

Оценка качества жизни по шкале SF-36

Шкала SF-36	Группа		
	I (n=13)	II (n=9)	III (n=12)
PF	58,1±20,49	56,02±20,2	57,5±26,25
RP	45±37,08	33,6±27,8	34,38±28,23
BP	66,40±22,33	54,24±21,34	49,60±18,52
GH	58,81±27,49	57,12±28,08	54,55±15,16
VT	64±17,10	60,43±16,89	51,50±17,00
SF	57,50±24,37	58,04±23,56	55,45±21,69
RE	66,40±40,83	54,6±30,67	49,60±28,24
MH	58,80±18,42	57,7±16,2	59,60±14,78

Возвращение к обычной жизни больных после нефрэктомии – это также важный послеоперационный показатель. Наши данные подтверждают, что период реабилитации и возвращение к обычной жизни короче после видеоэндоскопических операции (от 20 до 35 дней, в среднем 26 дней), чем после открытых операций (от 25 до 45 дней, в среднем 34 дня). Мы выявили достоверную разницу в сроках возвращения больных к активной жизни после традиционных и видеоэндоскопических операций. Данная разница между группами была статистически достоверна ($p < 0,05$), что объясняется минимальными инвазивностью и травматичностью доступа эндохирургического вмешательства. Косметический эффект – сум-

марная длина разреза – у пациентов I группы составила 4-15 см, у пациентов II группы 4-17 см и у пациентов III группы – 15-28 см.

Заключение

Полученные результаты симультанных лапароскопических и традиционных операций подтверждают безопасность, высокую эффективность и минимальную травматичность видеоэндоскопических методов. После видеоэндоскопических методов болевые ощущения менее выражены, а физическая активность более высокая, чем после традиционной нефрэктомии. Вместе с тем при применении традиционных методов достоверно увеличиваются материальные расходы, удлиняются сроки лечения и реабилитации больных.

Сведения об авторах статьи:

Муродов Акбар Исмагуллоевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: hurshed852@mail.ru.
Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zieratsho@yandex.ru.
Одилов Аминджон Юсупович – к.м.н., докторант кафедры эндоскопической урологии. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: dr.odilov-a@mail.ru.
Алиев Залкип Омарович – д.м.н., профессор, кафедры эндоскопической урологии. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zalkip18@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыров, З.А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии / З.А. Кадыров. – М.: Издательство ГЕОТАР, 2017. – 483 с.
2. Новик, А.А. Исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионов. – М., 2004.
3. Using the ICSOoL to measure the impact of lower urinary tract symptoms on quality of life: evidence from the ICS – BPH Study. International Continence Society – Benign Prostatic Hyperplasia / J.L. Bosch [et al.] // Br. J. Urol. – 1997. – V. 80, № 5, – P. 712-721.
4. Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign nonfunctioning kidneys? An outcome analysis based on experience with 449 cases in a 5-year period / N.P. Gupta [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 4, pt.1. – P. 1411-1413.
5. Pain and health related quality of life in a geographically defined population of men with prostate cancer / G. Sandblom [et al.] // Br. J. Cancer. – 2001. – V. 85, № 4, – P. 479- 503.

УДК 616.683-008.8-0391

© П.Х. Олимов, З.А. Кадыров, М.В. Фаниев, 2017

П.Х. Олимов, З.А. Кадыров, М.В. Фаниев СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ И СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ГИДРОЦЕЛЕ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В статье проведен сравнительный анализ традиционных методов и склеротерапии гидроцеле объемом более 100 мл. Анализ показал, что эффективность склеротерапии после первого сеанса составила 72%, после третьего сеанса – 92%. В связи с отказом от дальнейшей склеротерапии 2 (8%) пациентам после третьего сеанса безуспешной терапии выполнена открытая операция. Послеоперационные осложнения: эпидидимит, орхит, гематома, нагноение раны, лихорадка, расхождение швов, кровотечение, отек и инфильтрация мошонки и семенного канатика – встречались почти в 2 раза чаще после традиционных операций. Полученные результаты лечения показывают минимальную инвазивность и эффективность склеротерапии по сравнению с традиционными методами.

Ключевые слова: гидроцеле, склеротерапия, оперативное лечение, пункция гидроцеле, склерозант, яички.

R.Kh. Olimov, Z.A. Kadyrov, M.V. Faniev
**COMPARATIVE ANALYZES OF TRADITIONAL SURGERY
AND SCLEROTHERAPY IN PATIENTS WITH HYDROCELE**

The article analyzes traditional operations and sclerotherapy for hydrocele of more than 100 ml. Analysis shows, that effectiveness of sclerotherapy after the first session was 72% and after the third one – 92%. 2 patients (8%) after the third ineffective session were operated traditionally. Complications after traditional operations (epididymitis, orchitis, haematoma, wound abscess, fever, suture disruption, hemorrhage, edema and infiltration of scrotum and testicular cord) were almost twice as much as sclerotherapy. Efficiency over traditional methods. The obtained results prove minimal invasiveness and efficiency of sclerotherapy in comparison with traditional methods.

Key words: hydrocele, sclerotherapy, operative treatment, hydrocele puncture, sclerosant, testis.

