փականային մեխանիզմով [11]: IPSS-ի, PSA-ի, շազանակագեղձի ծավալի, Q max-ի, մնացորդային մեզի դրոշումը կարող են օգտակար լինել ՇԲՀ-ի բուժման մեթոդի ընդունակության համար, սակայն դժվար է ընդունակություն կապարել դեղորայքային և վիրարուժական մեթոդների միջև է հիմնվելով միայն այս ցուցանիշների վրա: Դոսք-ծավալ հետազոտությունը համարվում է ուսկե սպանդարվ միզապարկի դափարկման օրսպրոլիցիայի (BOO) ախտորոշման համար, և դափարերակելու հիվերակարգիվ միզապարկից [12]: Սակայն հոսք-ծավալ հետազոտությունը հնարավոր չէ: կապարել բոլոր պացիենտներին, հաշվի առնելով նրա ինվագիվությունը, անհարմարությունը և ինֆեկցիայի առաջացման հնարավորությունը: Եվրոպական ուրոլոգիական ասոցիացիայի (ԵԱՈՒ) ուղեցույցները խորհուրդ են դադիմ կապարել հոսք-ծավալ հետազոտությունը այն պացիենտներին, որոնց փարիքը մեծ է 80-ից կամ փոքր 50-ից և ունեն սպորին միզուղիների ախտանիշներ, չեն կարողանում միզել 150մլ-ից ավելի, Q max>15մլ/վրկ.-ից, մնացորդային մեզի ծավալը գերազանցում է 300մլ-ը, կասկածվում է նեյրոզեն միզապարկ և այն պացիենտներին ում նախկինում կապարվել է վիրահապություն կապված սպորին միզուղիների ախտանիշների հետ /ՇԲՀ անհաջող ելքով [13]: Վերջերս ՇՆՆ- ն առաջարկվել է առանձին, ոչ ինվանգիվ զնահագնան մեթոդ, որպես միզապարկի դափարկման օրսպրոլիցիայի պրոզոգի համար [14]:

Chia-ն և համահեղինակները [11] առաջարկել են ՇՆՆ- որպես միզապարկի դափարկման օրսպրոլիցիայի ախտորոշման մեթոդ սպորին միզուղիների ախտանիշների /ՇԲՀ-ով պացիենտների մոտ: Նրանք հայդրաբերել են, որ ՇՆՆ-ի 3-րդ ասդիան ունեցող 94% պացիենտների մոտ կար արդահայրված օրսպրոլիցիա: Nose և համահեղինակները [5] պացուցեցին, որ ՇՆՆ-ի ասդիանը և դոպեկ ուրոլինամիկ հետազոտությունը ունեն բարձր ավելիքի կություն և զգայնություն միզապարկի դափարկման օրսպրոլիցիայի պրոզոգի համար: Lim-ը և համահեղինակները, [2] որոնք հետազոտել են ՇԲՀ -ով

95 պացիենտների, եկել էին այն եզրահանգման, որ ՇՆՆ-ն միակ անուղղակի գործոնն է որ կապված է միզապարկի դափարկման օրսպրոլիցիայի ասդիանի հետ: Կեզու-ը և համահեղինակները [15] հետազոտել են 206 պացիենտի և եկել են այն եզրահանգման որ ՇՆՆ-ն ուղիղ կորելյացիայի մեջ է շազանակագեղձի ծավալի, միզապարկի դևարողորային ակդիվության, Qmax-ի, մեզի մնացորդային ծավալի հետ: Մեր հետազոտության մեջ հայդրաբերեցինք, որ սիլոդրի 8մգ*1 բուժման ֆոնի վրա IPSS-ի դեպի դրական փոփոխություններ դիմում է ավելի շաբթ Ա խմբում, քան Բ և C (համապարփական 40.1, 30.05, 29.85%): Մենք հայդրաբերեցինք, որ գործոնների բանակը որոնք փոխվել են դեպի սիլադրոզի 8մգ*1 բուժման հետևանքով, նվազում էին այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեին ՇՆՆ-ի ավելի բարձր ասդիան: Ըստ նախկինում կափարված հետազոտությունների, ՇՆՆ-ն զգայի կորելյացվում է շազանակագեղձի ծավալի, PSA-ի, մնացորդային մեզի բանակի մեծացման, և Qmax-ի թվի փոքրացման հետ: Մեր հետազոտության ժամանակ դեղորայքային բուժման ավելի մեծ արդյունավելություն եղել է ՇՆՆ-ի ավելի ցածր ասդիանների դեպքում, և դիմում է դեղորայքային բուժման անարդյունավելություն գրեթե բոլոր 3-րդ ասդիանի ՇՆՆ-ով հիվանդների մոտ: Այդ հիվանդները ենթարկվել են ՇԲՀ-ի վիրահափական բուժման: Զնայած այս առավելություններին ՇՆՆ-ն չի կարող փոխարինել ՇԲՀ-ի ախտորոշման ժամանակ կիրառվող վերը նշված այլ մեթոդներին: ՇՆՆ-ն դադիմ է ավելորդ գեղեկարգություն օրսպրոլիցիայի պրոզոգի համար, առանց հոսք-ծավալ հետազոտության կափարման: ՇՆՆ-ն չի կորելյացվում IPSS-ի նախնական թվերի հետ: Մենք եկել ենք այն եզրահանգման, որ սիլադրոզի 8մգ*1 բուժման ժամանակ սպացել ենք կիրահիկական ախտանիշների, հափկապես օրսպրոլիցիկ դափարկման ավելությունը պացիենտների մոտ, որոնք ունեն ՇՆՆ-ի ցածր ասդիան: ՇՆՆ-ն կարող է օգնել ՇԲՀ-ով պացիենտների բուժման ընդունակության մեջ ավելի հետազոտական մեթոդների ընդունակության հարցում:

Եզրակացություն: ՇՆՆ-ն դադիմ է զգայի կորելյացիա շազանակագեղձի ծավալի, PSA-ի, մնացորդային մեզի բանակի մեծացման, և Qmax-ի փոքրացման հետ: ՇՆՆ-ի դադիմ է ասդիանով պացիենտները սպացել ենք սիլադրոզի 8մգ*1 բուժման 4 ամիս: ՇՆՆ-ն կորելյացվում է օրսպրոլիցիկ ախտանիշների հետ, և օրսպրոլիցիկ ախտանիշների դրական դինամիկա Qmax-ի և մնացորդային մեզի դրական փոփոխությունները պացիենտների մոտ: Միլոդրոզի 8մգ*1 բուժմանը կարող է ավելի արդյունավել լինել օրսպրոլիցիկ ախտանիշների, Qmax-ի բարելավման, այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն թույլ արդահայրված ՇՆՆ, քան միջին և բարձր ասդիան ՇՆՆ-ով պացիենտների դեպքում:

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Chute CG, Panser LA. et al. The prevalence of prostatism.

- J Urol. 1993;150:85-89.
2. Lim KB, Ho H, Foo KT, Wong MY, Fook-Chong S. Comparison of intravesical prostatic protrusion, prostate volume and serum prostatic-specific antigen in the evaluation of bladder outlet obstruction. Int J Urol. 2006;13:1509-1513.
 3. Reis LO, Barreiro GC, Baracat J, Prudente A, D'Ancona CA. Intravesical protrusion of the prostate as a predictive method of bladder outlet obstruction. Int Braz J Urol. 2008;34:627-633.
 4. Kim BH, Sohn JC, Park CH, Kim CI. The usefulness of intravesical prostatic protrusion and bladder wall thickness measurement using transabdominal ultrasound in patients with benign prostatic hyperplasia. Korean J Urol. 2005;46:1180-1185.
 5. Nose H, Foo KT, Lim KB, Yokoyama T, Ozawa H, Kumon H. Accuracy of two noninvasive methods of diagnosing bladder outlet obstruction using ultrasonography: intravesical prostatic protrusion and velocity-flow video urodynamics. Urology. 2005;65:493-497.
 6. Lee JM, Chung H, Kim TW, Kim HS, Wang JH, Yang SK. The correlation of intravesical prostatic protrusion with storage symptoms, as measured by transrectal ultrasound. Korean J Urol. 2008;49:145-149.
 7. Doo CK, Uh HS. Anatomic configuration of prostate obtained by noninvasive ultrasonography can predict clinical voiding parameters for determining BOO in men with LUTS. Urology. 2009;73:232-236.
 8. John H, Hauri D, Bangerter U, Elbadawi A. Ultrastructure of the trigone and its functional implications. Urol Int. 2001;67:264-271. [PubMed]
 9. Kuo HC. Clinical prostate score for diagnosis of bladder outlet obstruction by prostate measurements and uroflowmetry. Urology. 1999;54:90-96. [PubMed]
 10. Lee SW, Cho JM, Kang JY, Yoo TK. Clinical and urodynamic significance of morphological differences in intravesical prostatic protrusion. Korean J Urol. 2010;51:694-699.
 11. Chia SJ, Heng CT, Chan SP, Foo KT. Correlation of intravesical prostatic protrusion with bladder outlet obstruction. BJU Int. 2003;91:371-374. [PubMed]
 12. Arnolds M, Oelke M. Positioning invasive versus noninvasive urodynamics in the assessment of bladder outlet obstruction. Curr Opin Urol. 2009;19:55-62. [PubMed]
 13. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines) Eur Urol. 2004;46:547-554. [PubMed]
 14. Franco G, De Nunzio C, et al. Ultrasound assessment of intravesical prostatic protrusion and detrusor wall thickness. J Urol. 2010;183:2270-2274. [PubMed]
 15. Keqin Z, Zhishun X, Jing Z, Haixin W, Dongqing Z, Benkang S. Clinical significance of intravesical prostatic protrusion in patients with benign prostatic enlargement. Urology. 2007;70:1096-1099. [PubMed]

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА LITHO OT QUANTASYSTEM В РЕЖИМЕ «РАСПЫЛЕНИЯ» КАМНЯ

А.М. Грабский, Ш.Б. Даниелян, Г.А. Двоян, А.В. Енокян, Г.В. Авanesян, И.М. Шиндян, А.В. Варданян, Р.В. Агаджанян, А.М. Зурначян, А.А. Kocharyan, Г.Г. Шадян, С.А. Martirosyan, Е.А. Хачатрян, Г.М. Минасян

МЦ “Измирлян”, клиника урологии, Ереван, Армения

QUANTA SYSTEM-ի LITHO ՎԵՐԱԲՈՒԺՎԱՆ ԼԱԶԵՐԻ ՔԱՐԻ ՓՈՇԽԱՑՆՈՂ ՈԵԺԻՄՈՎ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

**Ա.Մ. Գրաբսկի, Շ.Բ. Դանիելյան, Գ.Ա. Դվօյն, Ա.Վ. Ենոքյան, Ի.Մ. Շինդյան,
Ա.Վ. Վարդանյան, Ռ.Վ. Աղաջանյան, Ա.Մ. Զուռաչյան, Ա.Ա. Քոչարյան, Գ.Գ. Շադյան, Ս.Ա. Մարտիրոսյան, Ե.Ա. Մարգիրոսյան, Ե.Ա. Խաչատրյան, Գ.Մ. Մինասյան**

Նախապարհություն. Մեր բաժանմունքում լազերային լիփովրիփասիան ընդունված մեթոդ է միզաքարային հիվանդության էնդոսկոպիկ բուժման համար: Հողմիումային լազերն ընդարձակել է միզաքարային բարերի էնդոսկոպիկ բուժման ցուցումները՝ ներառյալ ավելի խոշոր չափերի բարերը վերին միզուղիների աճրող երկայնքով: Այս աշխափանքի նպագակն է միզաքարային բարերը գեղակայման բարերի պերկուրան և ուրեմն դեպքերում բարերի նախմական զնահափական Quanta System-ի հողմիումային լազերով լիփովրիփասիայի արդյունավետության ու անվիճանգության վերաբերյալ, եթե օգտագործվել է լազերի կարգավորումների այնպիսին նոր ռեժիմ, ինչպիսին է «փոշիացնող էֆֆեկտը»: Մեթոդներ. Մեր բաժանմունքում Quanta System-ի նոր հողմիումային լազերով բուժվել են բարասուն հիվանդներ: Ներազուրության նպարակն է՝ պարզել հիվանդների բարից ազագվելու հավանականությունը և արդյունավետությունը, եթե օգտագործվել է լազերի կարգավորումների նոր՝ փոշիացնող ռեժիմը: Պացիենտներն ըստ քարի տեղակայման դասակարգվել են I խմբի (երիկանների բարեր, 17 պացիենտ) և II խմբի (միզաքորային բարեր, 23 պացիենտ): I խմբի հիվանդների բարերի հեռացման համար կարավել է ՊՆՆ, իսկ II խմբի համար ΩΗΩ: Երկու խմբերում էլ լիփովրիփասիայի համար օգտագործվել է Quanta System-ի 30Վ Litho լազերը: Արդյունքները. Ընդհանուր բարից ազագման հաճախականությունը երկու խմբերում կազմվել է համապատասխանարար 99.1% և 95.1%: Միջամբությունների միջին բանակը միզաքարային բարերում կազմվել է 1.1 ± 0.1 (1-3), իսկ երիկանների բարերի դեպքում 1.0 ± 0.0 : Առաջնային բուժումը դիմուլ դիմուլ միզաքարային բարերում հիվանդների մոտ ավելի արդյունավել էր: Քարից ազագման արագության նշանակալի գարբերություններ չեն դիմուլ երկրորդ լազերային միզաքարությունից հետո բուժումը բարերի դեպքում: Բարդությունների ընդհանուր հաճախա-

կանությունը կազմել է 7,2%: Ընդհանուր և ասքիճան-կախյալ բարդությունների հաճախականությունը կախված չէ լազերների օպտագործումից: Ներկա տարին Quanta System-ի նոր հղմիումային լազերի փոշիացնող ռեժիմի օպտագործումը հետանկարային միջոց է միզանարանային բարերի բայրայման համար՝ անկախ նրանց սկզբնական դրեակայումից: Տարբեր մեթոդների համադրությամբ, ինչպես նաև, համապարասխան էնդոռուրոլոգիական սարքավորումներով հնարավոր է ավելացնել բարի հետացման արագությունը՝ անկախ բարի չափից և բաղադրությունից:

PRELIMINARY RESULTS OF USAGE OF SURGICAL LASER LITHO QUANTA SYSTEM IN DUSTING MODE

Grabsky A.M., Danielyan Sh.B., Dvoyan H.S., Yenokyan H.V., Avanesyan G.V., Shindyan I.M., Vardanyan A.V., Aghajanyan R.V., Zurnachyan H.M., Qocharyan A.A., Shadyan G.G., Martirosyan S.A., Khachatryan Y.A., Minasyan G.M.

Background: In our departments, Laser lithotripsy is an established modality for endoscopic treatment of urinary stone disease. Ho:YAG laser have broadened the indications for endoscopic stone managements to include larger stone sizes throughout the upper urinary tract. Aim of current work is to primary assess of efficacy and safety of Ho:YAG Quanta System laser lithotripsy during percutaneous and ureteroscopic management of ureteral calculi in different locations by using new mode of laser settings such a "Dusting effect". **Methods:** Forty patients were treated with using of new Quanta System Ho:YAG laser lithotripsy in our department. Study endpoint was the number of treatments until the patient was stone free by using new Dusting mode in lasers settings. Patients were classified according to the location of their stones as Group I (kidney stones, 17 patients) and group II (ureteral stones, 23). For group I patients was used PNL and for Group II used URS for removing stones. In both groups as device for incorporeal lithotripsy was used Litho laser 30W from Quanta System. **Results:** Overall stone free rate for both groups was 99.1% and 95.1% respectively. The mean number of procedures for ureteral calculi was 1.1 ± 0.1 (1–3) and for renal stones was 1.0 ± 0.0 . The initial treatment was more successful in patients with distal ureteral calculi. No significant difference in the stone free rate was noticed after the second laser procedure for all stones. Overall complication rate was 7.2% (Clavien II und IIIb). Overall and grade-adjusted complication rates were not dependant on laser usage. **Conclusion:** The use of the new Ho:YAG laser Quanta System in dusting mode appears to be a promising tool to disintegrate ureteral calculi independent of primary location. Combination of different techniques as well as the appropriate endourologic tools could likely improve the stone clearance rates regardless of stone size and composition.

Введение. Лазерные технологии в современной урологии являются уже установившимися стандартными методами для контактной литотрипсии. Внедрение Ho:YAG лазера расширило показания для эндоскопических методов лечения, в частности - уретерореноскопии (УРС), даже при камнях больших размеров, во всех отделах мочевых путей. Кроме того, усовершенствования в дизайне уретерореноскопов и эндоскопических инструментов в течение последних десятилетий позволили во многих случаях заменить открытые хирургические методы лечения мочекаменной болезни на минимально инвазивные [1,2]. Не осталась в стороне от вышеуказанных процессов и клиника урологии медицинского центра «Измирлян», которая благодаря патриотической и гуманистической инициативе доктора Каро Дер-

цакяна (Калифорния, США), начиная с 2010 года, регулярно оснащалась самой передовой технологией, в том числе и лазерными установками различного предназначения: StoneLight15W; RevoLix70W; QuantaCyber TM systems 150W. В апреле 2017г. арсенал клиники урологии вновь пополнен современным оборудованием - хирургическим лазером LITHO 30Ватт от корпорации QuantaSystem. Сразу же он был внедрен в повседневную клиническую практику, и в данном небольшом исследовании нам бы хотелось представить предварительные результаты применения данного инструмента.

Материал и методы

В исследование вошли 40 больных МКБ с различной локализацией камней (почки и мочеточник), которые с конца апреля по июнь 2017г. лечились в

клинике урологии МЦ «Измирлян» с использованием Ho:YAG лазерной установки Litho QuantaSystem. Были выполнены следующие эндоскопические операции: перкутанные нефролитотрипсии (ПНЛ)- 17 и уретерореноскопии (УРС) с контактной лазерной литотрипсией- 23 больным. Все пациенты прошли пред- и послеоперационные лабораторные исследования, необходимые обследования согласно принятым в клинике



Рис.1. Хирургическая лазерная система Litho QuantaSystem

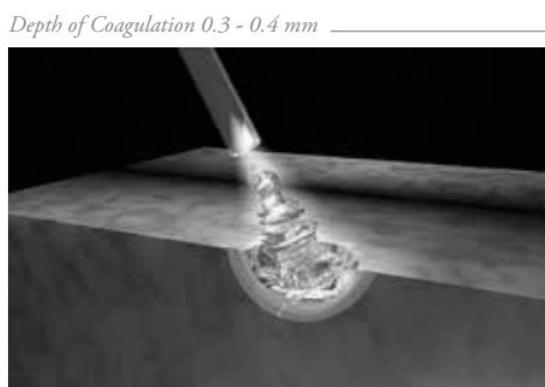


Рис. 2. Глубина коагуляции мягких тканей лазера LithoQuantaSystem: 0,3-0,4мм



Рис.3. Эффект «распыления» камня (*Dusting effect*)

протоколам, включая общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму и пр. Пациенты с выявленной мочевой инфекцией получали курс антибактериальной терапии согласно бак. посеву мочи. Размер камня был определен на основе предоперационного обзорного рентгеновского или КТ снимков.

Непосредственно после завершения процедур, в операционной больным выполнялся контрольный рентген снимок для определения наличия резидуальных фрагментов. В дальнейшем пациенты находились под наблюдением (Follow up) минимум 3 месяца для исключения обструктивного гидронефроза, пиелонефрита или обнаружения резидуальных фрагментов (при наличии). Результат процедуры оценивается по частоте полного избавления от камней и осложнений. Полное освобождение от камней (ПОК) достигалось путем разрушения всех камней до мелкой пыли или фрагментов менее 3мм в диаметре на рентген картинке в конце операции. Такие фрагменты рассматривались как очень маленькие для удаления и могли легко выйти самостоятельно [3]. Время операции оценивалось от начала цистоскопии до удаления всего оборудования в конце.

Лазерное оборудование

LITHO-хирургическая установка, основанная на лазере гольмиум (Ho:YAG) мощностью 30W и с эмиссией луча длиной волны 2микрон (2100нм). На данной длине волны лазер сильно поглощается водой и биологической тканью. Установка Litho автоматически настраивает необходимую длительность импульса в зависимости от режима работы и задает значения для энергии и частоты повторения. При работе в режиме короткого импульсного излучения, эффективность фрагментации конкрементов и абляции твердых тканей значительно повышается. В длительном импульсном излучении лазер очень эффективен при резке мягких тканей, обеспечивая превосходный гемостаз и коагуляцию с минимальными повреждениями окружающих тканей, ввиду малой глубины проникновения. Благодаря высокой абсорбции водой применение лазера в среде с водным раствором безопасно (рис.2). Система LithoLaser имеет самые современные технические характеристики, которые представляют собой зо-

лотой стандарт на хирургическом рынке. Возможно устанавливать энергию до 5Дж на импульс, что идеально подходит для фрагментации твердых камней. Максимальная частота повторения составляет 30Гц. Высокая частота повторений и низкая энергия импульса обеспечивает тонкую фрагментацию. Устройство обеспечивает широкий диапазон длительностей импульсов. Благодаря этой функции система может выбрать наиболее подходящий режим заданных параметров в меню приложения (Hard stone-dusting-ablation-coagulation).

QuantaSystem ввела новую настройку приложения «литотрипсия», так называемый -DUSTING EFFECT (эффект распыления) (рис.3). Работа в данном режиме позволяет практически полностью выпаривать камни, превращая их в пыль. Метод DUSTING литотрипсии устранил необходимость в извлечении фрагментов конкремента. Расширенные свойства импульса, специфические настройки частоты повторения и энергии импульса, при DUSTING литотрипсии, обеспечивают более устойчивое положение камня. Перечисленное предотвращает эффект отскакивания камня или его ретроградную миграцию, которые усложняют выполнение контактной литотрипсии.

Хирургические инструменты и техника

Техника и нюансы проведения УРС и ПНЛ хорошо известны и описаны, поэтому приведем лишь некоторые особенности [4-10]. Обычно процедура проводилась под спинальной или общей анестезией по решению анестезиолога, отдавая предпочтение общей анестезии в случае камней проксимального отдела мочеточника с целью предотвращения большой амплитуды движения камней с мочеточником и почкой во время дыхательной экскурсии последних. Использовались нефроскопы 24 и 26Шр, ригидный уретерореноскоп 7-9,5Шр и фиброреноскоп StorzFlex X2 7,5Шр фирмы KarlStorz, Germany, а также мини нефроскоп 18Шр. Фирмы RichardWolf, Germany. В тех случаях (2 случая), когда использовался фиброреноскоп применялся также кожух- access sheath (Cook Medical Bloomington, Illinois, USA). При УРС удалялись несколько фрагментов посредством щипцов или корзинки для анализа состава камня. Этапное лечение применялось при плохой визуализации (из-за гематурии или турбулентности пылевого осадка) или когда оставшаяся часть камня была настолько крупной, что нельзя было удалить за 1 сеанс лечения (3 случая). Постоперационное стентирование мочеточника проводилось по следующим показаниям: длительность процедуры более 60мин, крупные камни в мочеточнике, отек, применение кожуха доступа или травма мочеточника. В остальных случаях оставлялся мочеточниковый катетер 5Шр на ночь. После ПНЛ оставлялся нефростомический дренаж 14-20Шр в зависимости от диаметра используемых инструментов на 3-5 дней.

Для статистического анализа использовалась программа SPSS 17.0 для Windows с использовани-

Таблица 1. Характеристика данных больных по результатам операций

Число пациентов	ПНЛ -17	УРС -23	P
Время операции (min)*	81,3±4,5	65.7±3.8	0.017
Время применения лазера (sec)*	579.8±50.8	154.3±38.1	0.009
Общая энергия (J)*	4528,8±422.6	1148.5±400.7	0.002
Стентирование (%)	57.7	83.8	0.596
Интраоперативные осложнения (%)	1.8	5.4	0.334
Ранние постоперативные осложнения (%)	1.8	8.1	0.141
Конечное ПОК** (%)	99.1	95.1	0.139
Но применения лазера *	1.0±0.0	1.1±0.1	0.027

*среднее +/- SD. ** Полное освобождение от камней

ем непараметрического критерия У Манна-Уитни, а при сравнении качественных данных - критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Сравнения средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних и F-критерия Фишера для оценки равенства дисперсии. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0.05$.

Результаты. Ввиду разнородности сравниваемых групп, в статье будут приведены данные исключительно применимо к эффективности лазера как инструмента интракорпоральной литотрипсии. Пациенты разделены на 2 группы: ПНЛ и УРС. Соотношение мужчины и женщин составило 3:1 соответственно. Отметим, что размеры камней почек колебались от 4,7 до 1,3 см, а камней мочеточника от 2,6 до 0,8 см. Камни проксимального отдела почти на 25% превосходили по размерам камни дистального отдела мочеточника. Среднее время операции составило 81,3±4,5 мин (25-140 мин) для группы ПНЛ и 65,7±3,8 мин (25-120 мин) для группы УРС. Полная фрагментация и удаление камней достигнута в группе ПНЛ почти у всех пациентов, оставшиеся фрагменты спонтанно отошли через нефростому и мочеточник в течение недели. В группе УРС 20 пациентам удалось удалить камни при помощи одной процедуры (77,4%). Повторное вмешательство понадобилось у 3 пациентов из-за крупного камня и ограниченной видимости. После второй процедуры

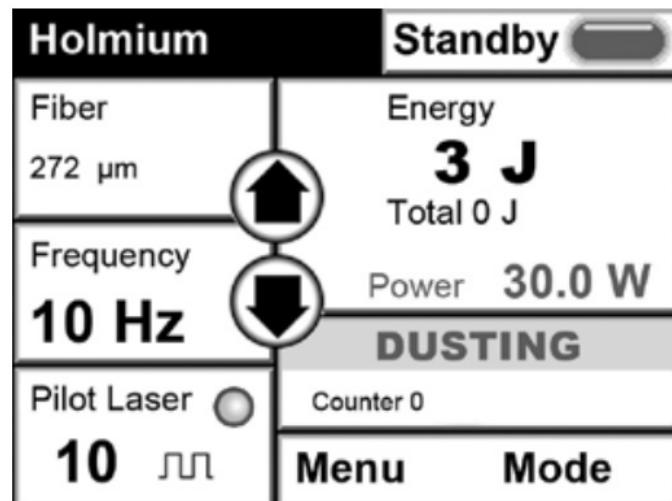


Рис. 4. Меню настройки параметров лазера в режиме "Dusting"

в 95,1% удалось избавить от камней и лишь один пациент предпочел провести ДЛТ резидуального фрагмента, что успешно завершилось ПОК через 2 недели. Для профилактики преходящей обструкции, стентирование проведено после УРС в 83,8% случаев и 57,7% после ПНЛ. Более успешным было лечение камней дистального отдела мочеточника, где ПОК достигала почти 100% с первой процедурой. Характеристика результатов лечения и исходов приведена в таблице 1.

Общее число осложнений было менее 7,2%, хотя не было серьезных интраоперационных осложнений. Регистрировались контролируемые кровотечения при ПНЛ связанные с бужированием, которые прекращались после установки амплацажуха, небольшие повреждения слизистой мочеточника, гематомы, лихорадка в связи с инфекцией мочевого тракта. Мочеточник дренировался на 4-6 недель, проводилась антибиотикотерапия. Ни одно из осложнений не было связано с применением лазера. Ho:YAG лазер успешно разрушал камни любого состава в пыль или фрагменты не подлежащие удалению. Время использования лазера было больше в группе ПНЛ ввиду размеров камней (579.8 против 154.3 сек.) и соответственно было использовано большее энергии 4528,8±422.6 против 1148.5±400.7 Дж.

Обсуждение. XXI век, по праву, можно считать веком лазерной урологии, так как прогрессивно возрастает применение лазера в интракорпоральной литотрипсии. Гольмиеевый лазер является наиболее широко используемым по сравнению с ультразвуковым, пневматическим или другими инструментом литотрипсии (напр., импульсные лазеры, Александритовый или иттриевый лазер). Конечно значительную роль сыграло и техническое усовершенствование инструментов с улучшением гибкости и подвижности кончика фибрископов. Достижения в области проведения лазерной энергии через тонкие и гибкие зонды позволили манипулировать с камнями на всех участках мочевыделительной системы. В наше исследование мы включили когорту первых пациентов с МКБ, которым в ходе лечения применялся лазер Litho QuantaSystem с использованием режима распыления камней "DustingMode". Мы показали, что конечное полное освобождение от камней достигнуто в 99,1% (ПНЛ) и 95,1% (УРС) соответственно за первую и вторую процедуру вместе взятые, что подтверждает данные литературы о безопасности и эффективности применения гольмиеевого лазера в верхних мочевых путях [13-15].

В отличие от прочих видов контактной литотрипсии, лазерные литотрипторы легко справляются практически с конкрементами любой структуры и твердости. Хотелось бы отметить, что скот-

рость фрагментации конкрементов LITHO- лазером впечатльная. Данный факт позволяет удалять достаточно крупные камни за минимальное время. Применения эффекта DUSTING, избавляет от необходимости литоэкстракции фрагментов, что в свою очередь значительно сокращает длительность операций (рис. 4).

Комфорт работы хирурга облегчает и отсутствие эффекта отскакивания и ретроградной миграции конкремента при контактной литотрипсии. Грубых осложнений связанных с применением лазера нами не наблюдалось. Минимальная травматичность и длительность вмешательств позволяли избегать рутинного стентирования мочеточников при проведении УРС. Не было случаев необходимости конвертации эндоскопической операции в открытую. В предварительном исследовании среднее время операции составило для группы ПНЛ и УРС соответственно: 81.3 ± 4.5 мин (25-140 мин) и 65.7 ± 3.8 мин (25-120мин). Конечно же в группе УРС, при локализации камней в дистальной части оно значительно короче, так как отпадает необходимость в многократном введении инструмента в верхние отделы мочевой системы, для удаления крупных фрагментов камней. Стадийность или этапность при лечении камней применялась в тех случаях, когда из-за плохой видимости, гематурии, миграции фрагментов (особенно в верхней трети) или крупных камнях приходилось продолжать операцию через 5-7 дней. Так как необоснованная попытка закончить операцию одним этапов в указанных случаях может привести к ятрогенному травмированию мочевой системы. Рутинное постоперационное стентирование все еще остается предметом экспертных дебатов. С одной стороны - это вызываемое стентом ухудшение постоперационного качества жизни в виде ирритации мочевого пузыря и болей в пояснице при мочеиспускании. А с другой стороны - это предотвращение развития мочевого сепсиса и нивелирование возможной обструкции мочеточника фрагментами камней, сгустками или отеком слизистой. Показаниями к стентированию на наш взгляд являются: травмирование/структуре мочеточника, почечная недостаточность, единственная почка, инфекция мочевого тракта, крупные, вросшие в слизистую камни и дилатация/бужирование мочеточника перед УРС. Этим объясняется относительно высокая частота стентирования про-веденная нами: в 83,8% случаев после УРС и в 57,7% - после ПНЛ.

К счастью мы не имели крупных интраоперационных осложнений и их частота составила соответственно 1.8% при ПНЛ и 5.4% при УРС, и они не имели статистической достоверности. Менеджмент осложнений ограничился дренированием мочевой системы и антибиотикотерапией. Конечно же, любой лазер одновременно и безопасен, но в то же время может вызывать грозные осложнения в зависимости от уровня знаний и навыков применяющего его специалиста. Необходимы провести инструктаж

персонала, ограничение незащищенного доступа в операционную, изолирование поля работы, соответствующие таблички и защитные очки, световые и звуковые индикаторы и прочее. Лимитацией нашего исследования является малое число наблюдений, единственный центр и отсутствие рандомизации. Все это необходимо учесть при оценке отдалённой эффективности данного метода лечения.

Заключение

Ho:YAG лазерная литотрипсия успешно выступает как оптимальный инструмент для разрушения всех видов мочевых камней различной локализации с низкой частотой осложнений. Комбинация современных инструментов и режимов эксплуатации лазера (Dustingmode) позволяет успешно справляться с мигрирующими, пульсирующими и флотирующими фрагментами камней. Дезинтеграция крупных камней является только вопросом времени, рассчитанным на операцию, в случае необходимости можно провести этапное лечение. Резюмируя, можем отметить, что лазерная система LITHO QuantaSystem обеспечивает превосходные клинические результаты, доказанную безопасность, обладает многофункциональностью, мобильностью и высокой прочностью, проявляет низкие эксплуатационные расходы. В наших дальнейших публикациях будут более подробно представлены результаты и сравнительная характеристика методов лазерной литотрипсии.

Конфликт интересов. Все члены группы авторов по составлению данной статьи предоставили отчет Армянской Урологической Ассоциации, по всем взаимоотношениям, которые могут быть восприняты как причина конфликта интересов. Данная статья была создана без внешних источников финансирования и поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Breda A, Ogunyemi O, Leppert JT, Schulam PG. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for multiple unilateral intrarenal stones. EurUrol. 2009; 55:1190-1196.
2. Grasso M, Conlin M, Bagley D. Retrograde ureteropyeloscopic treatment of 2cm. or greater upper urinary tract and minor staghorn calculi. J Urol. 1998; 160:346-351.
3. Preminger GM, Tiselius HG. et al. 2007 guideline for the management of ureteral calculi. J Urol. 2007; 178:2418-2434.
4. Smith RD, Patel A. Impact of flexible ureterorenoscopy in current management of nephrolithiasis. CurrOpinUrol. 2007; 17:114-119.
5. Busby JE, Low RK. Ureteroscopic treatment of renal calculi. UrolClinNorthAm. 2004; 31:89-98.
6. Dindo D, Demartines N. Classification of surgical complications. AnnSurg. 2004; 240:205-213.
7. Bader MJ, Eisner B, Porpiglia F, Preminger GM, Tiselius HG. Contemporary management of ureteral stones. EurUrol. 2012; 61:764-672.
8. Kijvika K, Halebian GE, Preminger GM, de la Rosette J. Shock wave lithotripsy or ureteroscopy for the management

- of proximal ureteral calculi: an old discussion revisited. J Urol. 2007; 178:1157–1163.
9. Pierre S, Preminger GM. Holmium laser for stone management. World J Urol. 2007; 25:235–239
 10. Sofer M, Watterson JD. et al. Holmium: Yag laser lithotripsy for upper urinary tract calculi in 598 patients. J Urol. 2002; 167:31-34.
 11. Tawfik ER, Bagley DH. Management of upper urinary tract calculi with ureteroscopic techniques. Urology. 1999;53:25-31.
 12. LeijteJA,Oddens JR, Lock TM. Holmium laser lithotripsy for ureteral calculi: predictive factors for complications and success. J Endourol. 2008;22:257-260.
 13. Cheung MC, Lee F, Yip SK, Tam PC. Outpatient holmium laser lithotripsy using semirigid ureteroscope. Eur Urol. 2001; 39:702-708.
 14. Bader MJ, Gratzke C, Walther S, et al. Efficacy of retrograde ureteropyeloscopic holmium laser lithotripsy for intrarenalcalculi >2 cm. UrolRes 2010 Oct;38(5):397-402.
 15. Gupta PK. Is the holmium: YAG laser the best intracorporeal lithotripter for the ureter? J Endourol 2007 Mar;21(3):305-9.
 16. Pierre S, Preminger GM. Holmium laser for stone management. World J Urol 2007 Jun;25(3):235-9.
 17. Razzaghi M.R., Razi A. et al. Safety and efficacy of pneumatic lithotripters versus holmium laser in management of ureteral calculi. Urology journal. 2013, 10 (1), 762-6.
 18. Sun X., Xia S., Lu J., Liu H., Han B. Li W. Treatment of large impacted proximal ureteral stones. Journal of endourology, 2008, 22 (5), 913-7.
 19. C.Türk (Chair), A.Neisius et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. © European Association of Urology 2017.

ՍԹՐԵՍԱՅԻՆ ԱՆՄԻՋԱՊԱՌՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՉԸ՝ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՎ

UROSLING ՄԻԴՈՒՐԵԹՐԱԸ ՄԻՋԻՆ ՄԻՋՈՒԿԱՅԻ ԺԱՊԱՎԵՆ

Ա.Մ. Գրաբսկի, Շ.Բ. Դանիելյան, Դ.Ս. Զվորյան, Դ.Մ. Զուրնաչյան, Գ.Վ. Ավանեսյան,

Դ.Վ. Ենոքյան, Գ.Գ. Շահյան, Ա.Ա. Քոչարյան, Ս.Ա. Մարգիրոսյան

«Հզմիրլյան» ԲԿ, ուղղողական բաժանմունք, ՌԴ Երևան

Սթրեսային անմիջապահությունը (ԱՄ) ուրոլոգիական պրակտիկայում հաճախ հանդիպող հիվանդություններից է: ԱՄ-ի բուժման համար կարարվող վիրահաբություններից են միդուրեթրալ ժապավենային վիրահաբությունները՝ վրանսօր-փորապոր ուղղությամբ փրկարգող ժապավենի փեսրով (TOT): Աշխարանքի նպատակը գնահատել պրեսային անմիջապահությամբ պացիենտների մով Urosling միդուրեթրալ ժապավենի օգտագործմամբ կարարված TOT վիրահաբության ելքը և պացիենտների բավարարվածությունը: Կարարվել է պրոսպեկտիվ հետազոտություն, որը ներառել է սթրեսային անմիջապահությամբ այն պացիենտներին, որոնց կարարվել է TOT վիրահաբություն ներսից դուրս ուղղությամբ և սահմանվել է 3 ամիս փրկությամբ հսկողություն: Որպես միդուրեթրալ ժապավեն օգտագործվել է Lintex թնձերության կողմից արտադրված Urosling միդուրեթրալ ժապավենը, որը ՀՀ-ում կիրառվում է վերջին մեկ տարվա ընթացքում և ֆինանսավեն բավականին մարդկանի է: Պացիենտները գնահատվել են կյանիկորեն, ինչպես նաև բարեկաման կերպությամբ պացիենտի կողմից գնահապական սպանալու նպատակով հիվանդանոցից դուրս գրվելիս և 3 ամիս անց օգտագործվել է Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) սանդղակը: Հիվանդանոցից դուրս գրվելիս բոլոր պացիենտների մով TOT վիրահաբության ելքը բարեհաջող է գնահապակը: Եթեր ամիս փրկությամբ հսկողության ընթացքում սթրեսային անմիջապահության ռեցիդիվի դեպքեր չեն եղել: Ենվիրահաբական շրջանում այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են միջակապահությունը, ժապավենի արտանույթ և նշանակաի բրոբրոքային բարդություններ չեն դիմում: PGI-I սանդղակի օգտագործմամբ կարարված օրյենկրիվ գնահապմամբ՝ պացիենտներից 7-ը ամրողապես բավարարված էին դուրս գրվելիս, և բոլոր 8 պացիենտները ամրողապես բավարարված էին 3 ամիս փրկությամբ կարարված հսկողության ավարտին: Եղբակացություն Lintex թնձերության կողմից արտադրված Urosling ժապավենի օգտագործմամբ սթրեսային անմիջապահության բուժման համար կարարված TOT վիրահաբությունն ունի բարեհաջող ելք և մարդկանի է:

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ПОМОЩЬЮ ЛЕНТЫ UROSLING

Грабский А.М., Даниелян Ш.Б., Двоян Г.С., Зурначян А.М., Аванесян Г.В., Енокян А.В., Шадян Г.Г., Коcharyan A.A., Martirosyan C.A.

Стрессовое недержание мочи (СНМ) часто встречается в урологической практике. В настоящее время, в качестве лечения, рекомендуются среднеуретральные слинговые операции в виде трансобтураторной петли (операция ТОТ). Цель и задачи - оценка результатов и степени удовлетворенности пациентов от оперативного лечения СНМ с помощью операции ТОТ с использованием Urosling ленты от компании Lintex. Проведено проспективное исследование, с включением пациентов, перенесших операцию ТОТ с проведением ленты методом изнутри кнаружи. Наблюдение проводилось в течение 3 месяцев. Для всех пациентов была использована лента Urosling от компании Lintex. В Армении лента Urosling применяется в течение более одного года, и занимает оптимальную позицию по параметру цена/качество. Пациенты были оценены, как клинически, так и с помощью опросника Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) при выписке из стационара, а также в конце 3- месячного наблюдения. На момент выписки, у всех пациентов после операции ТОТ были успешные хирургические результаты. Рецидивы СНМ до 3 месяцев не наблюдались. Такие осложнения, как задержка мочи, протрузия ленты и послеоперационные инфекции также не были отмечены. По субъективной оценке с помощью

PGI-I: при выписке результатами были полностью удовлетворены- 7 пациентов, и все 8 пациентов были полностью удовлетворены результатами в конце 3-месячного наблюдения. Выводы - TOT с помощью ленты Urosling от компании Lintex демонстрирует безопасность, удовлетворительный результат в лечении СНМ и сравнительную экономическую доступность.

OUR EXPERIENCE OF STRESS URINARY INCONTINENCE TREATMENT BY USING UROSLING TAPE

Grabsky A.M., Danielyan Sh.B, Dvoyan H.S, Zurnachyan H.M, Avanesyan G.V, Enoqyan H.V, Shadyan G.G, Kocharyan A.A, Martirosyan S.A.

Stress urinary incontinence (SUI) is commonly encountered in urological practice. Nowadays, midurethral sling surgeries in the form of transobturator tape (TOT) surgery are recommended in its treatment. Aims- to assess the outcome and patient satisfaction of TOT surgery by using Urosling tape in the treatment of SUI. A prospective study was undertaken for patients of SUI who underwent TOT surgery by the inside-out method and followed up for 3 month. Urosling tape from the Lintex company was used for all patients. We are using this tape during one year in RA, and it is relatively cheaper for using. The patients were assessed clinically and by the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) at discharge and at the end of 3 months follow-up. Successful surgical treatment with TOT was seen in all patients at the time of discharge. There was no recurrence of SUI seen up to 3 month. There were no complications like urinary retention, tape extrusion and infections following surgery. On subjective assessment, 7 patients were completely satisfied at discharge and all 8 patients were completely satisfied at 3 months follow-up as per the PGI-I score. Conclusion- TOT by using Urosling tape from Lintex company gives a safe outcome in the treatment of SUI and is relatively cheaper.

Նախարան: Այթեսային անմիզապահությունը կանանց մոտ հաճախակի հանդիպող ուրոլոգիական խնդիր է, որը լայն փարածում ունի ամբողջ աշխարհում: <<Էզմիրյան>> ԲԿ-ում մեր կողմից կափարված հարցմամբ հիվանդանց դիմած 30 փարեկանից բարձր ծննդարերած կանանց 20%-ի մոտ առկա էր անմիզապահություն: Տարբեր պարճառներից՝ կանոն՝ կանայք հաճախ չեն բարձրածայնում այս խնդիրը: Վերջին փասնամյակի ընթացքում սրբեսային անմիզապահության վիրահափական բուժումը զարգացում է ապրել [1]: Բուժման համար կան բազմաթիվ վիրահափություններ, որոնցից է Kelly-ի վիրահափությունը, ինչպես նաև առավել բարդ վիրահափություններ՝ հեշտոցային, որովայնային և հեշտոցառորվայնային մուգրերի կիրառմամբ, ինչպես նաև Burch-ի, Raaz-ի, Stamey-ի և Pericera-ի վիրահափությունները: Այս վիրահափությունների և պայուղայի պարճառները նրանց երկարավոր արդյունքների անբավարար լինելը և սրբեսային անմիզապահության ռեցիդիվներն են [2]: Կան մի շաբթ բարդ վիրահափություններ, որոնց մի մասի դեպքում անհրաժեշտ է հայել երակային կոմպլեքսը, որը դեղական է Ունգիոնի փարածությունում: Այս վիրահափությունների ընթացքում վիրաբույժը սրբիակած է աշխարքել միզապարկին բավականին մոտ փարածությունում և կա բարդությունների և հիվանդացության մեծ հավանականություն: Delorme-ն (2001) առաջինը գեղադրեց միդուրերալ, ձգվածությունից զորիկ հեշտոցային ժապավենը (mid-urethral tension-free vaginal sling) փրանսուրփուրափոր ճանապարհով (TOT): Այս վիրահափությամբ նվազագույնի են հասցեկան վիրահափական ռիսկերը և հիվանդացությունը: Ժապավենը, որը դեղադրվում է առանց ձգվածության, հենվելով միզուկի հետին պարին կանխում է որովայնային ճնշման բարձրացմանը հետևող միզուկի լուսանց-

քի բացումը՝ կանխարգելելով սրբեսային անմիզապահության առաջացումը [3]:

Մեր հերազուրության նպարակն է Lintex ընկերության կողմից արտադրված Urosling ժապավենի օգտագործմամբ կափարված TOT վիրահափության ելքը և կարճավոր արդյունքները, ինչպես նաև պացիենտների բավարարվածությունը զնահագելիք: Արդյունքները զնահագվել են հետվիրահափական 3 ամիսների ընթացքում, իսկ բարեկավման վերաբերյալ պացիենտի կողմից զնահագրական սրբանալու նպարակով հիվանդացից դուրս գրվելիս և 3 ամիս անց օգտագործվել է Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) սանդղակը:

Նյութը և մեթոդները: Ներազուրությունը կափարվել է պրոսավեկփիկ նեանակով: Սրբեսային անմիզապահություն ախտորոշվել է այն պացիենտների մոտ, որոնց մոտ դիմումը մեզի փեսանելի ականա արդարություն հազարի՝ միզապարկի լցվածության զգացողության և միզուղիների և հեշտոցի բորբոքյան պրոցեսների բացակայության պայմաններում: Սրբեսային անմիզապահության արդարայիշվածությունը ասդիմանավորելու համար օգտագործվել է Ferrari-ի և համահեղինակների կողմից սրբեղծված սանդղակը [4]: Նախավիրահափական զննումից և նախապարբառապումից հետո պացիենտներին կափարվել է TOT վիրահափություն: Բոլոր պացիենտների դեպքում օգտագործվել է Urosling պոլիպրոպիլենային ժապավենը, որի երկարությունը կազմում է 30սմ, լայնությունը՝ 1.1սմ: Ժապավենն ունի անցքերի մեծ չափեր, մոնոֆիլամենտ է՝ 0.5մմ թերթի հասպությամբ: Վիրահափությունը կափարվել է ներսից դուրս ուղղությամբ: TOT վիրահափության հետ զուգահանդիս այլ կոնքային և հեշտոցային վիրահափություններ չեն կափարվել: Բոլոր պացիենտների մոտ միզային ֆոլիի կաթետերը հետացվել է հետվիրահափական առաջին օրը՝ առավորյան: Պա-

Աղյուսակ 1. Սթրեսային անմիզապահության արդարայլության աստիճանի նախավիրահական սուբյեկտիվության

ԱՎ-ի ախտանիշներ	n ասդի-ձանք
I. Մեզի ակամա արփահոսք ներորովայնային ճնշման կիրուկ բարձրացման ընթացքում (օրինակ՝ հազարիս, որովայնը լարելիս)	4
II. Մեզի ակամա արփահոսք սթրեսային գործոնի ցածր ասդիճանի դեպքում (օրինակ՝ բայլելիս, կանգնելիս)	2
III. Մեզի արփահոսք անկախ որևէիցև լինսակի ֆիզիկական ակրիպտոթյունից կամ նիդրից (օրինակ՝ պառկելիս)	2

ցիւնպները կրկնակի զննվել են սփացիոնա-
րից դուրս գրվելիս (առաջին հերթիքահարա-
կան օրը՝ երեսվոյան), ինչպես նաև 3 ամիս անց՝ սրբե-
սային անմիջապահության առկայությունը
ժխտելու կամ հասպագնելու նպագակով։ Միզա-
յին կաթևքերը հետացնելուց հետո առաջին հերթիք-
ահարական օրվա ընթացքում, առաջին միզար-
ծակությունից հետո բռնորդական պատճենների մուտ սփուգ-
վել է մնացորդային մեզի ծավալը։

Աղյուսները: Խվով 8 պացինափնտիքի, որոնք ունեին կարգելու ասփիճանի արդահայր-վածությամբ սթրևային անմիզապահություն, կա- վարվեց ՏՕՏ վիրահաբություն ներսից դուրս ուղղությամբ: Պացինափնտերը հսկվել են 3 ամիսների ըն-թացքում (աղյուսակ 1).

Երկու պացիենսփներ ունեին առաջին ասքիճանի շխափոցելե, և երկու այլ պացիենսփներ ունեին առաջին և երկրորդ ասքիճանի արզանդի հջեցում: Բոլոր պացիենսփներին կարարվել է միայն TOT վիրահապություն: Վիրահապությունը կարարվել է ներսից դուրս եղանակով և առանց դժվարությունների: Ներվիրահապական բարդություններ չեն դիմումները առանց դժվարությունների հարմարվել են վիրահապությանը: Ուրեմն առանց դժվարությունների հարմարվել են վիրահապական բարդությունները հետացնելուց հետո՝ հետվիրահապական առաջին օրը, պացիենսփներից 7-ի մով սթրեսային անմիջապահության դրվագներ այլևս չեն դիմումները: Պացիենսփներից մեկի մով, ով ուներ III ասքիճանի սթրեսային անմիջապահություն, կարեւելոր հետացնելուց հետո առկա էր թոյլ արդարայդապահ սթրեսային անմիջապահություն հազարին փորձի ժամանակ, որն ինքնուրույն վերացավ հետվիրահապական 7-րդ օրը:

Պացինակրներից մեկը զանգապրվում էր միզուկում դրևակայված թույլ ցավից և անհարմարավելության զգացումից միզելու ընթացքում, որն արդյունավելա բուժմեջ ԸՄՀԲ-ով և հակարիութիկներվ։ Պացինակրներից ոչ ոք միզապարկի ոչ լրիվ դադարքման զգացողություն չուներ, և առաջին միզարձակությունից հետո կարարված ԸՄՀ-ով մնացողդային մնացի 15 մլ-ից ավելի ծավալ չի գրանցվել։ Եթեք ամիս դրևակայված հսկողության ընթացքում ժապավենի արբանկման և ԱՀ-ի ուղիղիկի դեպքեր չեն եղել։

PGI-I սանդղակը կիրառվել է սպացիոնարից դուրս գրեթե կիս և երեք ամիս փսողությամբ հսկողության ավարտին՝ զնահավելու համար պացիենքների

բավարարվածությունը կապարված ՏՕՏ վիրահակությունից հետո: Ցուրաբանչուր անզամ սանդղակը կիրառելիս հետքիրահափական գնահարման դրվագը պահին առկա բավարարվածությունը համեմափրկել է նախավիրահափական ինքնազգացողության հետ: Պացիենտներից 7-ի մոտ դուրս գրվելիս անմիջապահություն չի գրանցվել: Վերջիններս ամրողապես բավարարված էին և դրվել էին ինքնազգացողության բավականին լավ գնահարմականը: Մեկ պացիենտ ուներ թույլ արդարացնելու անմիջապահություն դուրս գրվելիս, որն ինքնուրույն վերացել էր 7-րդ օրը: Վերջինս բավարաված էր կապարված վիրահափությունից և դրվել էր ինքնազգացողության լավ գնահարմականը՝ դուրս գրվելիս, և բավականին լավ գնահարմական՝ երեք ամիս:

Աղյուսակ 2. Patient Global Impression of Improvement score

Գնահարականը դուրս գրվելիս	3 ամիս անց
Բավականին լավ	7
Լավ	1

Քննարկում: Մթրեսային անմիզապահությունը գործադրած է ինդիքտուրայի ժապավենների գործադրմամբ կարարվող վիրահափոխությունները համարվում են աթրեսային անմիզապահության բուժման ուկե սպանդարփ [5]: Չքարդացած աթրեսային անմիզապահության դեպքում ուրողինամիկական հետազոտություն չի պահանջվում [6]: ՏՕՏ-ն բուժման բավականին արդյունավել մեթոդն է համարվում [7,8,9]: Միջուրեթրալ ժապավենային վիրահափոխությունների հաջող երերի հաճախականությունների վերաբերյալ գործեր գրյալներ կան [10-12]: Մեր հետազոտությամբ ՏՕՏ-ին բավականին արդյունավել էր, քանի որ դիմումը բոլոր պացիենտների ախտանիշների վերացում, ինչպես նաև հսկողության ընթացքում անմիզապահության դեպքեր չեն եղել: Կան գրյալներ նաև միջուրեթրալ ժապավենային վիրահափոխություններից հետո չքավարաբռ արդյունքների վերաբերյալ: Հսկ Ingber-ի և համահեղինակների կողմից կարգարված հետազոտության ժամանակի ընթացքում կարող է դիմումը երերի բարեկազում [10]: Մեր պացիենտներից մեկի մոտ դիմումը եր թույլ արդահայրված անմիզապահություն հետվիրահափական առաջին օրը, որն ինքնուրույն վերացել էր հետվիրահափական 7-րդ օրը: Միզարձակության գործեր գրյալների խանգարումների հետ կապված գրյալներ են ներկայացված են [13-18]: Վերջիններին պարբառ սովորաբար ժապավենի չափից ավելի ծգումն է: Մեր պացիենտներից ոչ մեկի մոտ հետվիրահափական առաջին օրը կարգարված ուլտրաձայնային հետվազությունը մնացողակին մեջի 15մ-ից ավելի ծագմա չի գրանցվել:

Մեր հետազոտությամբ ծ ո ն օ լ ո գ ն ս կ ա յ ի ն ա ն մ ի զ ա պ ա հ ո ւ թ յ ա ն ը լ ե ա ք ե ր չ ե ն գ ր ա ն ց վ ե լ ։ Ժ ա պ ա վ ե ն ի ա ր դ ա ն կ ո ւ ն ը մ ե կ ա յ լ հ ա ճ ա խ ի հ ա ն դ ի պ ո ղ բ ա ր դ ո ւ թ յ ո ւ ն է [15], ո ր ք կ ա ր դ է ա ռ ա ջ ա ն ա լ ն ո յ ն ի ս կ վ ի ր ա հ ա պ ո ւ թ յ ո ւ ն ի ց հ ե ս կ ր ո 18 ա մ ի ս ա ն ց [14]։ Մ ե ր հ ե տ ա զ ո ւ թ յ ա մ բ ն մ ա ն ն ե ա ք ե ր և ս չ ե ն գ ր ա ն ց վ ե լ ։ Մ ե ր հ ե տ ա զ ո ւ թ վ ա ծ պ ա ց ի ն կ ո ւ ն ե ր ը բ ա վ ա կ ա ն ի ն ր ա վ ա ր վ ա ծ պ ա ց ի ն կ ո ւ ն ե ր ը ։ Գ ն ա հ ա պ ե լ ով PGI-I ս ա ն դ դ ա կ ի ա ր դ յ ո ւ ն ք ն ե ր ը կ ա ր ե լ ի է ե զ ր ա կ ա զ ն ե լ, ո ր ս տ ր ե ս ա յ ի ն ա ն մ ի զ ա պ ա հ ո ւ թ յ ա ն

բուժման համար միղուրելիքալ Urosling ժապավենի կիրառմամբ TOT վիրահակությունը կարող է համեմատել պացիենտների բավականին բարձր ասդիճանի բավարարվածության [16]:

Եզրակացություն: Urosling ժապավենի կիրառմամբ, ներսից դուրս ողղությամբ կարարվող TOT վիրահակությունը սթրեսային անմիջապահության բուժման արդյունավելք մերժ է, ունի համեմատարար քիչ բարդություններ և հիվանդացություն: Այն կարևոր է խորհուրդ դրա սթրեսային անմիջապահությամբ պացիենտներին որպես բուժման նախընդունելի մեթոդ: **Ծահերի բախում:** Ծահերի բախումներ չկան:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Hermieu JF, Conquy S. et al. Synthesis of the guidelines for the treatment of non-neurological urinary incontinence in women. Prog Urol. 2010;20(Suppl 2):S94-9. [PubMed]
2. Kayano CE, Sartori MG. et al. Clin Exp Obstet Gynecol. 2002;29:27-30. [PubMed]
3. Leanza V, Zanghi G, Vecchio R, Leanza G. G Chir. 2015;36:21-5. [PMC free article] [PubMed]
4. Ferrari A, Baresi L, Frigerio L, Costa M. A grading model for stress urinary incontinence. Urology. 1986; 27:76-8. [PubMed]
5. Wu JM, Kawasaki A. et al. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:230-e1-5. [PMC free article] [PubMed]
6. Medina CA, Costantini E. et al. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working report. Neurourol Urodyn. 2016. Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.22960>.
7. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in

- women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;CD006375. [PubMed]
8. Blaivas JG, Purohit RS. et al. Safety considerations for synthetic sling surgery. Nat Rev Urol. 2015; 12: 481-509. [PubMed]
9. Harding CK, Thorpe AC. The surgical treatment of female stress urinary incontinence. Indian J Urol. 2010;26:257-62. [PMC free article] [PubMed]
10. Ingber MS, Krlin RM, Vasavada SP, Firoozi F, Goldman HB. Ochsner J. 2015;15:223-7. [PMC free article] [PubMed]
11. Bayrak O, Seckiner I, Urgun G, Sen H, Ozcan C, Erturhan S. Int Braz J Urol. 2015;41:714-21. [PMC free article] [PubMed]
12. Schimpf MO, Rahn DD. et al. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: A systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2014;211:71-e1–71-e27. [PubMed]
13. Deng DY, Rutman M, Raz S, Rodriguez LV. Presentation and management of major complications of midurethral slings: Are complications under-reported? Neurourol Urodyn. 2007;26:46-52. [PubMed]
14. Nitti VW. Complications of midurethral slings and their management. Can Urol Assoc J. 2012;6(5 Suppl 2):S120-2. [PMC free article] [PubMed]
15. Bullock TL, Ghoniem G, Klutke CG, Staskin DR. Advances in female stress urinary incontinence: Mid-urethral slings. BJU Int. 2006;98(Suppl 1):32-40. [PubMed]
16. Romero-Nava LE, Gómez-Cardoso R. Stress urinary incontinence treatment with modified technique tension-free vaginal tape obturator. Ginecol Obstet Mex. 2015;83:537-44. [PubMed]
17. Forzini T, Viart L, Alezra E, Saint F. Erosive complications of mid urethral slings (MUS): 10 years of surgical experience. Prog Urol. 2015;25:240-8. [PubMed]
18. Schellart RP, Oude Rengerink K. et al. Eur Urol. 2014;66:1179-85. [PubMed]

**ՀԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՉԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՏԻՊԵՐՊԼԱԶԻՅԱՅԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՄՈՆՈՊՈԼԱՐ ԵՎ
ԲԻՊՈՈՒԵԶԵԿՑԻԱՅԻ ՄԱՍՆԱՇԱՏՄԱՆ, ՏՈՒԼԻՈՒՄԱԿԱՆ ԼԱԶԵՐՈՎ
ՎԱՐԴՈՒԵԶԵԿՑԻԱՅԻ և ՏՈՒԼԻՈՒՄԱԿԱՆ ԼԱԶԵՐՈՎ ՎԱՐԴՈՒԵԶԵԿՑԻԱՅԻ ԵՎ
ԲԻՊՈՈՒԵԶԵԿՑԻԱՅԻ ՄԱՍՆԱՇԱՏՄԱՆ ԶՈՒԳԱԿՑՄԱՆ ՆԵՐՎԻՐԱՇԱՏԱԿԱՆ
ԵՎ ՎԱՂ ՆԵՏՎԻՐԱՇԱՏԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ՎԵՐԼՈՒԹՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՒ ԳՆԱՇԱԾՈՒՄԸ
Ն.Բ. Մելքոնյան, Ա.Ա. Մուրադյան, Ա.Յու. Բաբլումյան, Մ.Ռ. Սահակյան,
Վ.Ն. Շահսուրյան, Նի.Բ. Մելքոնյան
Մ.Ն. Ներացու անվան ԵՊԲԸ ուղղողակայի և անդրոնոգիակայի ամրիոն
Տերացի թիվ 1 հիվանդանոցային համալիր**

COMPARATIVE ANALYSIS AND EVALUATION OF INTRAOPERATIVE AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF THE MONOPOLAR AND BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE, THULIUM LASER VAPORESECTION OF THE PROSTATE AND THE COMBINATION OF THE THULIUM LASER VAPORESECTION AND BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION IN CASE OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

N.R. Melkonyan, A.A. Muradyan, A.Yu. Bablumyan, M.R. Sahakyan, A.M. Grabsky, V.H. Shahsuvaryan, Ni.R. Melkonyan

Early postoperative bleeding risk is much higher in monopolar transurethral resection of the prostate. If we ignore the high risk of bleeding during monopolar transurethral resection of the prostate, all four surgical methods are equal in terms of intraoperative and early postoperative complications.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ И РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МОНОПОЛЯРНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВАПОРЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМИНЕНИЕМ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА И КОМБИНАЦИИ ВАПОРЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМИНЕНИЕМ ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА И БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Р. Мелконян, А.А. Мурадян, А.Ю. Баблумян, М.Р. Саакян, А.М. Грабский,

В.А. Шахсеварян, Ни.Р.Мелконян

Ранний риск послеоперационного кровотечения намного выше при монополярной трансуретральной резекции предстательной железы. Если мы игнорируем высокий риск кровотечения во время монополярной трансуретральной резекции предстательной железы, все четыре хирургических методы равны с точки зрения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

Ներածություն

Ծագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիան ամենահաճախ հանդիպող ուրոլոգիական պարողոցիան է փարեց փղամարդկանց մոտ: Այս հյուսվածքաբանական ախտորոշումը է և հիմնական ռիսկի գործոնը հանդիսանում է փարիթը: Բազմաթիվ համաճարակարանական հետազոտություններ և նույնականացնելու համար այս խնդրի փարածվածությունը որոշելու նպագակով և կարելի է հարակ ասել, որ բոլոր այդ հետազոտությունները փախիս են նմանօրինակ ցուցանիշներ: Կարարված առողջապահների ժամանակ 30 փարեկանում ՇԲՆ հայդրաբերվել է 10%, 40 փարեկանում՝ 20%, 60 փարեկանում՝ 50-60%, և 70 և 80 փարեկանում հասնում է 80-90%: Կարելի է փասկել, որ յուրաքանչյուր փղամարդ կունենա ՇԲՆ, եթե ապրի բավականաչափ երկար [1,2]: Ծագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիայի բուժումն իրականացվում է կոնսերվատիվ և վիրաբուժական եղանակներով: Եթե հսկակ ցուցումներ են դրվում վիրահարական բուժման, ապա ուրոլոգը բախվում է առավել անվիանգ և լինկորիվ վիրահարական մեթոդ ընթերվություններ: Ներկայում կան բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնք համեմատում են այս կամ այն վիրահարական մեթոդը և փախիս կոնկրետ ցուցանիշների դեպքում մեկը մյուսի նկարմամբ առավելությունները:

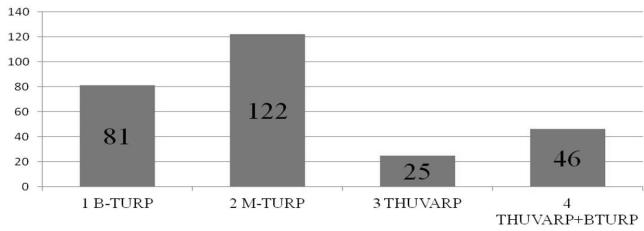
Նյութեր և մեթոդներ

Մեր կողմից իրականացված զիրական աշխարհական փորձել ենք համեմատել ՀՀ փարածում իրականացվող շագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիայի էնդովիրաբուժական մեթոդները՝ շագանակագեղձի մոնոպոլար ներմիզուլային մասնահարումը, շագանակագեղձի բիպոլար ներմիզուլային մասնահարումը, շագանակագեղձի փուլիտմական լազերով վապոռելեկցիան և փուլիտմական լազերով շագանակագեղձի վապոռելեկցիայի և բիպոլար ներմիզուլային մասնահարումն զուգակցումը: Վերջինս երբեք հետազոտված չի եղել:

Ներազությունը բազմակենդրուն է, իրականացվել է ՀՀ առաջարար Յ ուրոլոգիական կինհիկաներում՝ «Արմենիա» ՇԲԿ ուրոլոգիական կինհիկա-

յում, «Իզմիրլյան» ԲԿ ուրոլոգիական կինհիկայում և Ֆանարջյանի անվան ՈՒՎԿ ուրոլոգիական բաժանմունքում: Ներազությունը կրկի է ուսուրասպեկտիվ-պրոսպեկտիվ բնույթը: Ներազությել են արդեն վիրահարված հիվանդները, իսկ դինամիկ հսկողությունն ու վվայաների հավաքագրումն իրականացվել է պրոսպեկտիվ: Ներազությանը մասնակցել են 274 հիվանդներ: Գծապատճեր 1-ում ներկայացված են հիվանդների բանակն ըստ վիրահարական եղանակների:

Հիվանդներ բանակն ըստ վիրահատական եղանակի



Գծապատճեր 1

Արդյունքներ

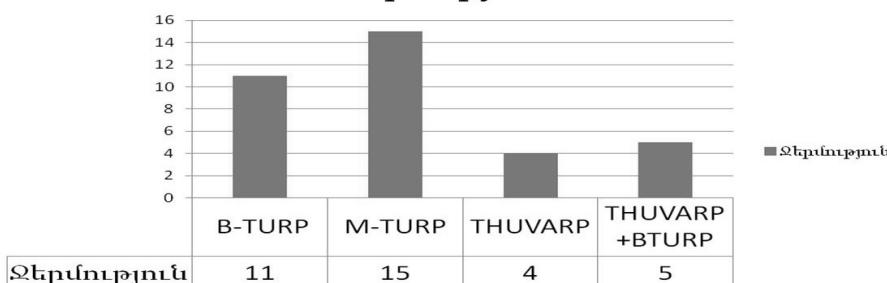
Ներկայացնում ենք հետազության ընթացքում փեղ գրած ներվիրահարական, վաղ և ուշ հետազության բարձությունների համեմատական վերլուծությունը: Ներկայացնենք ներվիրահարական և վաղ հետազության բարդությունները:

(I) Վաղ հետազության արժանահատություն

Վաղ հետազության արժանահատությունը ոչ հաճախ հանդիպող բարդություն է: Ներկայացնում ենք մեր հետազության ընթացքում հայդրաբերված դեպքերը: Մոնոպոլար ներմիզուլային մասնահարմար գրանցվել է 11 ներվիրահարական և վաղ հետազության արժանահատության դեպքեր, որոնցից երկուսի դեպքում գրանցվել է միզապարկի հեմոփամպոնադա: Մոնոպոլար ներմիզուլային մասնահարման ժամանակ մեկ դեպքում դիվվել է միզապարկի թափածակում, սակայն այս մեկ դեպքով վիճակագրորեն հավասար փայլաներ հաղորդել հնարավոր չեն:

Գծապատկեր 2

Զերմություն



Կարարված միջիմբային հերպագության արդյունքում պարզ է դառնում, որ խմբերի միջև վիճակագրորեն հավասփի բարեկրություն կա և Պիրսոնի խի-բառակուսի փեսքը օգտագործելով $p=0.025$: Նաշվի առնելով վիճակագրական քննությունը մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագումը համարվում է առավել նպասգող ներվիրահագրական արնահոսություն ունենալու համար: Այս դեպքերում հեմոդրանսֆուզիայի կարիք են ունեցել 8 հիվանդներ: Սակայն միջիմբային համեմագության ժամանակ հենադրանսֆուզիայի ցուցանիշը վիճակագրորեն հավասփի բարեկրություն չի գրանցում ($p=0.095$):

Աղյուսակ 1

	B-TURP	M-TURP	THUVARP	THUVARP+BTURP
Քանակ	1	7	0	0
Խմբում %	1.2%	5.7%	0.0%	0.0%

Բ) Հաղ հերպիրահագրական ջերմություն

Վաղ հերպիրահագրական շրջանում շար հիվանդներ ջերմում են, պայմանավորված բորբոքային հիվանդություններով, ոմանք էլ ջերմում են այլ, ոչ ուրուղիական խնդիրների կապակցությամբ: Նաշվարկի մեջ ներառվել են այն հիվանդները, որոնք ջերմել են 38 ասդան և ավելի: Գծապատկեր 2-ում ներկայացված է ջերմող հիվանդների քանակն ըստ խմբերի: Վիրահագության խմբերում ջերմած հիվանդների բուկուները ներկայացված են աղյուսակ 2-ում: Կարարված վիճակագրական դիվաների հիման վրա ըստ ջերմելու ցուցանիշի վիճակագրորեն հավասփի բարեկրություն չի հայտնաբերվել ($p=0.929$):

Աղյուսակ 2

Վիրահագության եղանակ				
B-TURP	M-TURP	THUVARP	THUVARP+BTURP	
13.6%	12.3%	16.0%	10.9%	

Գ) Ներմիզուկային մասնահագուման համախրանիշ

Հերպագություղ հիվանդներից միայն մեկի մովք է գրանցվել ներմիզուկային մասնահագուման համախրանիշ: Վերջինս փեղի է ունեցել մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագում կարարելիս: Նաշվի առնելով դեպքի միակ լինելը, հնարավոր չէ վիճակագրական հավասփի ինֆորմացիա բառ՝ կարարելով միջիմբային համեմագություն, սակայն պարզ է, որ կինհիկորեն և դրսականորեն ՆՄՄ-համախրանիշի ռիսկը բարձր է մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագում կարարելիս, իսկ մնացած խմբերում դրա ռիսկը գրեթե բացակայում է:

Դ) Սուր միզակապություն

Սուր միզակապություն գրանցվել է 5 հիվանդի մովք: Նրանցից երկուսին կարարվել է մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագում: Վիճակագրորեն հավասփի դիվաներ միջիմբային համեմագության համար հնարավոր չէ, հաշվի առնելով դեպքերի նման քանակը: Ամեն դեպքում կարելի է ենթադրել, որ միջիմբային բարբերություններ սուր միզակապության համար պեսքը է որ չի հնեն:

Ե) Կրկնակի ներմիզուկային մասնահագում

Ներպագության ընթացքում 2 հիվանդների կարարվել է կրկնակի ներմիզուկային մասնահագում վաղ հերպիրահագրական շրջանում: Վյո երկու հիվանդներն էլ մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագում խմբում են: Միջիմբային համեմագությունը ցույց է տրամադրության չկա ($p=0.479$), սակայն դեպքերի ավել լինելու դեպքում չեն բացառվում այլ եղրահանգումներ:

Զ) Տարօ բնիքացք

Վերը նշված բոլոր ներվիրահագրական և վաղ հերպիրահագրական բարդությունները հանած, որոշել ենք գնահատել մնացած բոլոր վրահագությունները որպես հարթ ընթացքով վիրահագություններ: Վյափիսով ունենք 66 հարթ ընթացքով բիսոլար ներմիզուկային մասնահագում (խմբի 83,5%), 94 մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագում (խմբի 77%), 21 գուլիումական լազերով վապոռեկեցիա (խմբի 84%), 41 գուլիումական լազերով վապոռեկեցիայի ու բիպոլար ներմիզուկային հարթման գուզակցման վիրահագություն (խմբի 89,1%): Միջիմբային վերլուծությամբ պարզ է դառնում, որ վիճակագրորեն հավասփի բարբերություններ այս համեմագության դեպքում չկան ($p=0.294$): Ընդհանուր վերլուծությամբ կարելի է ասել, որ այս 4 վիրահագրական մեթոդներն էլ հավասարապես հարթ ընթացքով վիրահագրական մեթոդներ են և դա վիճակագրորեն հավասփի փաստ է:

Եղրակացություն

Վաղ հերպիրահագրական արյունահոսության հավասարականությունը անհամեմար բարձր է մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահագուման դեպքում: Եթե անդեմներ արնահոսության բարձր ռիսկը մնալու ներմիզուկային մասնահագուման դեպքում, ապա բոլոր չորս վիրահագրական մեթոդները հանդիսանում են ներվիրահագրական, վաղ և ոչ հերպիրահագրական բարդությունների դրսականությունից հավասար վիրահագրական մեթոդներ:

ԳՐԱԿԱՌՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- Roehrborn C, McConnell J. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. pp. 1297-1336.
- Claus G Roehrborn. Rev Urol. 2005; 7(Suppl 9): S3-S14.

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՋԻ ԲՆԴՈՎԻՐԱՆԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ ՈՒՃ ՏԵՏՎԻՐԱՆԱՏԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ Ն.Ռ. Մելքոնյան

Մ. Ներացու անվան ԵՊԲՀ, ուրուղիայի և անդրուղիայի ամբիոն
Ներացի թիվ 1 հիվանդանոցային հասնակիր

STATISTICAL ANALYSIS OF LATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF THE METHODS OF ENDOSURGICAL TREATMENT OF THE PROSTATE

N.R. Melkonyan

As a result of our scientific work, we can state, that the monopolar transurethral resection of the prostate, the bipolar transurethral resection of the prostate, thulium laser vapo-resection of the prostate and the combination of the thulium laser vapo-resection and bipolar transurethral resection of the prostate are equal surgical methods in terms of late postoperative complications. None of them has a statistical advantage over the other.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЗДНИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕТОДОВ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕНИЙ ПРОСТАТЫ

Н.Р.Мелконян

По результатам нашей научной работы можно констатировать, что монополярная трансуретральная резекция предстательной железы, биполярная трансуретральная резекция предстательной железы, вапорезекция предстательной железы с применением тулиевого лазера и комбинация вапорезекции предстательной железы с применением тулиевого лазера и биполярной трансуретральной резекции предстательной железы являются равными хирургическими методами с точки зрения развития поздних послеоперационных осложнений. Ни один из них статистически не имеет преимущества по сравнению с другими.

Ներածություն

Շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազման իրենից ներկայացնում է հյուսվածքաբարանական ախտորոշում, կապված գեղջի անցումային զոնայում շարակցական հյուսվածքի, հարթ մկանաթելերի և զեղջային հյուսվածքի ոչ ռեզուլյափոր պրոլիֆերացիայի հետք [1]: Շագանակագեղջի հյուսվածքը կազմված է երկու հիմնական էլեմենտներից: Գեղջային էլեմենտը, որը կազմված է սեկրետոր ծորաններից և ացինուսներից, և սպրոմալ էլեմենտը՝ որը կազմված է հիմնականում կոլլացենից և հարթ մկանաթելերից: Շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազմայի ժամանակ բջջային պրոլիֆերացիան բերում է զեղջի ծավալի մեծացմանը և սպրոմալ հարթ մկանաթելերի գոնոսի ավելացմանը: Մաքնիլը նկարագրում է շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազմայի հարածնան երկու ֆազա: Առաջին ֆազայում դեղի և ունենում պերիուրեպրալ գոնայում հանգույցների մեծացում, իսկ երկրորդում՝ զեղջային հյուսվածքի նշանակալի մեծացում [2]: Նկարագրված գերաճ կարող է առաջացնել միզուլի մեխանիկական ճնշում և բերել ինֆրավեգիկալ օրսպրոկցիայի առաջացման երկու դարբնություն մեխանիզմներով: Առաջինը՝ ավելացնելով շագանակագեղջի ծավալը, այսպես կոչված սպարփիկ կոմպոնենտը է, և երկրորդը իրենից ներկայացնում է դինամիկ կոմպոնենտը, երբ դեղի և ունենում սպրոմալ հարթ մկանաթելերի գոնոսի մեծացում [3]:

Շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազման և ինֆրավեգիկալ օրսպրոկցիան շոշափելի անբարենպափ հետք են թողնում հանրային առողջության վրա: Զնայած դեղորայքային թերապիայի լայնածավալ օգտագործմանը, շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազման աստցացվում է բազում կողմնակի

խնդիրների հետք, ինչպիսիք են սպրոմալ միզուլի մեջ ախտանիշները, միզային ինֆեկցիաները, միզաքարային հիվանդությունը, միզակապությունը և երիկամային անբավարությունը, այսպիսով պայմանավորելով խնդրի լուծման արդիականությունը և վերացման ժամանակակից և օպդիմալ բուժման դարբերակների անհրաժեշտությունը: Օրինակ, Կալիֆորնիայում շրապ օգնության բաժանմունք դիմած 3.7 միլիոն փողամարդկանց շրջանակում անցկացված հետազոտությամբ միզակապության հանդիպելու հաճախականությունը 2007-2010թթ. ընկած ժամանակահավաքածում ավելացել է 25%-ով [4,5]: Կա հանրային առողջության խնդիրների հետք կապված ևս մեկ հետաքրքիր հետազոտություն կապված ախտորոշման և բուժման ծախսերի հետք: 2000թ-ին կարարվել է 1.1միլիարդ դոլար ծախս կապված շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազմայի հետք, 4.4 միլիոն բժկական այցելություններ, 117.000 շրապ օգնության բաժանմունք այցելեր, 105.000 հոսպիտալացում և 21-38 միլիոն ժամ ԱՍՆ-ում արտադրողականության անկում: Վերջինիս բուժման նպարակով ԱՍՆ-ում ծախսվել է 3.9 միլիարդ դոլար [6,7]: Նաշվի առնելով վերը նշվածը, հասկանալի է, որ շագանակագեղջի բարորակ հիվերպլազման զնալով ավելի երիքասարդանում է, ավելի մեծ քանակով հիվանդներ են կարիք ունենում բուժվել այս խնդրի հետք կապված:

Նյութեր և մեթոդներ

Ներգրավության մեջ ներգրավված են 2014թ. մայիսից մինչև 2015թ. դեկտեմբեր ընկած ժամանակահավաքածում «Արմենիա» ԲԲԿ ուրուղիական կինհիկայում, «Խզմիրյան» ԲԲԿ ուրուղիական կինհիկայում, Բ.Ա.Ֆանարջյանի անվան Ուռուցքաբանության Ազգային Կենտրոնի Օնկոուրուղիայի բաժանմուն-

բում ընդունված, հետազորված և վիրահաբական միջամբության ներարկված 274 հիվանդներ: Նեփազորության ընթացքում իրականացվել են շագանակագեղձի 4 էնդովիրահաբական բուժական մեթոդներ: Անզգայացումն իրականացվել է ողնութեղային ցավազրկմամբ, անհրաժեշտության դեպքում անեսթեզիոնով իրականացվել է էնդոբրախինալ ցավազրկմամբ:

Շագանակագեղձի մննուպուրա ներմիզուկային մասնահաբումն իրականացվել է CARL STORZ 26Fr արդարին աշխաբանքային խողովակով: Գործողության ընթացքում վիրահաբության առաջին 30 րոպեն իրիզացիան կարարվել է թորած ջրով, իսկ հետո փոխարինվել է զիցինի լուծույթով՝ նվազեցնելու համար ներմիզուկային մասնահաբման համախփանիշի առաջացման ռիսկը: Վիրահաբությունն իրականացվել է կլասիկ եղանակով, հարվել է շագանակագեղձի զերածած հյուսվածքը մինչև վիրաբուժական կապսուլա, իրականացվել է հեմոսքրազ, փեղադրվել են եռացյուղ 22Fr կամ 24Fr Foley կաթետերներ և միացվել է իրիզացիոն համակարգ:

Շագանակագեղձի բիպուրա ներմիզուկային մասնահաբումն իրականացվել է CARL STORZ 26Fr արդարին աշխաբանքային խողովակով: Վիրահաբությունն իրականացվել է իրիզացիան ապահովելով ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Վիրահաբությունն իրականացվել է կլասիկ եղանակով, հարվել է շագանակագեղձի զերածած հյուսվածքը մինչև վիրաբուժական կապսուլա, իրականացվել է հեմոսքրազ, փեղադրվել են եռացյուղ 22Fr կամ 24Fr Foley կաթետերներներ և միացվել է իրիզացիոն համակարգ:

Շագանակագեղձի բուլիումական լազերով վապորեկեցիան իրականացվել է Revolix 70W հզորությամբ բուլիումական շարունակական 2013նմ ալիքի երկարությամբ բուլիումական լազերի միջոցով: Վրդարին աշխաբանքային խողովակը 26Fr, որպես իրիզացիոն հեղուկ օգբազործվել է ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Տուլիումական լազերի միջոցով հարվել են շագանակագեղձի բլթերը փոքր կտրոների, որոնք հետագայում հեռացել են լվացման միջոցով: Այս վիրահաբական մեթոդի դեպքում վիրաբուժական կապսուլան դժվար է դիֆերենցվում, քանի որ վիրաբուժական կապսուլայի և հիպերալիազիայի ներարկված հյուսվածքների վապորիզացված ներարկված գույնը իրարից չի փարբերվում:

Շագանակագեղձի բուլիումական լազերով վապորեկեցիայի և բիպուրա ներմիզուկային մասնահաբման զուգակցման դեպքում օգբազործվել են նոյն սարքավորումները, օգբազործվել է 26Fr արդարին աշխաբանքային խողովակ և իրիզացիան իրականացվել է ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Բոլոր դեպքերում գործողությունը սկսվել է բուլիումական լազերով վապորեկեցիայով: Վապորեկեցիայի էնթարկմել միջին բլթը և կողմնային բլթերի մի մասը, որից հետո փեղադրվել է բիպուրա համակարգը և շարունակել գործողությունը մինչև վիրաբուժական կապսուլա:

Սպափիսփիկա

Նեփազորության արդյունքները ներարկվել են

վիճակագրական վերլուծության համակարգչային SPSS 21 ծրագրով: Որակական հավկանիշների համար կիրառվել են հաճախականությունների վերլուծությունը, խմբերի միջև փարբերությունը գնահապելի է Պիրսոնի գծային կորելացիայի գործակցի միջոցով: Քանակական հավկանիշները նկարագրվել են միջին թվաբանական, ստանդարտ չեղումի միջոցով: Միջինմագային համեմագությունները կափարվել են վարիացիոն շարերի նորմալությունը Կոլմագորով-Միհրնովի թեսափի միջոցով սպուզելուց հետո: Եթե նորմալությունը ապահովվում էր, ապա կիրառվել է երկու խմբերի համեմագության ժամանակ Սպյուդենի միջինի T-թեսափը անկախ խմբերի համար (երկկողմանի փարբերակ), նախա- և հետվիրահաբական փոփոխությունները գնահապելու համար Սպյուդենի միջինի T-թեսափը կապացված խմբերի համար: Երկուսից ավելի խմբերի համար կիրառվել է «One-way Anova» միաչափ դիսավերսիոն վերլուծությունը կիրառելով Բոնֆերոնի ճշգրտումը: Եթե դիսավերսիոն պահպանված չէր (բայց Լիինի գրափի), կիրառվել է ANOVA-յի Բրաուն Ֆորսայիրի փարբերակը: Եթե խմբերում հավկանիշների նորմալությունը պահպանված չէ, ապա կիրառվել են համապատասխանաբար Կրուսկալ-Ուլյիսի թեսափը երկուսից ավելի խմբերի համար և միջինմագային համեմագությունները շարունակելով Ման-Ուիփնի թեսափը: Բոլոր դեպքերում վիճակագրուեն հավասարի են համարվել առաջին դիպի սիսակի հավանականությունը՝ ալֆասիսապ- $p < 0.05$:

Արդյունքներ

Էրեկտի դիսփունկցիա: Երեկոփի դիսփունկցիան ոչ հաճախ հանդիպող ոչ հետվիրահաբական բարդություն է հանդիսանում: Այս դեպքում շաք հաճախ մասնակելիքները խնդիրը վիրահաբության հետք չեն կապում: Մեր հեփազորության ընթացքում հանդիպել են երեկոփի դիսփունկցիայի հետևյալ դեպքերը: Այդուհանդեպ է անհանդապ դիսփունկցիայի բանակն ու վիրահաբական խմբերությունը բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	7	13	3	2
Խմբում %	8.6%	10.7%	12.0%	4.3%

Երեկում է, որ բուլիումական լազերով վապորեկեցիայի դեպքում բոլկոսային հավանականությունն ավելի բարձր է: Սակայն կարարված վիճակագրական հեփազորությունը վիճակագրուեն հավասարի դիպի միջև չի հայդնաբերել ($p=0.597$):

Նեփադարձ սերմնաժայթքում: Նեփադարձ սերմնաժայթքումը հավանաբար ամենահաճախ հանդիպող երեսությն է շագանակագեղձի էնդովիրաբուժական բուժումից հետո: Կարարված հեփազորության դեպքում ի հայտ են եկել վերը նշված հեփադարձ սերմնաժայթքման դեպքերը:

Ինչպես երեսում է աղյուսակ 2-ում, գոլկոսային հարաբերությունը վիրահաբական մեթոդների միջև գրեթե նույնն է, ինչը և երեսում է վիճակագրական հե-

Աղյուսակ 2. Շերտադաշտման քանակն ու վիրահարուկան խմբերում բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	38	61	10	21
Խմբում %	46.9%	50.0%	40.0%	45.7%

բազումությամբ: Վիճակագրորեն խմբերի միջև հավասփի տարրերություն չկա՝ $p=0.815$: Կարելի է փաստել, որ անկախ ընթացական վիրահարուկան մերողից հետադարձ սերմնաժայթքման հավանականությունը հավասարաշափ մնան: Վիրահարությունից հետո հիվանդները անակնակալ չեն եկել հետադարձ սերմնաժայթքման պրոցեսից, քանի որ նախապես դեղյակ են եղել ինդիք մասին:

Գերակրիվ միզապարկ: Գերակրիվ միզապարկը ամենաակրուալ թեմաներից մնեն և, որը ներկայում ըննարկվում է ուրուղիական հանրության կողմից: Կարարվում են բազմաթիվ աշխարհական միջամբությունները և կանխորոշելու համար հետվիրահարուկան շրջանում վերջինիս առաջացման ռիսկը, սակայն դեռևս աշխարհանքները շարունակական բնույթ են կրում: Տերազուրության ընթացքում ի հայր եկած գերակրիվ միզապարկի քանակները ներկայացված են աղյուսակում:

Աղյուսակ 3. Գերակրիվ միզապարկի քանակն ու վիրահարուկան խմբերում բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	3	5	1	1
Խմբում %	3.7%	4.1%	4.0%	2.2%

Ինչպես երևում է աղյուսակ 3-ում, գերակրիվ միզապարկի առաջացման հավանականությունը գրեթե համաշափ է: Այդ ամենը հասպարվում է նաև վիճակագրորեն և խմբերի միջև սրադիստիկորեն հավասփի տարրերություն չի հայդնարերվել ($p=0.948$): Բոլոր հայդնարերված հիվանդները սկսել են սրանայ գերակրիվ միզապարկի համար անհրաժեշտ կոնսերվարիվ բուժում, որի ազդեցությամբ զանգափնները մեղմացել են:

Դիզուրիս: Կայուն դիզուրիկ երևույթները հազվադեպ հանդիպող բարդություն են, սակայն կյանքի որակի վրա վերջինիս ազդեցությունը ահռելի է: Տերազուրության ընթացքում ի հայր եկած կայուն դիզուրիկ երևույթների քանակը ներկայացված է աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4. Դիզուրիսի քանակն ու վիրահարուկան խմբերում բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	4	5	2	1
Խմբում %	4.9%	4.1%	8.0%	2.2%

Երևում է, որ գոլոսային հարաբերությամբ գույլումական լազերով վապուեկեցիայից հետո դիզուրիկ երևույթների առաջացումն ավելի շատ է հանդի-

պում, սակայն վիճակագրորեն խմբերի միջև հավասփի տարրերություն չի հայդնարերվել $p=0.705$:

Միզուկի սպրիկուլուրա: Միզուկի սպրիկուլուրան լնդովիրաբուժական վիրահարություններից հետո ի հայր եկող բարդություն է, որ շատ հաճախ հանդիսանում է յարբողեն բարդություն: Տերազուրության ընթացքում հայդնարերվել են հետվեյալ քանակով բարդություններ:

Աղյուսակ 5. Միզուկի սպրիկուլուրաների քանակն ու վիրահարուկան խմբերում բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	1	4	0	0
Խմբում %	1.2%	3.3%	0.0%	0.0%

Ինչպես երևում է աղյուսակ 5-ում, ամենահաճախ իր հանդիպում է մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահարման դեպքում, սակայն վիճակագրորեն հավասփի տարրերություն խմբերի միջև չի հայդնարերվել ($p=0.405$): 3 միզուկի մեմբրանող հավաքածի սպրիկուլուրաներ, որոնք հայդնարերվել են մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահարման խմբում, իրականացվել են միզուկի մեմբրանող հավաքածի սպիկուլուրայի օպրիկական հարում: Բոլոր սպրիկուլուրաները եկել են ոչ մեծ 1 սմ-ից:

Բորբոքային հիվանդություններ: Միզուկի բորբոքային հիվանդությունները հաճախ հանդիպող պրոցեսներ են լնդովիրաբուժական հետվիրահարուկան շրջանում, այդ իսկ պարճառովիկանդուրին պարբերաբար պետք է հետվազուրել, իիվանդը հանձնի մեզի ցանք և սրանա աղեկվադ հակարակութիւնը բուժում: Տերազուրության ընթացքում հայդնարերվել են հետվեյալ բորբոքային հիվանդությունների քանակը:

Աղյուսակ 6. Միզասեռուկան համակարգի բորբոքային հիվանդությունների քանակն ու վիրահարուկան խմբերում բաշխվածությունը

	1 B-TURP	2 M-TURP	3 THUVARP	4 THUVARP + BTURP
Քանակ	9	10	0	3
Խմբում %	11.1%	8.2%	0.0%	6.5%

Տոկոսային հարաբերակցությամբ ամենաշաբար ի հայր է եկել բիպոլար ներմիզուկային մասնահարման խմբում, սակայն վիճակագրական վերլուծության ընթացքում պարզ է դատնում, որ խմբերի միջև հավասփի տարրերություն չկա- $p=0.338$: Ամեն դեպքում բոլոր հիվանդները հետվիրահարուկան ընթացքում զանգափններով դիմել են վիրահարուդ բժշկին, կարարվել են հետվազուրություններ, բակվերիուզիական քննություններ և նշանակվել է հակարակութիւնը պրեսպարաֆներով բուժում:

Անմիզապահություն: Անմիզապահությունը երևի թե ամենապիհած բարդությունն է կ'ուրուզի, կ'իվանդի համար: Մեր հետվազուրության մեջ ի հայր են եկել 3 սպրիկուլուրային անմիզապահության դեպքեր, որոնք եկել են ժամանակավոր և նկարագրվել են մոնոպոլար ներմիզուկային մասնահարումից հետո: Առկա ցուցանիշը բավարար չէ միջամբային վիճակարգության վերլուծություն անելու համար:

Աղյուսակ 7. Առանց բարդությունների ընթացած վիրահակությունների քանակն ու խմբային բաշխվածությունը

			BTURP	MTURP	THUVARP	THUVARP + BTURP
Բարդություններ	Չկան	Քանակ	32	44	11	18
		Խմբի մեջ %	39.5%	36.1%	44.0%	39.1%
Կան		Քանակ	49	78	14	28
		Խմբի մեջ %	60.5%	63.9%	56.0%	60.9%

Այլ բարդություններ: Սիրտ-անորային համակարգի սուր պաթոլոգիաներից ի հայր է եկել սրբի ինֆարկտ մոնոպոլար ներմիզոնիկային մասնահարումից հետո, այլ վիրահափական միջամբություններից հետո դինամիկ հսկողության ժամանակ այլ սիրտ-անորային համակարգի խնդիրներ ի հայր չեն եկել: Առկա ցուցանիշները բավարար չեն մոնոպոլար ներմիզոնիկային մասնահարման և սիրփանորային համակարգի խնդիրները վիճակագրորեն կապակցված համարելու համար: Դինամիկ հսկողության ընթացքում գրանցվել է մեկ մահ՝ ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարման, ինսուլինի հետևանքով, վիրահափությունից 6 ամիս անեց: Դիվանդին կապարվել է մոնոպոլար ներմիզոնիկային մասնահարում: 2 հիվանդների մով հայդնարերվել է Պեյրոնի հիվանդություն: Մեկ դեպքը վրեղի է ունեցել բիպոլար ներմիզոնիկային մասնահարումից հետո, իսկ մյուսը բույլումական լազերով վապուռելեկտոցիայի և բիպոլար ներմիզոնիկային մասնահարման զուգակցման դեպքում: Երկու դեպքում էլ, վիճակագրորեն կապ Պեյրոնի հիվանդության և էնդովիրահափական միջամբության միջև հնարավոր չէ դեպքերի քանակի թիվ լինելու պարագանով: 2 հիվանդի մով (3.7%) բիպոլար ներմիզոնիկային մասնահարումից հետո ի հայր է եկել վաղաժամ սերմնաժայթքում, սակայն խճելի միջև վիճակագրական դարձերություն հնարավոր չէ սպեղծել կրկին դեպքերի թիվ լինելու կապակցությամբ:

Բարդություններ չկան: Այս խմբի մեջ հաշվի են առնվել բոլոր այն դեպքերը, երբ հիվանդների մով դինամիկ հսկողության կապարելիս որևէ խնդիր կամ պոլիստիա ոհսկ չի հայդնարերվել:

Կապարված վիճակագրական հետքազուրությունը ցույց է դարձու, որ սրափիստիկորեն հավասար դարձերություն խճելի միջև չկա (p=0.882): Կարելի է ընդհանուր առմամբ ասել, որ բոլոր համեմարվող վի-

րահափական մեթոդները բարդությունների գենասնկյունից իրար ահավասար են: Չկա վիրահափական մեթոդ, որը բարդություններից զորկ է:

Եզրակացություն

Մեր կողմից իրականացված գիրական աշխարհի արդյունքում կարելի է փասթել, որ բոլոր ըոր վիրահափական մեթոդները հանդիսանում են ոչ հերպվիրահափական բարդությունների գենասնկյունից հավասար վիրահափական մեթոդներ: Նրանցից ոչ մեկը սրափիստիկորեն առավելություն չի գրանցում մյուսի նկարմամբ:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Auffenberg GB, Helfand BT, McVary KT. Established medical therapy for benign prostatic hyperplasia. Urol Clin North Am. 2009 Nov; 36(4):443-59.
2. McNeal. Pathology of benign prostatic hyperplasia. J Urol Clin North Am. 1990 Aug; 17(3):477-86.
3. McVary KT, Roehrborn CG. et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2011 May; 185(5):1793-803.
4. Stroup SP, Palazzi-Churas K. et al. Trends in adverse events of benign prostatic hyperplasia (BPH) in the USA, 1998 to 2008. BJU Int. 2012 Jan; 109(1):84-7.
5. Groves HK, Chang D. et al. The incidence of acute urinary retention secondary to BPH is increasing among California men. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2013 Sep; 16(3):260-5.
6. Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2005 Apr; 173(4):1256-61.
7. Hu TW, Wagner TH. et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. Urology. 2003 Jun; 61(6):1123-8.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Ա.Յ. Զօրաբյան, Ա.Լ. Մարտirosyan, Լ.Գ. Այվազյան, Ա.Կ. Փախլայն

РМЦ “Арmenia”, клиника урологии

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱԲԱԿՏԵՐԻՎ ՊՐՈՍՏԱՏԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՄԻՋԱՐՁԱԿՄԱՆ ԽԱՎԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՀԱՏԱԿԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԸ
Ա.Յու. Զորաբյան, Ա.Լ. Մարտիրոսյան, Լ.Գ. Այվազյան, Ա.Կ. Փախլայն

Մեզուկի ֆունկցիոնալ վիճակի ժամանակակից հետքազուրությունները դինամիկ պրոֆիլումներիայի նդանակով բրոնիկական արակիքերիա պրոստատիկով հիվանդների մով հասպարում են մաքսիմալ ներմիզոնիկային ճնշման բարձրացումը:

URINATION DISORDERS AND FUNCTIONAL STATE OF PELVIC WALL IN PATIENTS WITH CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS

A.Yu. Zohrabyan, A.L. Martirosyan, L.G. Ayvazyan, A.K. Pakhlayan

Modern studies of the functional state of the urethra by dynamic profilometry in a number of patients with chronic abacterial prostatitis confirm an increase in the maximum intraurethral pressure.

Хронический простатит (ХП) является инфекционно-воспалительным заболеванием предстательной железы и встречается у мужчин различных возрастных групп. В возрастной группе моложе 50 лет ХП занимает первое место по распространенности и третье место у пациентов старшей возрастной группы (McNaughton Collins Metal., 1998). Ежегодно почти у 25% пациентов с СНМП и тазовой болью диагностируется хронический простатит (Edwin et al., 1992). Распространенность ХП составляет 5-16%. В клинической практике подавляющее большинство больных составляют пациенты, страдающие хроническим абактериальным простатитом (синдромом хронической тазовой боли) категории III по классификации NIH США, у которых преобладают симптомы нарушения мочеиспускания (обструктивные, ирритативные), хроническая тазовая боль, расстройства сексуальной сферы, сочетающиеся с эректильной дисфункцией различного генеза.

По утверждению рабочей группы по хроническому простатиту NIH в 1995 году хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли был подразделен на категории в зависимости от наличия инфекционно-воспалительного процесса. Категория III была классифицирована в зависимости от наличия воспалительной реакции в предстательной железе на ПА (наличие воспаления) и ПВ (отсутствие воспаления). В основе этиологического фактора возникновения симптомов нарушения акта мочеиспускания при хроническом абактериальном простатите категории ПВ может лежать множество различных этиологических факторов: уретропростатический рефлюкс с возникающим на его фоне асептическим воспалительным процессом, нарушение вегетативных и вегетосоматических рефлексов, ответственных за возрастание мышечного напряжения детрузора, расслабления мышц промежности и тазового дна, другие сопутствующие урологические (структура уретры, калькулезные изменения простаты, опухоль мочевого пузыря, нейрогенные нарушения) или проктологические (проктосигмоидит, геморрой, сфинктерит) заболевания.

Неудачи в лечении нарушений мочеиспускания у пациентов с диагнозом «хронический абактериальный простатит» в основном связаны с невозможностью объективного определения причины возникновения ирритативных или обструктивных симптомов заболевания. В первую очередь это обусловлено недостаточным использованием специализированных методов уродинамического обследования функции мочевого пузыря с одномоментной регистрацией скорости потока мочи, внутрипузырного, абдоми-

нального давления в процессе цистометрии и определением электромиографической активности зоны уретрального, анального сфинктеров или мышечно-фасциальной области тазового дна. Нормальный акт мочеиспускания предполагает координированное повышение внутрибрюшного и внутрипузырного давления, открытие уретрального сфинктера и последующего сокращения промежностных и тазовых мышц в конце акта мочеиспускания, т.е. координацию функции детрузора и уретры. Инфравезикальная обструкция - общий термин для обозначения обструкции во время мочеиспускания, характеризующийся увеличением детрузорного давления и снижением максимальной скорости мочеиспускания.

Ряд авторов связывают возникновение инфравезикальной обструкции и ирритативной симптоматики, наблюдаемой при хроническом абактериальном простатите категории ПВ с первичным спазмом шейки мочевого пузыря, гипертрофией шейки мочевого пузыря, уменьшением сократительной активности детрузора или снижением тонуса мышцы детрузора (SvhraJ., EliasB., 2000). Эти изменения могут быть связаны с первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью а-1-адренорецепторов, что может приводить к развитию ирритативных симптомов. Другие, предполагают взаимосвязь инфравезикальной обструкции с нарушением уретродетрузоактивизирующих, уретросфинктерального тормозящего рефлекса, а также перинеобульбарного рефлекса, ответственного за сокращение мышц промежности и тазового дна в течение акта мочеиспускания. Клинически это проявляется затруднением мочеиспускания, прерывистым вследствие непроизвольных сокращений уретры, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, тяжестью или болезненностью в области мочеполовой диафрагмы.

По рекомендации Международного общества по удержанию (International Continence Society) этот тип нарушения мочеиспускания технологически определен как «дисфункциональное мочеиспускание у пациентов без неврологических заболеваний (ICS, 2003). Уродинамическими характеристиками этого типа мочеиспускания является снижение максимальной скорости мочеиспускания, формирование многофазного мочеиспускания, повышение внутриуретрального давления, изменение амплитуды и продолжительности электромиографического потенциала, регистрируемого от мышц тазовой диафрагмы (Kaplan S.A., Ikeguchi E.F. et al., 1996).

Современные исследования функционального состояния уретры методом динамической профилометрии

метрии у ряда пациентов хроническим абактериальным простатитом подтверждают увеличение максимального внутриуретрального давления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аполихин О.И., Абдулин И.И. и др. Хронический простатит. Саратов, 2004. с. 5-12.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В. и др. Проблема хронического неинфекционного простатита с позиций доказательной медицины. Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 2002. с. 223-227.
3. Лопаткин Н.А., Аполихин О.И. и др. Результаты монотерапии теразозином (Корнам) больных хроническим неинфекционым простатитом. Урология, 5 (приложение). 2002. с. 37-52.
4. Сивков А.В., Егоров А.А., Ощепков В.Н. Рандомизированное двойное слепое исследование эффективности монотерапии теразозином (Корнам) больных неинфекционым простатитом. Тезисы Пленума правления Российской общества урологов. Саратов. 2004. с. 258-259.
5. Сивков А.В., Егоров А.А., Ромих В.В. Псевдодисси-нергия и синдром хронической тазовой боли у больных хроническим абактериальным простатитом. Материалы Пленума правления РОУ. Саратов, 2004. с. 260-261.
6. Сивков А.В., Егоров А.А., Ромих В.В., Ощепков В.Н. Хронический неинфекционный простатит и синдром хронической тазовой боли. Росс. научный форум «Мужское здоровье и долголетие». 2003. стр.125.
7. Сивков А.В., Ощепков В.Н. и др. Двойное слепое, исследование эффективности Теразозина у больных хроническим простатитом. Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 2002. с. 326-327.
8. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Применение а-1-адреноблокаторов у больных хроническим простатитом. Consilium-medicum. 2002. т. 4, с. 385-390.
9. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Терапия хронического абактериального простатита. Тезисы Пленума правления Российской общества урологов. Саратов, 2004. с. 216-230.
10. Сивков А.В., Толстова С.С., Егоров А.А., Ромих В.В. Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита. Курск, 2000. с. 145-146.

РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НАРУШЕНИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДГПЖ

А.Ю. Зограбян, Л.Г. Айвазян

РМЦ "Армения", клиника урологии

ՍԻՄՊԱՏԻԿ ՆՅԱՐԴԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԴԵՐԸ ՇԲԾ ՀԻՎԱՐԴԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՄԻՋԱՐՁԱԿՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐՈՒՄ ԱՅ. Զոհրաբյան, Լ.Գ. Այվազյան

ՄՆԿ-ն ներգրավված է ՇԲԾ հիվանդների մոտ միզապարկի դիսֆունկցիայի ձևավորման և միզարձակության խանգարումների 3 մակարդակներով՝ վզիկ- միզուկային, դեպրոպորային և ներմիզապարկային: Ակտիվության բարձրացման ժամանակ՝ բացի դինամիկ ուրեթրալ ակտիվությունից, ցիրկույափոր հիպոքսիայից և դեպրոպորի էներգետիկ անբավարարությունից, առաջանում է նաև ընդհանուր թթվածին՝ էներգետիկ մետաբոլիզմի խանգարում ազադ ռադիկալների առաջացմամբ, որոնք խորացնում են միզապարկի օրաբրուկփիլ դիսֆունկցիան: ՇԲԾ-ով հիվանդների միզապարկը գրինվում է հիպոքսիայի փարբեր աստիճաններում, որը հանդիսանում է ցիրկույափոր գլնների էներգետիկ մետաբոլիզմի խանգարման հետևանք միզապարկի դիսֆունկցիայի զարգացման հիպերփրոֆիլ ձևով:

ROLE OF SYMPATHIC NEURAL SYSTEM IN DISORDERS OF URINATION IN PATIENTS WITH BPH

A.Yu. Zohrabyan, L.G. Ayvazyan

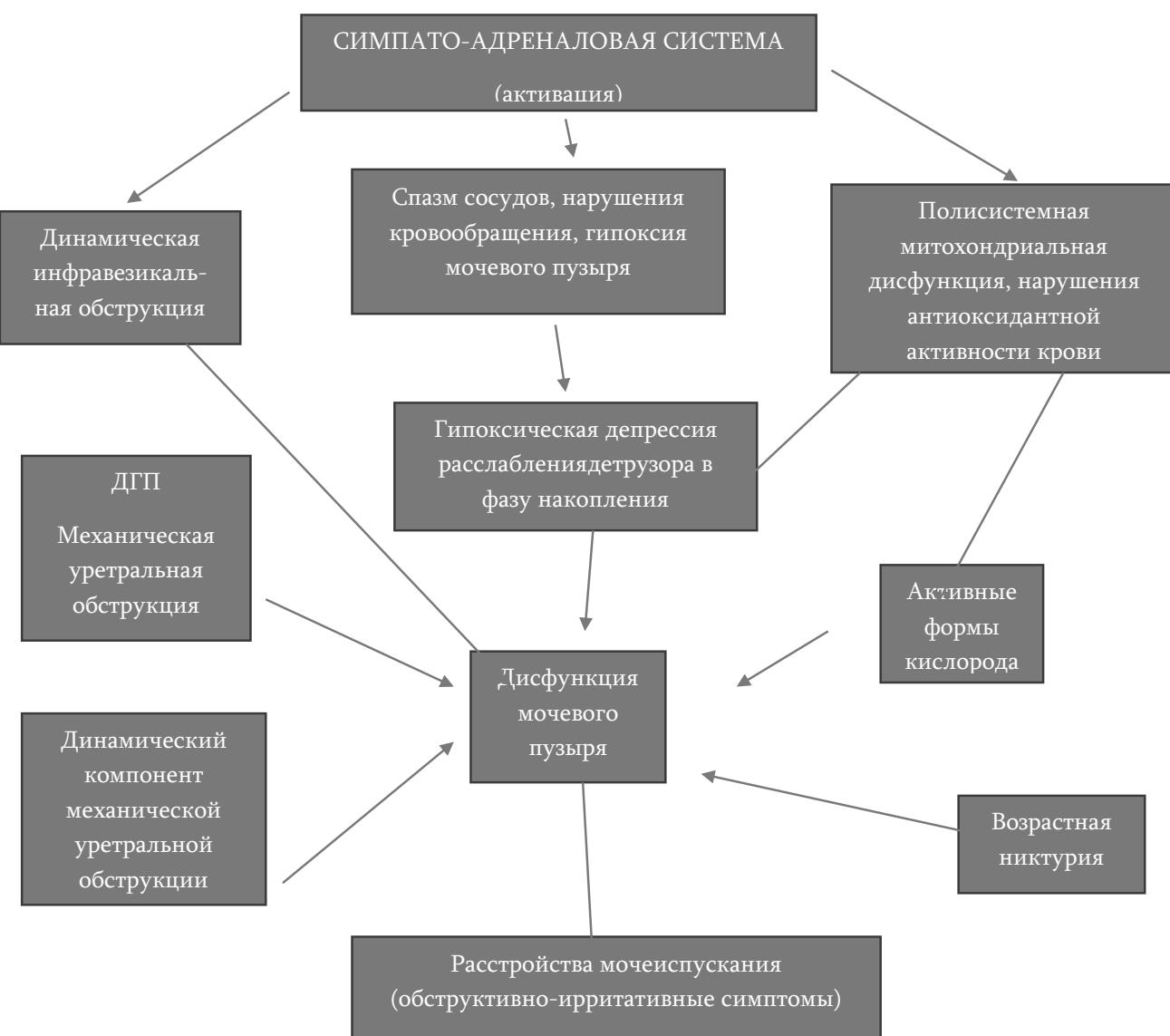
Thus, the SNS is involved in the formation of bladder dysfunction and a clinic for urinary disorders in patients with BPH at three levels - cervico-urethral, detrusor and intravesical. With an increase in its activity, in addition to the dynamic urethral obstruction, circulatory hypoxia and detrusor dysfunction, as well as general disturbances in the oxygen-energy metabolism with free radical genes that exacerbate obstructive bladder dysfunction develops. In patients with BPH, the bladder is in a state of hypoxia of varying degrees of severity, which is a reflection of disturbances in its energy metabolism of circulatory genesis with the formation of a bladder dysfunction in a hyperactive type.

За последние два десятилетия проблема ДГПЖ подверглась существенному пересмотру. Новое понимание природы инфравезикальной обструкции (ИВО) послужило стимулом для развития клинической фармакологии расстройств мочеиспускания у пожилых мужчин. В настоящее время

α1-адреноблокаторы по праву стали золотым стандартом лечения СНМП/ДГПЖ. С помощью последних подтверждено участие симпатической нервной системы (СНС) в патогенезе обструктивной дисфункции мочевого пузыря. Однако, ДГПЖ все же продолжают рассматривать сугубо с локальных (об-

структуривных) позиций, другие факторы развития заболевания не рассматриваются. Но если признать, что СНС вовлечена в формирование уретральной обструкции, то следует также допустить, что ее негативное влияние по определению не может быть локальным. Кроме шеечно-уретрального сегмента, мишениами катехоламинов являются сосудистая система мочевого пузыря, других органов, а также фундаментальные химические процессы, относящиеся к кислотно-энергетическому метаболизму. По характеру и локализации патологического процесса, ДГПЖ является заболеванием, приводящим главным образом к ИВО, статические и динамические компоненты которого детально изучены. Динамический компонент механической уретральной обструкции обусловлен суточным колебанием объема простаты с соответствующей компрессией уретры. Вочные часы объем железы и симптоматика обструктивного мочеиспускания всегда более выражены, чем днем. У больных с ДГПЖ это состояние можно обозначить как обструктивная никтурия. Увеличение простаты ночью является следствием нарушения кровообращения (отек).

В происхождении обструктивного мочеиспускания кроме уретральных причин не последнее место принадлежит дисфункции детрузора, проявляющаяся в виде депрессии расслабления в процессе его наполнения. Последний является следствием нарушений вазомоторной иннервации и ишемической гипоксии мочевого пузыря, напрямую связанных с активностью СНС, что является второй мишенью для вазоактивных а-1-адреноблокаторов. Наличие энергетической недостаточности за пределами мочевой системы подтверждено цитохимическими исследованиями ферментов лимфоцитов (СДГ и ЛДГ). У больных ДГПЖ установлена явная причинно-следственная связь между общей энергетической недостаточностью и дисфункцией мочевого пузыря. Свообразными посредниками этой связи являются катехоламины, действие которых вероятно реализуется двумя путями: 1. Через систему кровообращения мочевого пузыря (ишемическая гипоксия). 2. Прямым вмешательством в митохондриальный обмен. Зависимость выявленных нарушений от катехоламинов на экстраурогенитальном уровне подтверждается результатами лечения



расстройств мочеиспускания у больных ДГПЖ а₁-адреноблокаторами. Позитивная династика в отношении дисфункции мочевого пузыря и клиники расстройств мочеиспускания происходит одновременно с восстановлением общего энергетического метаболизма. По отношению к основному патологическому процессу ДГПЖ все основные звенья патогенеза связаны с СНС. И поскольку эти звенья доступны для одного и того же специфического воздействия, можно лишний раз высказать мнение о том, что в этих случаях а₁-адреноблокаторам нет альтернативы. Известно, что у больных ДГПЖ эффективность лечения расстройств мочеиспускания а₁-адреноблокаторами неоднозначна и колеблется в довольно широком диапазоне. Ответ нижнего отдела мочевого тракта на ограничение влияния катехоламинов может отсутствовать, равно, как быть предельно максимальным. Вероятно, это связано со степенью вовлечения в патологический процесс СНС. Поэтому, для практической урологии необходима разработка системы отбора перспективных кандидатов для терапии а₁-адреноблокаторами, основанная на новом понимании патогенеза расстройств мочеиспускания.

Согласно современным представлениям, а₁-адреноблокаторы назначают больным ДГПЖ для устранения динамической уретральной обструкции. Именно со степенью ее уменьшения связывают позитивную динамику СНМП. Однако, на сегодняшний день такой подход уже не отвечает состоянию проблемы. Оценка эффективности а₁-адреноблокаторов по взаимосвязи IPSS/скорость является односторонней и не выдерживает критики. Препараты данного фармакологического ряда наряду с устранением динамической обструкции, ограничивают влияние СНС на пузырное кровообращение и некоторые фундаментальные биохимические процессы. В результате происходит общая активация кислородно-энергетического метаболизма, увеличение резервуарной функции мочевого пузыря, потока мочи днем и ночью, уменьшение эпизодов никтурии. При блокаде а₁-адренорецепторов, когда в той или иной степени устраняются весьма разнообразные эффекты СНС, происходит обнажение истинного лица ДГПЖ - его обструктивной сущности.

На основании результатов многолетних исследований считаем, что классическая концепция ДГПЖ не утратила своего значения. Это касается исключительно изолированного поражения простаты. Однако, у пожилых мужчин обструктивная дисфункция мочевого пузыря формируется не только в результате ДГПЖ. Совершенно очевидно присутствие наслучающихся на ДГПЖ процессов -расстройств пузырного кровообращения со всеми вытекающими из него последствиями и экстраурогенитальных факторов, роль которых до недавнего времени не учитывалась в практической урологии. К ним в первую очередь следует отнести полиорганные нарушения микроциркуляции и кислородно-

энергетического метаболизма. В результате, происходит повышение образования активных форм кислорода (свободных радикалов), которые усугубляют дисфункцию мочевого пузыря.

Таким образом, СНС вовлечена в формирование дисфункции мочевого пузыря и клиники расстройств мочеиспускания у больных ДГПЖ на трех уровнях – шеечно-уретральном, детрузорном и внутривыпирном. При повышении ее активности помимо динамической уретральной обструкции, развивается циркуляторная гипоксия и энергетическая недостаточность детрузора, а также общие нарушения кислородно-энергетического метаболизма с генерацией свободных радикалов, которые усугубляют обструктивную дисфункцию мочевого пузыря. У больных ДГПЖ мочевой пузырь находится в состоянии гипоксии разной степени выраженности, являющейся отражением нарушений его энергетического метаболизма циркуляторного генеза с формированием дисфункции мочевого пузыря по гиперактивному типу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кан Я.Д., Вишневский А.Е. Использование альфа-адреноблокаторов в лечении расстройств мочеиспускания больных, перенесших оперативное лечение по поводу ДГПЖ. Саратов. 1998. с.189-190.
2. Сегал А.С., Вишневский А.Е. и др. Использование гипербарической оксигенации для коррекции мужской инфертальности. Саратов. 1998. с. 235.
3. Vishnevsky A.E., Loran O.B., Ivanov L.B. The prasozin influence on the reservoir function of a urinary bladder at the patients ached over a benign prostatic hyperplasia. 28th Annual Meeting of the ICS. 0055. Jerusalem, Israel, September. 14-17, 1998.
4. Лоран ОБ., Вишневский ЕЛ, Вишневский А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты альфа-адреноблокаторами. Терра Москва 1998. 124 с.
5. Кан Я.Д., Вишневский А.Е. Современные принципы медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии простаты. Лечащий врач. 1, 1999. с. 15-17.
6. Сегал А.С., Вашкевич В.И. и др. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении секреторной формы бесплодия и хронического конгестивного простатита. Бюллетень гипербарической биологии и медицины. Воронеж. 1999.
7. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е., Сухоруков В.С. Материалы 1 Всероссийской конференции (митохондриальная патология). с.20.
8. Лоран О.Б., Вишневский Е.Л., Вишневский А.Е., Данилов В.В. Урология, 2000. Материалы симпозиума. Омск. с. 14-19.
9. Лоран О.Б., Кан Я.Д., Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю. Хирургическое лечение недержания мочи у мужчин. Пленум правления РОУ. Материалы. Ярославль. 2001. с. 236.
10. Кан Я.Д., Вишневский А.Е., Монисов М.А., Сапожников И.М. X Российский съезд урологов. Материалы.

2002. с. 734.
11. Кан Я.Д., Мисник А.В., Вишневский А.Е. X Росс. съезд урологов. Материалы. 2002. с.118.
 12. Кан Я.Д., Магомедов М.Ш. и др. X Российский съезд урологов. Материалы. 2002. с. 738.
 13. Вишневский А.Е. Материалы III конференции урологов. Владивосток, 2003. с.217.
 14. Вишневский А.Е., Ковлер М.А. Состояние витаминной насыщенности (B6) у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Лечащий врач, 9. 2003. с.66-70.
 15. Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю., Сухорукое В.С. Особенности метаболизма детрузора у больных доброкачественной гиперплазией простаты. Клин. Фарм. и терапия. 5. 2003. с. 66-69.
 16. Вишневский А.Е., Степанова Н.А. Клиническая фармакология и терапия. 4. 2004. с. 90-93.
 17. Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю. Пленум правления РОУ. Материалы. Саратов, 2004. с.35.
 18. Зайцев А.В., Вишневский А.Е. Пленум правления РОУ. Материалы. Саратов, 2004. с.420.
 19. Вишневский Е.Л., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Данилов ВВ., Вишневский А.Е. Урофлоуметрия. Печатный город. Москва, 2004. 220 с.
 20. Vishnevsky A., Shchaveleva O., Pushkar D. Monitoring of uroflowmetry in patients with BPH using doxazosin. 35 th annual meeting ICS and IUGA. Paris 2004. Read by title. 760.
 21. Вишневский Е.Л., Сухорукое В.С., Пушкарь Д.Ю., Вишневский А.Е. Урология, 4. 2004. с.51-55.
 22. Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю., Вишневский Е.Л. Клин. Фарм. и терапия, 2. 2005. с. 45-48.
 23. Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б. Клин. Фарм. и терапия. 4. 2005. с. 92-96.
 24. Вишневский А.Е., Пушкарь Д.Ю., Вишневский Е.Л. Клин. Фарм. и терапия. 5. 2005. с. 62-66.

УРОДИНАМИКА ПРИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У МУЖЧИН

А.Ю. Зограбян, Л.Г. Айвазян, Т.Г. Айвазян

РМЦ "Армения", клиника урологии

ՈՒՐՈԴԻՆԱՄԻԿԱՆ ԻՆՖՐԱՎԵԶԻԿԱԼ ՕԲՍՏՐՈՒԿՑԻԱՅ ՏՎԱՐՄԱՐԴԿԱՆՑ ՄՈՏ Ա.Յու. Զոհրաբյան, Լ.Գ. Այվազյան, Տ.Գ. Այվազյան

Կիխիկական ախտանիշների աղեկվափ մեկնարանության, ֆունկցիոնալ ախտորոշման, օպֆիմալ կապարման և սպորին միզուղիների պաշարների գնահարման ինֆրավեզիկալ օրսպրուկցիայի ժամանակ կարելի է հասնել միայն այն դեպքում, եթե հայդրի են ինֆրավեզիկալ օրսպրուկցիայի զարգացմանը նպաստող մեխանիզմները: Միզապարկից մեզի արդարության մեջ արդարության իշեցում, միզարձակության ժամանակի երկարեցում, սակայն միզապարկի դեպրուկորի մկանների հիպերֆրոֆիայի բացակայության դեպքում ճնշումը նորմայի սահմաններում է: Դեպրուկորի հիպերլիպրոֆիայի զարգացումը կախված է իր ֆունկցիոնալ պաշարներից: Դիպերլիպրոֆիան առաջանում է գրգռող ախտանիշների պրոզրեսիայից և օրսպրուկցիայի նվազումից: Դիպերլիպրոֆիակայի դեպրուկորի դեկումանսացված ակտիվությունը և մնացորդային մեզի առկայությունը նպաստում են դիսպազ միզուղիների ակտիվության պրոզրեսիվությանը: Ինֆրավեզիկալ օրսպրուկցիայի առաջացման պաթոգնոնիկ առանձնահատկությունները կարող են օգնել սպորին միզուղիների ֆունկցիոնալ պաշարների դեկալիզացիայի և բուժման ճիշդ փակդիկայի ընդունության համար:

URODYNAMICS IN INFRAVESICAL OBSTRUCTION IN MALES

A.Yu. Zohrabyan, L.G. Ayvazyan, T.G. Ayvazyan

Adequate interpretation of clinical symptoms, optimal performance of functional diagnosis and assessment of lower urinary tracts reserves in infravesical obstruction can be achieved only if known are mechanisms contributing to development of the obstruction. Obstruction to urine outflow from the bladder causes inhibition of urine flow rate, prolongs the time of urination though in the absence of hypertrophy of vesicular wall muscles detrusor pressure is normal. Development of detrusor hypertrophy depends on its functional reserves. The hypertrophy arises with intensification of irritative symptoms and decline of obstructive ones. Decompensated activity of hypertrophic detrusor with appearance of residual urine leads to progressive deterioration of the activity of distal urinary tracts. These pathogenetic features of developing infravesical obstruction can help in detailing functional reserves of the lower urinary tracts and valid choice of therapeutic policy.

Инфравезикальная обструкция (ИО) у мужчин обусловлена заболеваниями, нарушающими отток мочи из мочевого пузыря. Наиболее частыми из них являются гиперплазия и рак простаты, структуры уретры и стеноз шейки мочевого пузыря. Больные с гиперплазией простаты составляют абсолютное большинство. Существующие теории патогенеза гиперплазии простаты (старение мужского организма, эстрогенные нарушения, патологическая роль оксида редуктазы, эмбриональное пробуждение, вос-

паление и тканевые факторы роста) - по существу являются этиологическими, а не патогенетическими теориями. Каждый из этиологических факторов и их сочетание могут играть роль в возникновении и развитии гиперплазии простаты. Создаваемое аденоматозными узлами гиперплазированной простаты препятствие оттоку мочи из мочевого пузыря включает не только механический фактор - сдавление, деформацию, ложное удлинение проксимального отдела уретры и изменение уретровезикального угла, но и

нарушение кровообращения.

С возрастом, на фоне изменений, характеризующих мужской климакс, наступают дистрофические изменения мускулатуры не только мочевого пузыря, но и предстательной железы, простатического отдела уретры при относительной сохранности железистых элементов простаты, продуцирующих ее секрет. Продолжающаяся выработка секрета простаты способствует в этих условиях переполнению ее железистых структур и выводных протоков, так как в условиях гиперплазии транспорт секрета становится недостаточным. Этому способствуют и наблюдаемые в этом возрасте снижение потенции, малоподвижный образ жизни, склонность к запорам и пр. В условиях застоя секрета простаты нередко можно наблюдать его значительную концентрацию и кристаллизацию с образованием в тканях простаты множества мелких рентгенонегативных конкрементов, которые обнаруживаются при УЗИ предстательной железы. Застойные явления в гиперплазированной простате так или иначе приводят к усугублению расстройств кровообращения, которые характеризуются венозным стазом предстательной железы в простатическом отделе уретры и шейке мочевого пузыря. Одним из клинических проявлений венозного стаза является варикозное расширение вен шейки мочевого пузыря, расположенных вокругadenоматозных узлов, особенно в подслизистом слое шейки. Последнее, как известно, нередко проявляется терминалльной и тотальной макрогематурией. Особую важность эти изменения, как правило, имеют при далеко зашедшей редукции венозных коллатералей таза, когда в результате резко выраженного застоя венозной крови может разиться флегботромбоз.

Нарушения кровообращения, как известно, в первую очередь приводят к изменениям тех структур, которые работают в условиях повышенной функциональной нагрузки. В дистальном отделе мочевых путей это зона пузирно-уретрального сегмента, которая в условиях гиперплазии простаты подтверждается деформации, создающей трудности для свободного открытия шейки мочевого пузыря и замыкательного аппарата при мочеиспускании. Уменьшение количества 5-а-андростендиола у больных с гиперплазией простаты приводит к увеличению активности и количества а-1-адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, что лежит в основе развития, так называемого, динамического (спастического) компонента инфравезикальной обструкции, составляющего до 50% ее проявления.

Фармакоуродинамические исследования нижних мочевых путей у больных с инфравезикальной обструкцией показали, что повышение тонуса шейки мочевого пузыря, обусловленной гиперактивностью а-1-адренорецепторных структур может вызвать синхронное усиление деятельности детрузора, направленное на его активную дила-

тацию в фазе наполнения, которое реализуется б-адренорецепторными структурами. Развивающееся при этом снижение возбудимости детрузора и его гиптонус могут влиять на его сократительную способность в фазе опорожнения. В частности, наиболее вероятно возникновение трудностей при открытии шейки мочевого пузыря в начале мочеиспускания, что усугубляет проявление инфравезикальной обструкции. Процесс опорожнения мочевого пузыря у больных гиперплазией простаты также подвергается своеобразным изменениям. Поскольку для его осуществления требуется открытие шейки, а детрузор и мускулатура шейки играют роль своеобразных физиологических антагонистов. Для обеспечения мочеиспускания детрузорный компонент процесса может усиливаться развитием гипертрофии, а затем прогрессивно и неадекватно снижаться, создавая условия декомпенсации и появления остаточной мочи.

При развитии гипертрофии детрузора на фоне повышенной возбудимости, тонуса и сократительной способности наблюдаются более частое опорожнение мочевого пузыря. Опорожнение терминальных отделов мочеточников может происходить легко за счет высокого дыхательного перепада внигрупзырного и детрузорного давления. Однако более частые мочеиспускания в силу нарушения нормальных соотношений между длительностью фаз наполнения (относительный покой детрузора) и опорожнения (более активная деятельность) по видимому приводят к истощению энергетических ресурсов гладкой мускулатуры, что при ее низких функциональных резервах может нарушить нормальный ритм работы мочевых путей и обусловить проявление различных форм декомпенсации. По мере утомления гладкомышечных структур могут создаваться условия для дилатации мочеточников, которое с одной стороны может усиливать транспорт за счет большого воздействия внешней изгоняющей силы внутрибрюшного и тазового давления, но с другой - создавать дополнительное гидродинамическое сопротивление, которое путем раздражения барорецепторов и сосудисто-тканевых рецепторов может обуславливать изменение внутривечечного кровообращения. Возникающий уростаз влечет за собой снижение кровенаполнения почечной коры и венозный стаз в медуллярной зоне. Подобная перестройка в условиях ОЗМ крайне опасна развитием воспалительных процессов - острого пиелонефрита.

Таким образом, характерной чертой развития инфравезикальной обструкции, в частности при гиперплазии простаты, является возникновение постоянного перенапряжения системы детрузор-пузырно-уретральный сегмент-терминальный отдел мочеточника. Финалом патологического процесса в нижних мочевых путях при инфравезикальной обструкции, в частности у больных гиперплазией простаты, является парадоксальная ишурия: перерастянутый детрузор не способен к сокращениям,

шейка- к открытию, полностью закрыться ей не позволяет значительное гидростатическое давление мочи, скопившейся в пузыре, а открыться для опорожнения пузыря не позволяет отсутствие сокращения детрузора. Из переполненного мочевого пузыря по уретре каплями непрерывно поступает моча. Объемная скорость потока мочи при этом близка к нулю, время мочеиспускания теоретически стремится к бесконечности, величина детрузорного давления минимальна. Описанная последовательность патофизиологических изменений в системе нижних мочевых путей во многом схематична и неспособна отразить полностью все многообразие и сложность наблюдаемого процесса. Клинические наблюдения свидетельствуют, что при раке простаты обструкция пузырно-уретрального сегмента прогрессирует намного быстрее, что неизбежно накладывает свой отпечаток на динамику, характер развития процесса, его клинические и уродинамические проявления. Быстрое формирование структуры уретры в условиях хронического воспаления или как последствие травмы приводит к тому, что такие больные подвергаются уродинамическим исследованиям чаще в фазе полной декомпенсации, уже при наличии порой значительных количеств остаточной мочи в мочевом пузыре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Борисов В.В. Конференция урологов и нефрологов Белоруссии, Минск, 1989. с. 99.
- Вишневский Е.Л. Функциональные нарушения уродинамики нижних мочевых путей у детей: Дис. д-ра мед. наук. М., 1982.
- Геворкян К.П., Гресь А.А. и др. Российское о-во урологов. Пленум. М., 1998. с. 172.
- Гориловский Л.М. II Добротацентная гиперплазия предстательной железы М., 1997. с. 10.
- Гродец Э., Гапуш Т., Пытель Ю.А., Борисов В.В. Сов. мед. 1984. 12. с. 16.
- Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Урол. и нефрол. 1998. 4. с. 19.
- Пытель Ю.А., Борисов В.В., Симонов В.А. Физиология человека. Мочевые пути. М., 1992.
- Пытель Ю.А., Винаров А.З. Добротацентная гиперплазия предстательной железы. М., 1997. с.19.
- Ухаль М.И. Аденома предстательной железы. Харьков, 1997. с. 197-198.
- Халифа М. Пункционные методы диагностики и лечения хронического простатита под ультразвуковым контролем. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1993.
- Шабад А.Л., Осипов В.П., Гольдбарт Н.И. Урол. и нефрол. 1982. 3. с. 7-11.
- Bostwick D.J. Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia. Eds R. Kirby et al. Oxford, 1996. P. 91-104.
- Geller J. J. Amer. Geriatr. Soc. 1991. Vol. 39. P. 1208-1216.
- Gleason P.E., Jones J.A., Regan J.S. Platelet Derived Growth Factor (PDGF), Androgens and Inflammation: Possible Etiologic Factors in the Development of Prostatic Hyperplasia. 1994.
- Helpap B. J. Urol. Pathol. 1994. Vol. 2. P. 49-59.
- Isaacs J.T., Brendler C.B., Walsh P.C. J. clin. Endocrinol. Metab. 1983. Vol. 56. P. 139-145.
- Khanna O. Urology. 1976. Vol. 8, 4. P. 316-328.
- Mc Neal J.E. Invest. Urol. 1978. Vol. 15. P.340-345.
- Partin A.W., Oesterling J.E.. Epstein J.I. J. Urol. 1991. Vol.145. P. 405-409.
- Steiner G., Gessl A., Kramer G. Ibid. 1994. Vol. 151. P. 480-484.

ՄԻԿՐՈՎԵՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԵՆԹԱՎԱՃՈՒԿԱՅԻՆ ՎԱՐԻԿՈՑԵԼՔՈՒՅԹԻ ՎԻՐԱՎԱՏԱԿԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ՆԵՐԴՐՈՒՄԸ «ԻԶՄԻՐԼՅԱՆ» ԲԿ ՈՒՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲԱԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա.Մ. Գրաբսկի, Շ.Մ. Զուրնաչյան, Շ.Բ. Դանիելյան, Գ.Մ. Մինասյան, Գ.Գ. Շահյան
 «Իզմիրլյան» ԲԿ, ուրոլոգիական բաժանմունք, ՀՀ Երևան

Պրոսպեկտիվ եղանակով 2016թ.-ի սեպտեմբերից մինչև 2017թ.-ի ապրիլ ամիսը հետազոտվել են 18 հիվանդներ, որոնց կարարվել է միկրովիրաբուժական և նրաաճուկային վարիկոցելէկտոմիա: Պացիենտները հսկվել են 3 ամիս վրառությամբ ժամանակահարվածում: Ենթավորության նպատակը՝ ներվիրահարվական և հետվիրահարվական վաղ բարդությունների զնահարումն է, ինչպես նաև սպերմոգրամմայի մի քանի հետվիրահարվական ցուցանիշների համեմարտումը նոյն ցուցանիշների նախավիրահարվական դիլյաների հետ:

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДПАХОВОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ В КЛИНИКЕ УРОЛОГИИ МЦ “ИЗМИРЛЯН”

А.М. Грабский, А.М. Зурначян, Ш.Б. Даниелян, Г.М. Минасян, Г.Г. Шадян

С сентября 2016 года по апрель 2017 проспективно наблюдались 18 пациентов, которым была произведена микрохирургическая подпаховая варикоцелэктомия. Пациенты наблюдались в течение трех месяцев. Цель исследования - оценка интра- и ранних постоперационных осложнений, а также изменений некоторых параметров спермограммы в динамике.

MICROSURGICAL SUBINGUINAL VARICOCELECTOMY IN UROLOGICAL DEPARTMENT OF "IZMIRLIAN" MC

A.M. Grabsky, H.M. Zurnachyan, Sh.B. Danielyan, G.M. Minasyan, G.G. Shadyan

Eighteen patients were prospectively investigated during the period from September 2016 until April 2017. Microsurgical subinguinal varicocelectomy was performed for all of them. The patients were followed up during 3 months after the surgery. Aim- the evaluation of perioperative and early postoperative complications, and also a comparison of some postoperative spermogram parameters with the same parameters before the surgery.

Դայտնի է, որ անպարող դրամարդկանց 35-40%-ի մոտ առկա է շոշափվող վարիկոցելեն (լայնացած ամորձային երակներ), ընդ որում ընդհանուր դրամարդկանց պոպուլյացիայում վարիկոցելեն առկա է 15%-ի մոտ [1-3]: Ձենք վարիկոցելեն կապված է դրամարդկանց պարզաբնության հետ, հայտնի է, որ վարիկոցելեն ունեցող դրամարդկանց զգայի մասը (մոտ 75%) պարզաբնության միջև պարզաբնության համար կապը լիարժեք հասքարված չէ [5]: Վարիկոցելենի և արական անպարզության միջև պարզաբնության համար կապը լիարժեք հասքարված չէ [6-10]: Մի շարք չվերահսկվող հետքազուրություններ ցույց են դրվել վարիկոցելենի պարզությայից հետո սերմի որակի բարեկավում, և որպես արդյունք՝ հղիության առաջացման հավանականության բարձրացում [11]: Դավասարազոր դրվագներ են արացվել նաև կյիմիկական վարիկոցելենի դեպքում վարիկոցելենի պարզության կապարմամբ մի շարք ռանդումիզացված կերահսկվող հետքազուրությունների արդյունքներով (նման հրապարակված հետքազուրություններ քիչ կան) [12-15]: Չնայած վարիկոցելենի դրական ազդեցության փյուազների հետ կապված հակասական կարծիքներին, վիրաբույժների մեծամասնությունը կողմնակից են վերջինիս կիրառմանը: Վարիկոցելենի պարզության Հյուսիսային Ամերիկայում անսպարզությամբ դրամարդկանց շրջանում ամենահաճախ կարարվող բուժական միջամբ դրվում է [8]:

Վարիկոցելենի լրիուղիան: Վարիկոցելենի լրիուղիան բազմազործնային է: Ամենպարածված դրեսուրյուններն են համարվում աջ և ձախ ներքին սերմնային երակների անաբրումիական դրաբերությունը (ձախակողմյան վարիկոցելենի գերակշռություն), երակային փականների անբավարարությունը, որի հետքանարով առաջանում է արյան հետքոսք և հիդրոսպափիկ ճնշման բարձրացում [17,18]: Ներորովայնային ճնշման բարձրացումը մասնկական և վաղ դեռահասության ընթացքում կարող է վարիկոցելենի առաջացմանը նախաբրամադրող գործոն հանդիսանալ [19]:

Վարիկոցելենի պայմանավորված բարությունների մեխանիզմները: Փոշփի և ներամորձային շերմասպիճանները բարձր են վարիկոցելենով դրամարդկանց և փորձարկվող կենդանիների մոտ, իսկ վարիկոցելենի պարզության կարող է նվազեցնել ամորձությունում [20-24]: Փոշփի շերմասպիճանի բարձրացումը հավանաբար հիմնական գործոններից է, որի պարզաբնությունը վարիկոցելեն հանգեցնում է էնդոկրին ֆունկցիայի և սպերմափողենեզի խաթարման: Նշանակած երկու օդակներն են զգայուն

ևն շերմության բարձրացման նկարմամբ (սերմնային սպիփակուցները սակայ կայուն են շերմության բարձրացման նկարմամբ, քան այլ սպիփակուցները) [25-27]: Տիպիկ կարող է ազդել նաև մականորձիների վրա: Մականորձության մականորձիների վրա: Մականորձության մականորձիներն առաջանում են այս օրգանի պահեստավորման բարողության նվազում, ինչի արդյունքում էլ առաջանում է էակուլյարփի քանական և որակական ցուցանիշների վարդարացում [28]: Երիկամային երակի հետքոսքի արդյունքում ներքին սերմնային երակում հիդրոսպափիկ ճնշման բարձրացումը նույնական վարիկոցելենով պայմանավորված բարդությունների առաջացման պարզաբնության կարող է հանդիսանալ [29]:

Վարիկոցելենի սխալափիզիոլոգիան: Վարիկոցելենի բացասական ազդեցությունը առավել ուշ փուլերում դրսևորվում է ամորձության պարզությունը կրեսնենք, որ ձախակողմյան վարիկոցելենով դրամարդու ձախ ամորձությունը ձավալն ավելի փոքր է, քան աջ ամորձունքը [30]: Վարիկոցելեն կապված է սպերմափողենունքի երկկողմանի անկանոնությունների և Լեյդիզի քիցիների դիսֆունկցիայի հետ [31-35]: Վարիկոցելենով անպարող դրամարդկանց ամորձիների հյուսվածարանական հետքազուրությունների փյուազները փոփոխական են, սակայն բազմաթիվ հետքազուրությունների փյուազներով նկարագրվել է սպերմափողենունքի նվազում: Սերմնաբարձիների ապոպերոզի աճը պայմանավորված է հիպերերմիայով և ամորձում առկա դրեսուրպերունի ցածր մակարդակով: Երեսուն դրաբնականից բարձր վարիկոցելենով դրամարդկանց մոտ դրեսուրպերունի մակարդակը ավելի ցածր է, քան վարիկոցելեն ունեցող ավելի երիտրասարդ դրամարդկանց մոտ, ինչը չի նկարվում վարիկոցելենի բացակայությամբ դրամարդկանց շրջանում: Վերջինս խոսում Լեյդիզի քիցիների վրա վարիկոցելենի ունեցած բացասական ազդեցության մասին (դրեսուրպերունի սինթեզում է Լեյդիզի քիցիների կողմից) [4]: Դեռևս 1965թ-ին MacLeod-ը և այլ հեղինակներ նկարել են, որ վարիկոցելեն ունեցող անպարող դրամարդկանց սերմնահեղուկի ցուցանիշներն ավելի վարեն են (ոչ նորմա ձևների քանակի ավելացում, շարժունակության նվազում, սերմնաբարձիների ցածր քանակություն), քան առողջ դրամարդկանց սերմնահեղուկի ցուցանիշները [4,23,36]: Այնուամենայնիվ դա վարիկոցելենի ախտորոշման համար հավասարի ցուցանիշ չի հանդիսանում [37]: Զարմանալի հորեն քիչ քանակությամբ հետքազուրություններ են կարարվել վերջին 40 վարիկուների ընթացքում, ավելի լավ բնութագրելու համար վարիկոցելենի պարզաբնության, մասնավորապես այս



Եկան 1.



Եկան 2

իրավիճակի ազդեցությունը սերմի որակի վրա:

Հարիկոցելէկտրոնիկայի եղանակները: Կան վարիկոցելէկտրոնիայի մի բանի եղանակներ: Դրանք ներառում են հետքրովայնամզային, աճուկային մուլտիպլ բաց եղանակները, աճուկային և ենթաաճուկային միկրովիրարուժական մոդելները, լապարուկոպիկ եղանակը և ռադիոգրաֆիկ և մարդու կացիան [40-44]: Միկրովիրարուժական վարիկոցելէկտրոնիան հանդիսանում է <<ռուկե սպանդարիք>>, քանի որ ունի բարդությունների առաջացման ցածր հավանականություն (վարիկոցելէկտրոնիան, հիդրոցելէկտրոնիմ, ամորդու ապրոֆիխ) [41,45-47]: Մենք նախապատվությունը պահե ենք ենթաաճուկային միկրովիրարուժական մոդելները, քանի որ այն ցուցաբերում է առավել բարձր արդյունավելություն (վարիկոցելէկտրոնի վերացում) և բարդությունների ցածր ցուցանիշ (վարիկոցելէկտրոնի կրկնություն, հիդրոցելէկտրոնիմ՝ քանի ոչ միկրովիրարուժական մոդելները [46,48]: Ենթաաճուկային մոդելներն ունեալու մեջ կարող է առաջանալ առավել բարձր արդյունավելություն աճուկային մոդելների, վիրահապական և հետքրովային շրջանում ցավային համախփանիշն ավելի քիչ է արբահայրված [49,50]: Այնուամենայնիվ ենթաաճուկային մոդելների վակելի բարդ արբահայրված [49,50]: Այնուամենայնիվ ենթաաճուկային մոդելների վակելի բարդ է՝ պայմանավորված անորթների (երակների և զարկերակների) ավելի մեծ քանակությամբ, քան աճուկային մուլտիպլ դեպարում:

Միկրովիրարուժական և ջաշաանուկային վարիետելէկտոմիա: Վիրահաբուժունը սկսում ենք մաշկի 2-3սմ թեր կտրվածքով աճուկային արդարին օդի կենսպրոնով: Կտրվածքը խորացվում է Կամպերի և Սկարպի փակելների միջով, սերմնալարը մորիկացվում է Բերբոքի բռնիչով, դրվում է Պևերուզի դրենաժի վրա: Վյուինսքի մանրադիքակը գրեղադրվում է վիրահաբական դաշտի վրա և սերմնալարը զննվում է 8-15 անգամ խոշորացման պայմաններում: Արդարին և ներքին սերմնային փակելները հարվում են և սերմնալարի կամենքները կրկին զննվում են խոշորացման դրակ:

Միջանբությունն ավելի հեշտացնելու և սերմ-նածորանն ու նրա անորթները գրավմափեկ վնասումից պաշրապելու նպաստակով, սկզբում սփեղծվում է պատուհան ներքին սերմնային անորթների և արդարքին սերմնային փակելոյի միջև այնպես, որ ներքին սերմնային անորթներն առանձնանան արդարքին սերմնային փակելոյից և նրա էլեմենտներից [52]: Վյուիները դրվում են կրկնորդ Պենրոուզի դրենաժք՝ ներքին սերմնային անորթների և արդարքին սերմնային փակելոյի ու նրա էլեմենտների միջև: Սկզբում դա-

րանջապում ենք ներքին սերմնային փակեղի և եմնաբները: Փոքր պուսացիաների շնորհիվ հայրնարերվում են ներքին սերմնային զարկերակը/զարկերակները: Բոլոր ներքին սերմնային երակները առանձնացվում են կապվում են 4.0 վիերիի թեկերով: Առաջին փուլի վերջում սերմնալարը դարձան շարպում է այնպէս, որ պահպանվում են միայն առանձնացված

Կարկանդակները և պահանջարկում են արդարին սերմնային փակեղի էլեմենտները։ Սերմնաբար ծորանը և վերջինիս անորթները հայդնաբերվում և պահպանվում են։ Ցանկացած հայդնաբերված կրեմաստերիկ զարկերակ ևս պահպանվում է։ Վարիկոցկելկողմիայի ավարտին սերմնալարը պարունակում են ամորդային զարկերակը/զարկերակները, սերմնաբար ծորանը և վերջինիս հետ կապված արյունագար անորթները և սերմնալարի աշխային անորթները։ Սկարավի և Կամազերի փակեղները վերականգնվում են վիերի 3.0 թեկնով, մաշկը կարպում է 4.0 վիերիի կարերով կամ դրպում են մնապաղյա սպեցիալներ։

Քննարկում: Պրոսպեկտիվ եղանակով 2016թ-ապրիլի միջնորդը մինչև 2017թ.-ի ապրիլ ամիսը հելքավելի են 18 հիվանդներ: Համապարասխան լարուոր և զործիքային քննություններից, ինչպես նաև սթեգիոնզի զննումից հետո, համապարասխան ումների առկայութան դեպքում (հետքեւորվ եւրոպան ուրուզացիան ասոցիացիայի ուղեցույցին), մինչեւ սպառություն ողնութեղային անզգայացման ներքո արվել է միկրովիրաբուժական ենթաաճուկային հիկոցելէկտրոնիա: Վիրահակությունները կատարվել են Karl Zeiss միկրոսկոպի 8-15 անգամ խոշորացայման ներում՝ պահպանելով վիրահակության ոնչյա գրականիկան: Պացիենտները հսկվել են 3 ս վետողությամբ ժամանակահավաքածում: Ներառության նպագրակը՝ ներվիրահակագրական և հետքվի-ապական վաղ բարդությունների զնահագումն է, կես նաև սպերմոգրամմայի մի քանի հետքվիրա-ուական ցուցանիշների համեմարտումը նույն ցու-իշների նախավիրահակագրական վվյալների հետ: Վիրահակագրական 1-ին սպերմոգրամման կատար- 3 ամիս վետողությամբ հսկողության ավարտին:

Ներվիրահափական այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են զարկերակների և ավշային անորթների կապումը կամ վնասումը չեն դիվալի: Անըմնափառ ծորանի վնասման դեպքեր են չեն եղել: Վաղ հետվիրահափական այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են վերքային մակերեսի բորբոքումները, հիդրոցելեի առաջացումը չեն դիվալի: Պացիենտներից 12-ը (67%) գանգափվել են վերի շրջանի թույլ կամ չափավոր ցավերից հետվիրահափական երկու օրերի ընթացքում: Նշված հիվանդներից ցավագրկում պահանջվել է 4-ի (33%) մոտք: Բոլոր պացիենտները դուրս են գրվել հետվիրահափական 2-րդ օրը: Վիրահափությունից 3 ամիս անց կարարվել են կրկնակի հետքազորություններ՝ պակասնորպաններ: Խորշի պասասագիս, խորշի

օրգանների սոնղրաֆիա, ամորձու երակների արյան հեփռոսի զնահապում՝ զերծայնային դուպլիքու հետազոտությամբ: Վարիկոնցելեի կրկնման, հիդրոնցելեի առաջացման, ամորձու ասքրոֆիայի դեպքեր չեն գրանցվել: Սպերմոգրամմայի ցուցանիշներից համեմապվել են սպերմապողոդիների խորությունը, սերմի ծավալը, ինչպես նաև ակտիվ շարժմամբ սպերմապողոդիների խորությունը: Պացիենտներից 17-ի մոտ (94%) դիվել է սպերմապողոդիների խորության ավելացում: Մեկ ազոռուսպերմիայով պացիենտի մոտ 3 ամիս անց կապարված սպերմոգրամմայով դիվրվել է սերմի ծավալի ավելացում, սակայն խորության փոփոխություն չի դիրվել: Ծիվանդներից 15-ի մոտ (83%) դիվրվել է սերմի ծավալի աճ, իսկ արագ շարժմամբ սպերմապողոդիների խորության աճ դիվրվել է 12-ի մոտ (67%): Մնացած պացիենների մոտ նշված ցուցանիշները կամ անփոփոխ են մնացել, կամ դիվրվել է աննշան բացասական փեղաշարժ: Պավել մեծարանակ հիվանդների դրվագների հավաքագրման, ինչպես նաև առավել երկարավոր հսկողության արդյունքում, հեփռազայում առավել ինֆորմատիվ դրվագներ կներկայացվեն:

ԳՐԱԿԱՐԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Clarke BG.. JAMA 1966;198:1121-2.[PubMed]
2. Lipshultz LI, Corriere JN. J Urol 1977;117:175.[PubMed]
3. Akbay E, Cayan S, Doruk E. et al. BJU Int 2000;86:490-3. [PubMed]
4. World Health Organization. FertilSteril 1992;57:1289-92. [PubMed]
5. Pinto KJ, Kroovand RL, Jarow JP. J Urol 1994;152:788-90. [PubMed]
6. Jarow JP. Effects of varicocele on male fertility. Hum Reprod Update 2001;7:59-64. [PubMed]
7. Kamischke A, Nieschlag E. Hum Reprod Update 2001;7:65-9. [PubMed]
8. Sharlip ID, Jarow JP, Belker AM. et al.. FertilSteril 2002;77:873-82.[PubMed]
9. Evers JL, Collins JA. Lancet 2003;361:1849-52. [PubMed]
10. Ficarra V, Cerruto MA, Liguori G. et al. EurUrol 2006;49:258-63. [PubMed]
11. Schlesinger MH, Wilets IF, Nagler HM. UrolClin North Am 1994;21:517-29. [PubMed]
12. Nilsson S, Edvinsson A, Nilsson B. Br J Urol 1979;51:591-6. [PubMed]
13. Madgar I, Weissenberg R, Lunenfeld B. et al. FertilSteril 1995;63:120-4. [PubMed]
14. Nieschlag E, Hertle L, Fischelick A. et al. Hum Reprod 1998;13:2147-50. [PubMed]
15. Krause W, Muller HH, Schafer H. et al..Andrologia 2002;34:164-71.[PubMed]
16. Kamal KM, Jarvi K, Zini A. FertilSteril 2001;75:1013-6. [PubMed]
17. Buschi AJ, Harrison RB, Brenbridge AN. et al. Am J Radiol 1980;135:339-42. [PubMed]
18. Braedel HU, Steffens J, Ziegler M. et al. J Urol 1994;151:62-6. [PubMed]
19. Scaramuzza A, Tavana R. Varicoceles in young soccer players. Lancet 1996;348:1180-1.[PubMed]
20. Zorgniotti AW, MacLeod J. FertilSteril 1973;24:854-63. [PubMed]
21. Saypol DC, Howards SS, Turner TT. J Clin Invest 1981;68:39. [PMC free article] [PubMed]
22. Goldstein M, Eid JF. J Urol 1989;142:743-5. [PubMed]
23. Ali JI, Weaver DJ, Weinstein SH. et al. Arch Androl 1990;24:215-9. [PubMed]
24. Wright EJ, Young GP, Goldstein M. Urology 1997;50:257-9. [PubMed]
25. Mieusset R, Bujan L, Plantavid M. et al. J ClinEndocrinolMetab 1989;68:419-25. [PubMed]
26. Lue YH, Lasley BL, Laughlin LS. et al. J Androl 2002;23:799-805. [PubMed]
27. Sarge KD, Bray AE, Goodson ML. Altered stress response in testis. Nature 1995;374:126. [PubMed]
28. Bedford JM. Med Biol 1991;286:19-32. [PubMed]
29. Shafik A, Bedeir GA. J Urol 1980;123:383-5. [PubMed]
30. Zini A, Buckspan M, Berardinucci D. et al. FertilSteril 1997;68:671-4. [PubMed]
31. Dubin L, Hotchkiss RS. Testis biopsy in men with varicocele.FertilSteril 1969;20:50-7. [PubMed]
32. Comhaire F, Vermeulen A. J ClinEndocrinMetab 1975;40:824-9. [PubMed]
33. Johnsen SG, Agger P. FertilSteril 1978a;29:52-7. [PubMed]
34. Hudson RW. The endocrinology of varicoceles.FertilSteril 1988;49:199-208. [PubMed]
35. Su LM, Goldstein M, Schlegel PN. J Urol 1995;154:1752-5. [PubMed]
36. Macleod J. FertilSteril 1965;16:735-57. [PubMed]
37. Ayodeji O, Baker HW. Fertil Steril 1986;45:839-42. [PubMed]
38. Guzick DS, Overstreet JW, Factor-Litvak P. et al. N Engl J Med 2001;345:1388-93.[PubMed]
39. Menkveld R, Wong WY, Lombard CJ. et al. Hum Reprod 2001;16:1165-71. [PubMed]
40. Walsh PC, White RI. JAMA 1981;246:1701. [PubMed]
41. Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP. et al. J Urol 1992;148:1808-11. [PubMed]
42. Donovan JF, Winfield HN. Laparoscopic varix ligation.J Urol 1992;147:77. [PubMed]
43. Jarow JP, Assimos DJ, Pittaway DE. Urology 1993;42:544-7.[PubMed]
44. Enquist E, Stein BS, Sigman M. FertilSteril 1994;61:1092-6. [PubMed]
45. Murray RR, Mitchell SE, Kadir S. et al. J Urol 1986;135:286-9. [PubMed]
46. Cayan S, Kadioglu TC, Tefekli A. et al. Urology 2000;55:750-4. [PubMed]
47. Grober ED. O'brien J, Jarvi KA, Zini A. J Androl 2004;25:740-3. [PubMed]
48. Ghanem H, Anis T, El-Nashar A. et al. Urology 2004;64:1005-9. [PubMed]
49. Gontero P, Pretti G, Fontana F. et al. Urology 2005;66:1075-9. [PubMed]
50. Al-KandariAM, Shabaan H, Ibrahim HM. et al. Urology 2007;69:417-20. [PubMed]
51. Hopps CV, Lemer ML, Schlegel PN. et al. J Urol 2003;170:2366-70. [PubMed]
52. Zini A, Fischer MA, Bellack D. et al. Urology 2006;67:803-6. [PubMed]

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

А.А. Костин, Н.В. Воробьев, А.О. Толкачев, А.Г. Мурадян

МНИОИ им.П.А.Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, Москва

Медицинский институт РУДН, Москва, РФ

По данным литературы около 80% пациентов с опухолями надпочечников (НП) имеют нефункционирующую аденому, 5%- субклинический синдром Кушинга, 5%- феохромоцитому, <5%- аденоактальный рак, 2,5%- метастатическое поражение надпочечника, 1%- альдостерому, а остальная часть представлена ганглионевромами, миелолипомами или доброкачественными кистами [1,2]. Метастазы в надпочечниках встречаются при различных злокачественных новообразованиях. С развитием лучевых методов диагностики увеличивается частота выявления опухолей надпочечников. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, а в последнее время и позитронно-эмиссионная томография, с последующим цитологическим или гистологическим исследованием, дают возможность идентифицировать метастатические опухоли надпочечников в подавляющем большинстве случаев. В современной онкологии, изменяются принципы лечения больных с метастатической болезнью различных локализаций. Применение хирургического лечения при вторичном поражении НП целесообразно у больных, имеющих солитарный очаг поражения. Несколько ретроспективных исследований выявили увеличение выживаемости пациентов с первичными опухолями почек, легких, желудочно-кишечного тракта, сарком и меланомы, имеющих метастазы в надпочечниках [3,4,5].

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE ADRENAL METASTASES

Kostin AA, Vorobyev NV, Tolkachev AO, Muradyan AG

According to the literature, approximately 80% of patients with adrenal tumors have a nonfunctioning adenoma, 5%- subclinical Cushing's syndrome, 5%- feohromotsitomy, <5%- adrenocortical cancer, 2.5%- metastases to the adrenal gland, 1%- aldosterone, the rest is represented by ganglioneuromas, myelolipomas or benign cysts [1,2]. Metastases of the adrenal glands occur in various malignant neoplasms. The development of computed tomography, magnetic resonance tomography, positron emission tomography lately, with further cytological or histological examination make it possible to identify metastatic tumors of the adrenal glands in the vast majority of cases. In modern Oncology the principles of treatment of patients with metastatic disease of various localizations are changing. The surgical treatment of a secondary lesions of AT is recommended to the patients with a solitary lesion. Several retrospective researches have reported an increased survival of patients with primary tumors of the kidney, lungs, gastrointestinal tract, sarcomas, and melanoma, with metastases in the adrenal glands [3,4,5].

Актуальность

Несмотря на стремительное развитие медицины, показания к хирургическому лечению и результаты выживаемости в литературе до сих пор четко не определены из-за небольшого количества пациентов, включавшихся в исследования. Также, продолжаются дискуссии относительно прогностических факторов, влияющих на продолжительность жизни паци-

ентов после хирургического вмешательства. В связи с этим необходима разработка комплексного подхода при определении соответствующих показаний и в выборе метода лечения в случаях выявления вторичного поражения надпочечников.

Материал и методы

95 пациентам в возрасте от 17 до 78 лет с наличием метастатического поражения НП в период с 1999 по 2014гг. в отделении онкоурологии МНИОИ им.П.А.Герцена проведено хирургическое лечение. Адrenalectomия выполнена 35% (33 пациентам), симультанные хирургические вмешательства, включающие адреналектомию выполнены в 65% (62 пациентам). Медиана времени операций составила 202 ± 79 минут, объем кровопотери- 1165 ± 1294 мл.

Результаты

В общей сложности 95 пациентов (31 женщина, 64 мужчины) подверглись адреналектомии (АЭ) для лечения метастатической болезни. Средний возраст пациентов составил 57,3 года. При этом симультанное хирургическое вмешательство, включавшее в себя АЭ, выполнено 62 пациентам, 33 больным АЭ выполнена при прогрессировании заболевания в среднем через 40 месяцев после хирургического

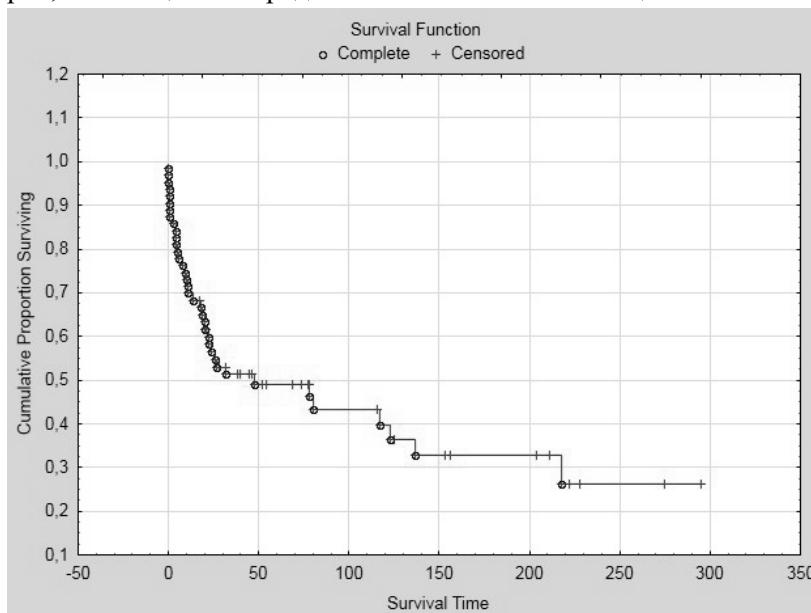


Рис. 1. Кривая общей выживаемости по методу Каплана-Майера

лечения. Наиболее частыми первичными очагами явились: почка (n=65), легкое (n=11), рак толстой кишки (n=4), меланома (n=3), молочная железа (n=2), мочевой пузырь (n=2), другие опухоли (n=8). Средний диаметр опухоли составил 4 см. Одностороннее метастатическое поражение надпочечников наблюдалось в 91,6%, двустороннее - 8,4%. Изолированное поражение надпочечника выявлено в 40%, в сочетании с метастазами в других органов - в 60% случаев. Общая 1, 5 и 10 летняя выживаемость после адреналэктомии составила 69, 49 и 36% соответственно, с медианой ОВ в 61 месяц (рис.1).

Выводы

При сравнении полученных показателей с данными о выживаемости пациентов с различными локализациями первичной опухоли и генерализованными формами заболевания, возможно предположить, что агрессивная хирургическая тактика лечения больных со вторичными поражениями надпочечников приводит к статистически значимому улучшению общей выживаемости у отдельно подобранных пациентов. Однако, для получения убедительных данных не-

обходимы дальнейшие исследования с включением большего числа пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Kassi E., Kaltsas G., Zografos G.N., Chrousos G. Current issues in the diagnosis and management of adrenocortical carcinomas. Expert Rev Endocrinol Metab. 2010;5:451-66.
- Kloos R.T., Gross M.D., Francis I.R. et al. Incidentally discovered adrenal masses. Endocr Rev. 1995;16:460-84.
- Romero Arenas M.A., Dawen Sui Elizabeth G., Grubbs Jeffrey E. Lee Nancy D. Perrier. Adrenal Metastectomy is Safe in Selected Patients. World J. Surg. 2014. T. 38. 6.1336-1342.
- Mittendorf EA, Lim SJ, Schacherer CW et al. (2008). Melanoma adrenal metastasis: natural history and surgical management. Am J Surg 195:363-369.
- Vazquez BJ, Richards ML, Lohse CM, Thompson GB, Farley DR, Grant CS, Huebner M, Moreno J. Adrenalectomy improves outcomes of selected patients with metastatic carcinoma. World J Surg. 2012 Jun;36(6):1400-5. doi: 10.1007/s00268-012-1506-3.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ: ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ТЕПЛОВОЙ ИШЕМИИ

Н.В. Воробьев

МНИОИ им.П.А.Герцена- филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, Москва

Резекция почки остается стандартом лечения ранних стадий локализованного рака почки. Недавние исследования подтверждают, что лапароскопические и роботические операции возможно выполнять без тепловой ишемии, или с селективной ишемией. В этом исследовании мы сравнивали результаты почечной функции пациентов, которым выполнена резекция почки с тепловой ишемией и различными методами zero-ишемии.

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: ISCHEMIA TECHNIQUES EVOLUTION

N.V. Vorobiev

Partial nephrectomy remains the standard for the treatment of early stages of localized kidney cancer. Recent studies confirm that laparoscopic and robotic operations can be performed without thermal ischemia, or with selective ischemia. In this research work, we compared the results of partial nephrectomy with or without zero-ischemia.

Актуальность

Нефрон-сберегающие методы лечения имеют сопоставимые онкологические результаты с радикальной нефрэктомией и лучшие функциональные результаты. При любом виде доступа: открытая, лапароскопическая, роботическая- применяется тепловая ишемия, что позволяет достичь точной визуализации краев опухоли и нормальной паренхимы. Целью такой модификации как Zero-ischemia было устранение ишемии почечной ткани, и включала в себя все методы - от селективной ишемии до без-тепловой ишемии. Существуют различные определения метода Zero-ischemia, поэтому установление терминологического консенсуса позволит улучшить хирургическую практику и критически относиться к результатам оперативного лечения при анализе.

Материал и методы

В исследование включено 17 пациентов, кото-

рым выполнена лапароскопическая резекция почки zero-ischemia в период с февраля 2016 года по январь 2017 года. 10 пациентам (58.82%) лапароскопическая резекция была выполнена без тепловой ишемии, 5 пациентам (29.41%) выполнена резекция с наложением сосудистого зажима на сегментарную почечную артерию, 2 пациентам (11.76 %) выполнена резекция почки с тепловой ишемией двух сегментарных артерий.

Результаты

Медиана кровопотери составила 120 мл, тогда как медиана увеличения креатинина в послеоперационном периоде составила 8.2%.

Выводы

Применение методики zero-ischemia может быть допустимой опцией с хорошими результатами интраоперационной кровопотери и послеоперационного показателя креатинина.

ПРИМЕНЕНИЕ ДУВЛ КАК МОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ (клинический случай)

Л.Г. Айвазян, А.Ю. Зограбян, Г.А. Оганнисян, Т.Г. Айвазян

РМЦ «Армения», клиника урологии

ԴԱՅ-Ի ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ՈՐԴԵՍ ՄՈՆՈԹԵՐԱՊԻԱ ԵՐԻԿԱՄԻ ՄԱՐԶԱՆԱՉԵՎ ՔԱՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ (կիխնիկական դեպր)

Լ.Գ. Այվազյան, Ա.Յու. Զօրքաբյան, Գ.Ա. Հովհաննիսյան, Տ.Գ. Այվազյան

Որոշ դեպքերում ընդունելի է ԴԱՅ-ի օգտագործումը որպես մոնոթերապիա կրիկամի մարզանած քարերի դեպքում առանց զուգակցված ՊՆԼ-ի (այսպես կոչված «սանդվիչ»-թերապիա): Դիմնականում ընդունելի է ԴԱՅ-ի օգտագործումը որպես բուժման առաջին զիջ հիվանդի երիքասարդ փարփիք, ավազանում և վերին խումբ բաժակներում քարի փեղակայման և այլ վիրահափական միջամբության փեսակներից հիվանդի հրաժարվելու դեպքում, ինչը հիմնականում հանդիպում է երիքասարդ փարփիք կանաց մով, որոնք խուսափում են ցանկացած փեսակի հերպիրահափական սպիֆ առկայությունից:

USING OF SWL AS MONOTHERAPY IN CASE OF KIDNEY CORAL-STONE (clinical case)

L.G. Ayvazyan, A.Yu. Zohrabyan, G.H. Hovhannisyan, T.G. Ayvazyan

In some cases it is permissible to use SWL as monotherapy in staghorn stones without PNL («sandwich»-therapy): Basically permissible to use SWL as first line treatment choice in cases of young age of patients, location of stone in pelvis or upper group of calics, or in case of renouncement of patient from other types of treatment, which occurs in young age woman, who don't want to have any type of postoperative scars.

Коралловидный тип камнеобразования является наиболее тяжелой формой мочекаменной болезни. Без лечения камни почек увеличиваются в размерах, постепенно заполняя полость почки, которая имеет сложное ветвистое строение. Ранее основным лечением таких камней была открытая операция, заключающаяся либо в удалении части камней, либо при невозможности - удалении почки. В последние годы в практику широко внедрены новые методики лечения коралловидных конкрементов почек. Совершенствование дистанционной ударно-волновой терапии (ДУВЛ), чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛ) и ретроградной интранефральной хирургии (РИРС) привело к значительному уменьшению показаний к открытой операции. Зачастую открытая операция теперь применяется как терапия 3-й линии, показаниями к которой являются камень сложной форы, неэффективность малоинвазивных методов, анатомические аномалии и сопутствующие заболевания.

Согласно клиническим рекомендациям Европейской Урологической Ассоциации (EAU) при наличии в почке конкремента >2 см как первый метод лечения упоминается ЧНЛ, а как вторая линия - РИРС и ДУВЛ. Однако, необходимость в множественных сеансах литотрипсии ограничила применение ДУВЛ как единственного метода для лечения коралловидных камней почек. Известно, что чем больше размер конкремента, тем выше количество сеансов ДЛТ. В соответствии с рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов (EAU) количество сеансов на камень не должно превышать 3-5 сессий [9]. Зависимость результатов лечения от размеров конкремента продемонстрирована в работе Penn HA

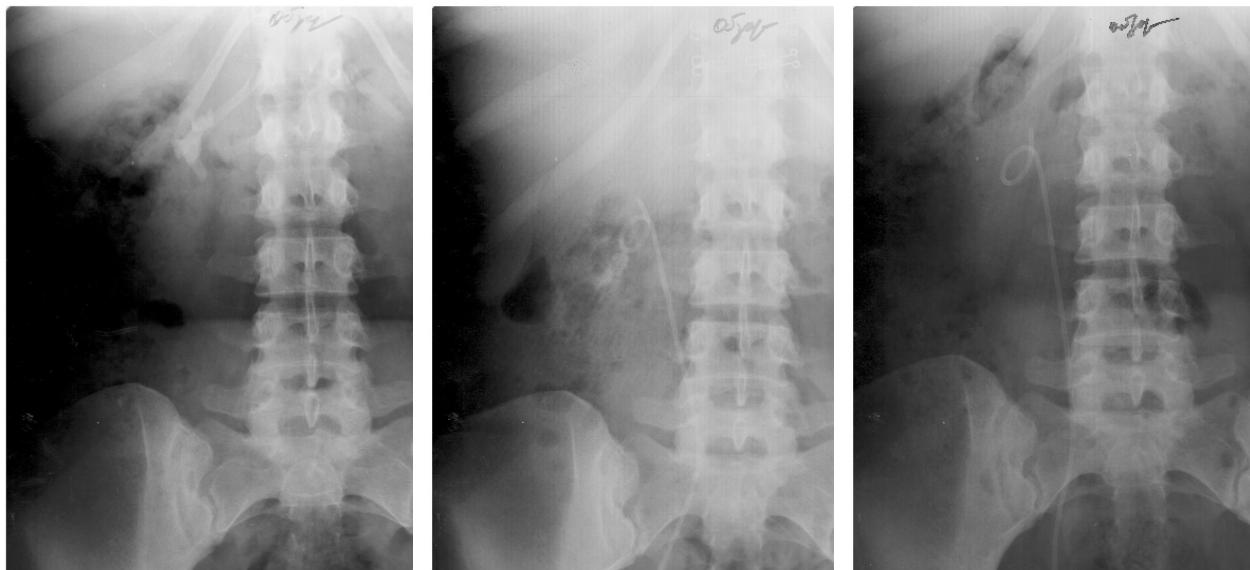
et al., по данным которых эффективность ДЛТ для конкрементов почек размером менее 10 мм составляет 92%, 10-20 мм - 59-89%, более 20 мм - 39-70%. Поэтому при крупных и коралловидных камнях ДЛТ служит, в основном, в качестве дополнительной лечебной опции для разрушения оставшихся фрагментов камней после применения других, прежде всего, эндоскопических методов лечения. Вследствие этих обстоятельств опыт использования ДЛТ как монотерапии при данных формах мочекаменной болезни (МКБ) в мировой практике невелик. Ряд авторов определили, что ДЛТ следует считать методом выбора при камнях лоханки, верхней или средней группы чашечек размерами до 20 мм. При более крупных размерах камней они рекомендуют ПНЛ либо в монорежиме, либо в комбинации с ДЛТ.

Больная К.Д. 27 лет обратилась в клинику урологии РМЦ «Армения» с жалобами на боли и чувство тяжести в правой поясничной области. Вышеупомянутые жалобы больная отмечала в последние 4 года. При физикальном обследовании никаких отклонений не выявлено, почки не пальпируются, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный, конституция - нормостеническая. Отклонений со стороны лабораторных анализов также не наблюдалось.

УЗИ- левая почка без особенностей, в правой почке определяется коралловидный конкремент 5.5 см, отток мочи частично нарушен.

Обзорная рентгенограмма мочевой системы- в проекции правой почки коралловидный конкремент 6.0x3.0 см.

При проведении КТ брюшной полости с в/в контрастированием- левая почка б/о, правая почка



12.0x5.4см, паренхима 2.0см, в полости почки определяется коралловидный конкремент 5.0x2.5x1.5см со средними денситометрическими показателями 900-1200НУ, который заполняет лоханку и верхние чашечки, полость почки умеренно расширена, экспрессия своевременна.

Больной было предложено проведение ПНЛ, как первой линии лечения, однако после скрупулезного объяснения преимуществ данного метода больная категорически отказалась от проведения этой процедуры. Было принято решение проведение ДУВЛ как монотерапии. Больной проведено стентирование правого мочеточника и в течение 20 дней 3 сеанса ДУВЛ (4000ударов за сеанс, Emax-4.0). Наблюдалась полная фрагментация и отхождение всех конкрементов. Повторная обзорная рентгенограмма- подозрительных на конкремент теней в проекции мочевых путей не обнаружено, УЗИ- отток мочи не нарушен, вышеуказанный камень не определяется. Мочеточниковый стент был снят на 30-й день лечения.

Таким образом, в некоторых случаях допустимо применение ДУВЛ как монотерапии при лечении коралловидных камней, без использования сочетанной процедуры ПНЛ (так называемой “сендвич”-терапии). В основном, по нашим соображениям, допустимо применение ДУВЛ как первой линии лечения при молодом возрасте больного, расположении камня в лоханке и верхних чашечках, а также при отказе больного от других методов лечения, что

встречается у молодых представителей женского пола в связи с нежеланием наличия каких либо постоперационных рубцов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alivizatos G, Skolarikos A. Is there still a role for open surgery in the management of renal stones? Curr. Opin. Urol. 2006. Vol. 16, 2. P. 106-111.
2. European Association of Urology Guidelines, 2017.
3. Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни. Дис. д-ра мед. наук. М., 1994. 408 с.
4. Яненко Э.К., Хурцев К.В., Макарова Т.И. Классификация коралловидного нефролитиаза и алгоритм лечебной тактики. Материалы IV Всесоюзного съезда урологов. М., 1990. с. 600-601.
5. Obek C, Onal B, Kantay K, Kalkan M, Yalçın V, Oner A, Solok V, Tansu N. The efficacy of extracorporeal shock wave lithotripsy for isolated lower pole calculi compared with isolated middle and upper caliceal calculi. J Urol. 2001. Vol. 166, 6. P. 2081-2084.
6. Penn HA., DeMarco RT, Sherman AK, Gatti JM, Murphy JP. Extracorporeal shock wave lithotripsy for renal calculi. J Urol. 2009. Vol. 182, 4, Suppl. P. 1824-1827.
7. American Urological Association Guideline on the Management of Staghorn Calculi. 2005.
8. Rajaian S, Kumar S, Gopalakrishnan G, Chacko NK, Devasia A, Kekre NS. Indian J Urol. 2010. Vol. 26, 3. P. 359-363.

ՄԵԶԱՊԱՐԿԻ ԱՐՄԱՏԱՎԱՐՆ ՏԵՌԱՅՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՏԻՎԱԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ

ՈՐՎԿԻ ՎՐԱ ԱԶԴԱԾՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ

Ար.Ա. Ծափուրյան, Ա.Է. Ավոյան, Ա.Ա. Մուրադյան, Աշ.Ա. Ծափուրյան

Մ. Ներազու անվան ԵՊԲԸ, ուրոլոգիայի ամբիոն

«Աստղիկ» Բժշկական Կենտրոն, ուրոլոգիայի բաժանմունք

«Արքմեն» Բժշկական Կենտրոն, ուրոլոգիայի բաժանմունք

FACTORS IMPACTING HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY

Ar.A. Tsaturyan, A.E. Avoyan, A.A. Muradyan, Ash.A. Tsaturyan

Assessment of health related quality of life following radical cystectomy remains a difficult issue. The majority of studies focusing on health related quality of life outcomes by the type of urinary diversion demonstrated conflicting results. Patient choice of the urinary diversion preoperatively remains the most important determinant of good postoperative quality of life. Other factors impacting the quality of life have not been well studied.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЕКТОМИИ

Ar.A. Цатурян, А.Э. Авоян, А.А. Мурадян, Аш.А. Цатурян

Оценка качества жизни после радикальной цистектомии остается сложной проблемой. Большинство исследований, посвященных качеству жизни по типу деривации мочи, показали противоречивые результаты. Выбор пациента мочевой деривации предоперационно остается наиболее важным определителем хорошего послеоперационного качества жизни. Другие факторы, влияющие на качество жизни, недостаточно изучены.

Միզապարկի քաղցկեղը միզային համակարգի ամենահաճախ հանդիպող քաղցկեղն է և գրադացնում է 9-րդ տեղը համաձայն նոր հանդիպած դեպքերի քանակի (Janković, Radosavljević, 2007; Parkin, 2008): Միզապարկի քաղցկեղով նոր դեպքերի հանդիպման հաճախականությունը գրաբեր է երկրների և զեկուցող աղբյուրների միջև, հիմնականում գրաբեր դասակարգումների պահճառով (Crow, Ritchie, 2003; Parkin, 2008): Համաձայն 2011թ.-ի ազգային վիճակագրության ՀՀ-ում միզապարկի քաղցկեղի նոր դեպքերի հանդիպման հաճախությունը կազմել է 23.9/100.000 բնակչի հաշվարկով գրամարդկանց մոտ և 1.8/100.000 կանանց մոտ (National Information Analytic Centre, 2012):

Միզապարկի քաղցկեղից մահացությունը կախված է ախտորոշման ժամանակ քաղցկեղի գրաբաժանությունից (փեղային, ուզդիոնալ կամ հեռակա) մինչև 81% 5 տարվա հիվանդություն-յորահարուկ ապրելիությամբ (Abdolah et al.): Վիզորուշման պահին միզապարկի քաղցկեղի 30% դեպքերը մկանի մեջ ներթափանցող են և պահանջում են վիրահարություն, որպես առանձին բուժում կամ զուգակցելով բիմիոթերապիայի և/կամ ճառագայթային թերապիայի հետ միասին (Witjes et al.): Վիրահարությունը ներառում է ռադիկալ ցիստէկտոմիա (Ռ-Ց) ուզդիոնալ լիմֆարկլ հանգույցների դիսեկցիայով և մեզի դերիվացիայի սկզբանամբ, և պարունակում է վաղ և ոչ հերպիկահարական բարդությունների առաջացման բարձր ռիսկով պայմանավորված վիրահարության մեջ միզուղիների, աղիքների և լիմֆարկլ հանգույցների միաժամանակյա ընդգրկմամբ (Witjes et al.): Արկա գրականության մեջ, ներկիվանդանոցային բարդություններ դիմում են 26%-67% հիվանդների մոտ, 0.6%-2.6% ներկիվանդանոցային մահացությամբ (Hollenbeck et al., 2005; Konety, Allareddy, Herr, 2006; Novotny, Zastrow, Koch, Wirth, 2011; Shabsigh et al., 2009): ՀՀ-ում հերպիկահարական մահացության և բարդությունների հաճախությունը նոյնանման է 4.8% և 28.9%, համապատասխանաբար (Tsaturyan, Petrosyan, Crape, Sahakyan, Abrahamyan, 2016): Այս հերպիկահարական բարդությունները ավելացնում են հիվան-

դանոցային օրերի քանակը, բուժման ծախսերը և մահացության հավանականությունը (Konety et al., 2006; Novotny et al., 2011): Վաղ հերպիկահարական երկները գրաբեր են մեզի դերիվացիայի գրաբեր եղանակների դեպքում: Ընդ որում, կոնդինենտ և կոնդուիդ եղանակները կապված են դերիվացիայով պայմանավորված բարդությունների բարձր ռիսկի հետ (Rycha et al., 2008): Բացի դիմումի վաղ և ոչ հերպիկահարական բարդությունների, միզապարկի արմագական հետացումը կապված է նաև վիրահարության ենթարկված հիվանդների կյանքի որակի իշեցմամբ:

Միզապարկի արմագական հետացումից հետո կյանքի որակի գնահարումը մնում է բարդ խնդիր: Կյանքի որակը գնահարող բազմաթիվ հետազույթուններ ցոյց են դրվել, որ հիվանդների մեծ մասը հերպիկահարական շրջանում ունենում են հանրային, ենողիոնալ կամ ֆունկցիոնալ խնդիրներ: Ներազույթունների մեծ մասը ուսումնամիերել է կյանքի որակի փոփոխությունները կապված բնարկված մեզի դերիվացիայի եղանակի հետ: Սպացված արդյունքները շար հակասական են: Կյանքի որակի համեմագնան դեպքում Մինզիր և համահեղինակները պարզել են, որ օրթոռոպակի միզապարկի եղանակով վիրահարության հիվանդները ավելի լավ արդյունքներ են ունենում հերպիկահարական 6,12 և 18 ամիսների ժամանակահարփածում (Singh, Yadav, Sinha, Gupta, 2014): Նմանապես Ազգարին և համահեղինակները ցոյց են դրվել, որ հոգեբանական, սոցիալական վիճակը և սերսուալ կյանքը ավելի բավարար են կոնդինենտ մեզի դերիվացիայով հիվանդների մոտ՝ համեմագրած կոնդուիդ մեզի դերիվացիա սպացած հիվանդների հետ ($P = 0.002$, $P = 0.01$, and $P = 0.002$, համապատասխանաբար) (Asgari et al., 2013): Վերջերս, Յանզը և համահեղինակները դրագրել են իրենց համակարգային ամփոփման արդյունքները: Նրանք պարզել են, որ կյանքի որակը համեմագրելի է մեզի դերիվացիաների կոնդինենտ և ոչ կոնդինենտ եղանակների դեպքում, թեև ֆիզիկական առողջությունը առավել է ինչպես կոնդուիդի դեպքում: Միզային և սերսուալ ֆունկցիաները երկու եղանակների դեպքում են սուրապիմալ վի-

բահապության չենթարկված հիվանդների հետ համեմատելիս: Ամենավերջում, հիվանդի կողմից մեզի դերիվացիայի նախավիրահարական ընդունությունը հանդիսանում է ամենակարևոր որոշիչ գործոնը հետքիրահարական շրջանում բավարար կյանքի որակ ունենալու համար (Yang et al., 2016):

Որոշ հեղինակներ հետազոտել են կյանքի որակի վրա ազդող այլ գործոնները, ինչպիսիք են հետքիրահարական շրջանում առաջացող բարդությունները: Քրեժմերը և համահեղինակները ուսումնասիրել են իետակ կոնդուիտից և օրթոռոպիկ միզապարկից հետք հանդիպող բարդությունների ազդեցությունը ցիսքրեկոմիայի ներարկված հիվանդների կյանքի որակի վրա: Դամաձայն նրանց, բարդությունները ազդեցություն են թողել կյանքի որակի որոշ ենթամիավորների վրա, սակայն ընդհանուր առմամբ փոփոխություններ չեն նկապվել (Kretschmer et al., 2016): Մեկ այլ հետազոտություն նույնակա չի կարողացել ցոյց տրամադրել բարերություն և եզրակացրել է, որ հետքիրահարական կյանքի որակը կախված է նախավիրահարական կյանքի որակից և սերից (Ritch et al., 2014): Յավոր սրբի ցոյցություն ունեցող հետազոտությունների մեծ մասը ներառում է միայն դրամարդկանց: Կանանց շրջանում հետազոտությունները փորբանակ են՝ առանց որևէ հսկակ եզրակացությունների (Smith et al., 2016):

Վերջին տարիներին զարգացող գրեխնոլոգիաների հետ կապված զրականության մեջ ի հայր են եկել հետազոտություններ, որոնք համեմատում են ոռորութիւն ցիսքրեկոմիայից հետք կյանքի ցոյցանիշները բաց նղանակի հետ: Մասնավորապես Արալան և համահեղինակները կապարել են զրականության ամփոփում և չեն հայրնաբերել ոչ մի տարբերություն քննարկված մեթոդների միջև (Attalla et al., 2017):

Եզրակացություն

Արմարական ցիսքրեկոմիայից հետք կյանքի որակի զնահարումը իրենից բարդ խնդիր է ներկայացնում: Ներազոտությունների մեծ մասը, որոնք ուսումնասիրել են մեզի դերիվացիայի եղանակի ազդեցությունը կյանքի որակի վրա ներկայացնում են հակասական արդյունքներ: Հիվանդի կողմից մեզի դերիվացիայի նախավիրահարական ընդունությունը հանդիսանում է ամենակարևոր որոշիչ գործոնը հետքիրահարական շրջանում բավարար կյանքի որակ ունենալու համար: Կյանքի որակի վրա այլ գործոնների ազդեցությունը բավարար կերպով հետազոտված չէ:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Asgari M.A., Safarinejad M.R. et al. 2013. Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in men with an ileal conduit or continent urinary diversion. Urol Ann, 5(3): 190-196.
2. Attalla K., Kent M. et al. R. 2017. Robotic-assisted radical cystectomy versus open radical cystectomy for management of bladder cancer. Future Oncol, 13(13):1195-1204.

3. Crow P., Ritchie, A.W. 2003. National and international variation in the registration of bladder cancer. BJU Int, 92(6): 563-566.
4. Hollenbeck B.K., Miller D.C. et al. 2005. Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy. J Urol, 174(4 Pt 1): 1231-1237.
5. Janković S., Radosavljević, V. 2007. Risk factors for bladder cancer. Tumori 93(1): 4-12.
6. Kitamura H., Miyao N. et al. 1999. Quality of life in patients having an ileal conduit, continent reservoir or orthotopic neobladder after cystectomy for bladder carcinoma. Int J Urol, 6(8): 393-399.
7. Konety B.R., Allareddy V., Herr H. 2006. Complications after radical cystectomy: analysis of population-based data. Urology, 68(1): 58-64.
8. Kretschmer A., Grimm T., Buchner A., Stief C.G., Karl A. 2016. Prognostic features for quality of life after radical cystectomy and orthotopic neobladder. Int BrazJ Urol, 42(6): 1109-1120.
9. Mucciardi G., Macchione L. et al. 2015. Quality of life and overall survival in high risk patients after radical cystectomy with a simple urinary derivation. Cir Esp, 93(6): 368-374.
10. National Information Analytic Centre. 2012. Health Statistics. Yerevan, Armenia: Armenian National Institute of Health
11. Novotny V., Zastrow S., Koch R., Wirth M.P. 2011. Radical cystectomy in patients over 70 years of age: impact of comorbidity on perioperative morbidity and mortality. World J Urol.
12. Parkin D.M. 2008. The global burden of urinary bladder cancer. Scand J Urol Nephrol Suppl(218):12-20.
13. Pycha A., Comploj E. et al. 2008. Comparison of complications in three incontinent urinary diversions. Eur Urol, 54(4): 825-832.
14. Ritch R.C., Cookson S.M. et al. 2014. Impact of complications and hospital -free days following radical cystectomy on health-related quality of life at one year. The Journal of Urology.
15. Shabsigh A., Korets R. et al. 2009. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. European Urology, 55: 164-176.
16. Singh V., Yadav R., Sinha R.J., Gupta D. K. 2014. Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: a statistical model. BJU Int, 113(5): 726-732.
17. Smith A.B., Crowell K. et al. 2016. Functional outcomes following radical cystectomy in women with bladder cancer: A systematic review. European Urology Focus.
18. Tsaturyan A., Petrosyan V., Crape B., Sahakyan Y., Abrahamyan L. 2016. Risk factors of postoperative complications after radical cystectomy with continent or conduit urinary diversion in Armenia. Springerplus, 5: 134.
19. Yang L.S., Shan B.L. et al. 2016. A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer. Surgical Oncology, 25, 281-297.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОДОСТРУЙНОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

А.А. Костин, Н.В. Воробьев, Г.С. Геворгян

МНИОИ им.П.А.Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, г.Москва

Российский Университет Дружбы Народов (РУДН), г.Москва, РФ

Радикальная простатэктомия является одной из сложных операций в урологии, так как задача хирурга состоит не только в удалении опухоли предстательной железы, но и в обеспечении высокого качества жизни пациента, нормальной функции мочеиспускания и сохранении половой функции в послеоперационном периоде. Для решения данной проблемы важно сохранить окружающие предстательную железу сосудисто-нервные пучки (СНП), для чего используется нервосберегающая радикальная простатэктомия (НСРП). Техника водоструйной диссекции при НСРП позволяет хирургу обеспечить более точную, избирательную и быструю диссекцию, лучший контроль пересечения сосудов, исходящих из СНП и питающих предстательную железу, меньшую кровопотерю, и потенцию, тем самым обеспечивая высокое качество жизни пациента, лучшее качество мочеиспускания и высокие шансы на восстановление эректильной функции (ЭФ).

CAPABILITIES OF THE WATER-JET DISSECTION IN NERVE-SPARING PROSTATECTOMY

A.A. Kostin, N.V. Vorobiev, G.S. Gevorgyan

Nerve-sparing radical prostatectomy is one of the high-tech surgeries in urology. Surgeons are aimed not only at removing a prostate tumor, but also preserving the high quality of life for the patients. After radical prostatectomy, the protection of erectile function is a common problem, which is mainly associated with the quality of neurovascular bundle preservation. Hydrodissection for prostate nutrient vessels makes it possible to perform the surgery in a better controllable, more precise and selective way. This technique minimizes blood loss and the risk of neurovascular bundle injury. It leads to the normal urine continence and erectile function rehabilitation.

Цель исследования

Оптимизировать функциональные и онкологические результаты хирургического лечения больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ) путем внедрения в клиническую практику методики сохранения СНП с применением водоструйной диссекции.

Материал и методы

В отделении онкоурологии МНИОИ им.П.А.Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России с 07.2016г. по 05.2017г. выполнено 25 операций в объеме нервосберегающая простатэктомия с использованием водоструйного диссектора (рис. 1,2), из них у 20 пациентов СНП сохранен с двух сторон, в 5 случае с одной стороны. У всех пациентов на преоперационном периоде верифицирован локализованный рак предстательной железы I, II стадии (cT1c-T2b), низкого риска прогрессирования. Во всех случаях сумма баллов по Глисону до операции со-

ставила 6 (3+3). Среднее значение ПСА до лечения- 7,6нг/мл. Возраст пациентов варьировал от 52 до 62 лет. Средний период наблюдения составил 3 мес. ЭФ оценивали с помощью Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-15), средний балл до операции составил 27,5. При плановом морфологическом исследовании категория Т распределилась следующим образом: в 10 случаях pT2c, в 7- pT2b, в 3- pT3a, в 5- pT2a. Сумма баллов по Глисону в 18 случаях составила 6 (3+3) и в 7 случаях 7 (3+4) баллов. Во всех случаях хирургические вмешательства выполнены радикально (R0). Интраоперационная кровопотеря во всех случаях была минимальна (в среднем 300мл).

Результаты

У всех пациентов проанализирована ЭФ, континенция мочи через 3 месяца после операции. ЭФ восстановилась у 15 (60%) пациентов. Средний балл МИЭФ-15 составил 23. Полное удержание мочи на-

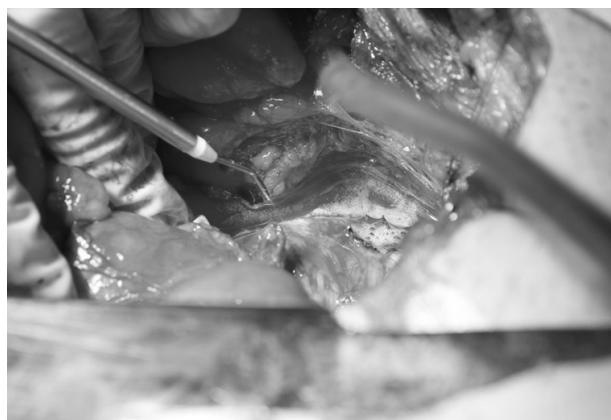


Рис. 1. Водоструйная диссекция СНП





Rис. 2. Удаленный препарат

блодалось у 21 (85%) пациентов, не удержания мочи не отмечалось.

Выводы

Таким образом, данная хирургическая методика обеспечивает высокое качество жизни пациента, сохраняя ЭФ и удержание мочи в послеоперационном периоде у больных РПЖ. Дальнейшее совершенствование и применение водоструйного диссектора, более длительное наблюдение и оценка полученных результатов может привести к совершенствованию данного метода и оптимизации возможностей сохранения ЭФ у пациентов после НСРП.

СОДЕРЖАНИЕ

XIX международный конгресс Армянской урологической ассоциации памяти проф. И.Г.Агаджаняна.	5
ПРОГРАММА	
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՐԱՄԵՑՈՒՅՆՈՒՄ 2007-2016թ. ՄԻՋԱՍԻՆԱԿԱՐ ՕՐԳԱՆՈՒԹԵՐԻ ՈՒՊՈՒՅՉՈՒՅՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒՅՉՈՒՅՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒՅՉՈՒՅՆ, ՍԱՀԱՅՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԲԱՐՁՔԻԹՈՂՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ Վ.Հ. Շահնուրյան, Վ.Վ. Բագդեյ, Վ.Մ. Առաքելյան, Կ.Ա. Շարուկյան Վ.Բ. Կազարյան	9
НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	
Վ.Ա. Շահսւարյան, Վ.Վ. Բագդեյ, Վ.Մ. Առաքելյան, Կ.Ա. Շարուկյան Վ.Բ. Կազարյան	14
ԱԼՖԻ ԱՐԵՆԱՐԱԾԱՍՈՐԵՐԻ ԲՈՒԺԱՆԱ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱԽՎԱԾ ԸԱԳԱՆԱԿԱԳԵԶԻՆ ՆԵՐՄԻՋԱՊԱՐԿԱՅԻՆ ՆԵՐԱԾԻ (ՊՐՈՏՐՈՒԶԻԱՅԻ) ԱՍԻԲԱՆԵՑ ԸԱԳԱՆԱԿԱԳԵԶԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՀԻՊԵՐՊԼԱԶԻՅՅԻ ԴԵՊՐՈՒՄ	18
Ա.Է. Ավոյան, Ա.Հ. Աղաբյան, Վ.Վ. Բարձրյան, Ա.Ա. Օշտոպյան	
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА LITHO OT QUANTASYSTEM В РЕЖИМЕ «РАСПЫЛЕНИЯ» КАМНЯ (DUSTING MODE)	
Ա.Մ. Գրաբский, Ռ.Բ. Դանիелян, Գ.Ա. Դրօյճ, Ա.Վ. Ենօքյան, Գ.Վ. Ավանեսյան, Ի.Մ. Շինդյան, Ա.Վ. Վարդանյան, Ռ.Վ. Ագայան, Ա.Մ. Յուրնачյան, Ա.Ա. Կոչարյան, Գ.Բ. Շահյան, Հ.Ա. Մարտirosյան, Ե.Ա. Խաչատրյան, Գ.Մ. Մինասյան	20
ՍԹՐԵՍԱՎԱՅՐԻ ԱՆՄԻՋԱՊԱՀՈՒՅՅԻ ԲՈՒԺԱՆԱ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ՝ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՎ UROSLING ՄԻԿՈՒՐԵԹՐԱԸ ՄԻՋԻՆ ՄԻՋՈՒԿԱՅԻ ԺԱՊԱՎԵՆ	
Ա.Ա. Գրիգորյան, Ռ.Բ. Դանիելյան, Հ.Ա. Կոչարյան, Վ.Վ. Բարձրյան, Ա.Ա. Օշտոպյան, Ա.Ա. Մարտirosյան, Ե.Ա. Խաչատրյան, Գ.Մ. Մինասյան	25
ԸՄԹՐԵՍԱՎԱՅՐԻ ԱՆՄԻՋԱՊԱՀՈՒՅՅԻ ԲՈՒԺԱՆԱ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ՝ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՎ UROSLING ՄԻԿՈՒՐԵԹՐԱԸ ՄԻՋԻՆ ՄԻՋՈՒԿԱՅԻ ԺԱՊԱՎԵՆ	
Ա.Ա. Գրիգորյան, Ռ.Բ. Դանիելյան, Հ.Ա. Կոչարյան, Վ.Վ. Բարձրյան, Ա.Ա. Օշտոպյան, Ա.Ա. Մարտirosյան, Ե.Ա. Խաչատրյան, Գ.Մ. Մինասյան	28
ԸԿԱԳԱՆԱԿԱԳԵԶԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՀԻՊԵՐՊԼԱԶԻՅՅԻ ԴԵՊՐՈՒՄ ՍՊՈՆՏՈՎՈՒՄ ԵՎ ԲԻՊՈԼԱՐ ՆԵՐՄԻՋԱՊԱՅԻՆ ՍԱՍՆԱԿԱՍԱՄ, ՏՈՒԼԻՈՒՄԱԿԱՆ ԼԱԶԵՐՈՎ ՎԱՊՈՐԵԶԵԿՑԻՅԻ և ՏՈՒԼԻՈՒՄԱԿԱՆ ԼԱԶԵՐՈՎ ՎԱՊՈՐԵԶԵԿՑԻՅԻ ԵՎ ԲԻՊՈԼԱՐ ՆԵՐՄԻՋԱՊԱՅԻՆ ՍԱՍՆԱԿԱՍԱՄ ԶՈՒԿԱՑՄԱՆ ՆԵՐՎԿԱՐԱԿԱՍԱԿԱՆ ԵՎ ՎԱԴ ՀԵՏՎԿԱՐԱԿԱՍԱԿԱՆ ԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԵՆԱՍԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒՅՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԳԱՎԱՍՈՒՄԸ Ն.Բ. Մելքոնյան, Ա.Ա. Օշտոպյան, Վ.Վ. Բարձրյան, Ա.Ա. Օշտոպյան, Վ.Վ. Բարձրյան	
ԸԿԱԳԱՆԱԿԱԳԵԶԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՀԻՊԵՐՊԼԱԶԻՅՅԻ ՎԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՒԾՎԿԱՐԱԿԱՍԱԿԱՆ ԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԻԲԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒՅՈՒԹՅՈՒՆ	31
ՆԱՐՈՒՇԱԿԱՆ ՄՈՉԵԻՍՊՈՒՄ Ի ՎՐԱ ԲՈՒԺԱՆԱ ՄԵՐ ՎԵԹՈԴՆԵՐԻ ՈՒԾՎԿԱՐԱԿԱՍԱԿԱՆ ԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ՊՐՈՍՏԱՏԻՄ	
Ա.Յ. Զօրգանյան, Ա.Լ. Մարտirosյան, Լ.Գ. Այվազյան, Ա.Կ. Պախլայն	34
РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НАРУШЕНИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДГЛЖ	
Ա.Յ. Զօրգանյան, Լ.Գ. Այվազյան	36
УРОДИНАМИКА ПРИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У МУЖЧИН	
Ա.Յ. Զօրգանյան, Լ.Գ. Այվազյան, Տ.Գ. Այվազյան	39
ՄԻԿՐՈՎՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԵԽԹԱԱԲՈՒԿԱՅԻՆ ՎԱՐԿՈՅԵԿՏՈՒՅԱՅԻ ՎՐԱԿԱՍԱԿԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ՆԵՐԴՐՈՒՄ «ՓԶԱՐԱՅԱՐ» ԲԿ ՈՒՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲԱԺՄԱՄՈՒԿԵՐՈՒՄ	
Ա.Ս. Գրիգորյան, Հ.Ա. Օշտոպյան, Վ.Վ. Բարձրյան, Գ.Վ. Մարտirosյան, Գ.Գ. Շահնուրյան	41
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ	
Ա.Ա. Կոտին, Հ.Վ. Վորобьев, Ա.Օ. Տոլкачев, Ա.Գ. Մурадян	45
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ: ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ТЕПЛОВОЙ ИШЕМИИ	
Հ.Վ. Վորобьев	46
ПРИМЕНЕНИЕ ДУВЛ КАК МОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ (клинический случай)	
Լ.Գ. Այվազյան, Ա.Յ. Զօրգանյան, Գ.Ա. Օգանисян, Տ.Գ. Այվազյան	47
ՄԻՋԱՊԱՐԿԻ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ Ար.Ա. Օշտոպյան, Ա.Է. Ավոյան, Ա.Ա. Օշտոպյան, Ա.Ա. Օշտոպյան	
ՎՈԶՄՈՒՅՈՒՆ ՎՈՐՈՇՈՒՄ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ	48
ՎՈԶՄՈՒՅՈՒՆ ՎՈՐՈՇՈՒՄ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ	
ՎՈԶՄՈՒՅՈՒՆ ՎՈՐՈՇՈՒՄ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ	49
ՎՈԶՄՈՒՅՈՒՆ ՎՈՐՈՇՈՒՄ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ	
ՎՈԶՄՈՒՅՈՒՆ ՎՈՐՈՇՈՒՄ ԱՐԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՅՈՒՅՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԿՅԱՎԵՐ ՈՐԱԿԻ ՎՐԱ ԱՉՆՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՐԸ	51

Требования к авторским рукописям для публикаций в журнале «Вопросы теоретической и клинической медицины»

Статья должна быть предоставлена в двух видах: печатном и электронном – на русском, армянском или английском языках, сопровождаться письменным направлением учреждения, где она выполнена и иметь визу научного руководителя (при его наличии).

Статьи должны содержать информацию в следующей последовательности:

Название статьи – на 3-х языках: арм., рус., англ. – друг под другом.

Фамилии и инициалы авторов - на 3-х языках: арм., рус., англ. – друг под другом.

Учреждение, где выполнена работа – на языке статьи.

Абстракты – на 2-х языках, отличных от языка статьи.

Введение.

Материалы и методы.

Результаты и обсуждение.

Резюме.

Литература/библиография – в алфавитном порядке, сначала отечественные, затем зарубежные, с полной информацией о цитируемом источнике. Ссылки на источник в тексте приводятся в квадратных скобках в виде цифровых обозначений.

Введение

Сформулируйте цель статьи и обоснуйте необходимость проведения исследования или наблюдения. Упоминайте только работы, непосредственно относящиеся к теме, и не включайте данные или выводы, которые будут изложены в этой статье.

Подготовка рукописи

Статьи о результатах исследования обычно (но не обязательно) делятся на следующие разделы: «Введение», «Методы», «Результаты» и «Обсуждение». В больших статьях внутри некоторых разделов, чтобы их содержание стало более ясным, могут потребоваться подзаголовки (особенно в разделах «Результаты» и «Обсуждение»). Статьи другого типа (такие как описания случаев, обзоры и редакционные статьи), могут оформляться иначе.

Методы

Ясно и подробно опишите, каким образом отбирались больные или лабораторные животные для наблюдений и экспериментов; укажите их возраст, пол и другие важные характеристики. Руководящим принципом должна быть ясность, как и почему исследование было выполнено особым образом. К примеру, авторам следует объяснять, почему в исследование были включены лица определенного возраста или почему из исследования были исключены женщины.

Опишите методы, аппаратуру (в скобках укажите название и адрес производителя) и все процедуры в деталях, достаточных для того, чтобы другие исследователи могли воспроизвести результаты исследования. Приведите ссылки на общепринятые методы, включая статистические (см. ниже); дайте ссылки и краткое описание уже опубликованных, но еще недостаточно известных методов; опишите новые и существенно модифицированные методы, обоснуйте их использование и оцените их ограничения. Точно укажите все использованные лекарственные препараты и химические вещества, включая их международное название, дозы и пути введения.

Сообщения о проведении рандомизированных клинических испытаний должны содержать информацию обо всех основных элементах исследования, включая протокол (изучаемая популяция, способы лечения или воздействия, исходы и обоснование статистического анализа), назначение лечения (методы рандомизации, способы скрытия формирования групп лечения) и методы маскировки (обеспечения «слепого» контроля).

Статистика

Описывайте статистические методы настолько детально, чтобы грамотный читатель, имеющий доступ к исходным данным, мог проверить полученные Вами результаты. По возможности, подвергайте полученные данные количественной оценке и представляйте их с соответствующими показателями ошибок измерения и неопределенности (такими как доверительные интервалы).

Подписи, адреса и контактные телефоны авторов.

Форматы текста и графики:

Для армянских текстов не допускаются шрифты **UNICODE**.

Microsoft Word для текста и для диаграмм – любых версий, таблицы с номерами, названиями и ссылками в тексте.

Шрифты (буквы):

арм.	–	Times Armenian
анг.	–	Times New Roman
рус.	–	Times New Roman
величина шрифта	–	12;
интервал строк	–	1.5;

рисунки и графики – **JPEG, TIF, BMP**

В тексте указываются номера рисунков и схем, желательное их местоположение.

Не допускается направление в редакцию статьй, опубликованных ранее или направленных для печати в другие журналы.

Не следует полагаться исключительно на статистическую проверку гипотез, например, на использование значений p , которые не отражают всей полноты информации. Обоснуйте выбор экспериментальных объектов. Приведите детали процесса рандомизации. Опишите, какие методы были применены для обеспечения «слепого» контроля и насколько успешно. Укажите на осложнения, возникшие в процессе лечения. Приведите количество наблюдений. Сообщите число случаев, когда наблюдение осуществлялось не до конца исследования (например, количество больных, выживших из клинического испытания). Укажите, какие компьютерные программы, доступные для широкого пользователя, применялись в Вашей работе.

Поместите общее описание методов в раздел «Методы». При суммировании данных в разделе «Результаты» укажите, какие статистические методы были использованы для их анализа. Ограничтесь теми таблицами и рисунками, которые необходимы для подтверждения основных аргументов статьи и для оценки степени их обоснованности. Используйте графики в качестве альтернативы таблицам с большим числом данных; не дублируйте материал в графиках и в таблицах. Избегайте употребления статистических терминов, таких как «рандомизированный» (что означает случайный способ отбора), «нормальный», «значимый», «корреляции» и «выборка», для обозначения нестатистических понятий. Дайте определение статистическим терминам, сокращениям и большинству символов.

Результаты

Представляйте свои результаты в тексте, таблицах и на рисунках в логической последовательности. Не повторяйте в тексте все данные из таблиц или рисунков; подчеркивайте или обобщайте только важные наблюдения.

Обсуждение

Подчеркивайте новые и важные аспекты исследования, а также выводы, которые из них следуют. Не повторяйте в деталях данные или другой материал, уже приведенный в разделах «Введение» или «Результаты». Обсудите в этом разделе возможность применения полученных результатов, в том числе и в дальнейших исследованиях, а также их ограничения. Сравните Ваши наблюдения с другими исследованиями в данной области.

Свяжите сделанные заключения с целями исследования, но избегайте «неквалифицированных», необоснованных заявлений и выводов, не подтвержденных полностью фактами. В частности, авторам не следует делать никаких заявлений, касающихся экономической выгоды и стоимости, если в рукописи не представлены соответствующие экономические данные и анализы. Избегайте претендовать на приоритет и ссылаться на работу, которая еще не закончена. Формулируйте новые гипотезы, когда это оправдано, но четко обозначьте, что это только гипотезы. В этом разделе могут быть также включены обоснованные рекомендации.