Проблема гидроцеле остается актуальной. Это обусловлено широкой распространенностью данного заболевания и отсутствием единого мнения в отношении выбора метода лечения. Гидроцеле зафиксировано в 1,5-3,9% случаев, как у молодых мужчин репродуктивного возраста, так и у пожилых, а также у мужчин старческого возраста [1,2].

В результате хирургического лечения гидроцеле традиционными методами зафиксирован большой процент осложнений (эпидидимит, орхоэпидидимит, послеоперационная гематома, отёк тканей мошонки) в зависимости от вида выполняемой операции. При операции Лорда осложнения наблюдаются в 10,6 % случаев, операции Винкельмана – в 33,6%, Бергмана – в 52,3% случаев [3,4]. Неудовлетворительные результаты традиционных операций, трудности в выборе метода операции при наличии у пациентов сопутствующих заболеваний, а также у пожилых пациентов позволили использовать не только видеоэндоскопические операции, но и операции с помощью лазерного и радиоволнового скальпелей [5-7].

Одним из малоинвазивных методов является склеротерапия, так как по данным литературы использование склерозирующего вещества безопасно. [8]. Механизм склеротерапии идентичен таковому при применении большинства склерозантов и связан со стимуляцией инородным веществом воспалительной клеточной реакции, приводящей к слипанию листков собственной влагалищной оболочки. В качестве склерозирующих веществ эффективны тетрацилин, беталин (поливидон-йод), полидоканол, натрия тетрадецилсульфат, этаноламин, фенол, 96% этиловый спирт. По мнению многих авторов, склерозанты не должны вызывать сильной боли, некроза и воспаления тканей мошонки и яичка, а также быть нетоксичными [9]. Кроме того, у молодых мужчин после введения склерозанта необходимо сохранение репродуктивной функции [10].

Известно, что по мере увеличения объема гидроцеле, а также при рецидивном гидроцеле увеличивается кратность введения

спирта в полость мошонки до 4 раз, что обуславливает рост частоты осложнений. Целью нашего исследования явилось сравнение результатов традиционных операций и склеротерапии у пациентов с объемом гидроцеле более 100 мл.

Материал и методы

Работа основана на результатах обследования и лечения 83 пациентов с гидроцеле за период с 2008 по 2016 годы. Кроме того, был выполнен ретроспективный анализ результатов лечения гидроцеле объемом до 100 мл и более традиционным способом. Пациенты были распределены на две группы:

I группа – 58 пациентов с гидроцеле объемом более 100 мл, которым проведены традиционные операции (ТО) Винкельмана и Бергмана;

II группа – 25 пациентов с гидроцеле объемом более 100 мл, которым выполнена склеротерапия (СТ).

Возраст пациентов варьировал от 35 до 89 лет.

Диагноз гидроцеле был подтвержден на основании физикальных методов, диафаноскопии и УЗИ органов мошонки. Из исследования исключили больных с гематоцеле, гематомами мошонки и другими сомнительными случаями гидроцеле.

Причинами выполнения операции у 6 (8,5%) пациентов явились: косметический дефект, у 14 (20,5%) – дискомфорт и тяжесть в мошонке, у 16 (23,9%) – боль в мошонке и яичке с иррадиацией по ходу семенного канатика, у 15 (19,6%) – дискомфорт при половом акте и у 31 (27,7%) – сочетанные причины.

Контрольные физикальное и ультрасонографическое исследования выполнили всем больным после пункции и склеротерапии в сроки от 1 месяца до 3 лет после операции. Больным репродуктивного возраста в первые месяцы после операции УЗИ выполняли еженедельно с целью оценки состояния яичка и его кровообращения.

Основанием для выбора пациентов с гидроцеле объемом более 100 мл послужил анализ худших результатов лечения гидроцеле большого объема.

Исследование проводили в два этапа. На I этапе ретроспективно проанализировали результаты традиционных методов лечения гидроцеле и выявили, что значительно большее количество послеоперационных осложнений и рецидивов было у пациентов с гидроцеле объемом более 100 мл (табл. 1). Резуль-

таты анализа свидетельствуют о том, что процент осложнений после ТО почти в 3 раза ниже у пациентов с гидроцеле объемом менее 100 мл, чем у пациентов с гидроцеле более 100 мл. В этой связи пациенты с гидроцеле объемом меньше 100 мл были исключены из исследования.

Таблица 1

Результаты традиционных операций у пациентов с гидроцеле в зависимости от объема				
Осложнения	Объем гидроцеле, мл			
	до 100 (n=30)		более 100 (n=38)	
	абс.	%	абс.	%
Эпидидимит	2	6,3	8	21,1
Гематома	1	3,3	3	7,9
Лихорадка	2	6,3	6	15,8
Отек мошонки	15	50	28	73,7
Всего...	20	65,9	45	118,4

На II этапе проанализировали результаты традиционных операций, проведенных 58 и склеротерапии 30 больным. В основном применяли операцию Винкельмана и реже Бергмана. Необходимость проведения операции Бергмана обусловлена наличием гидроцеле большого объема, требующего иссечения инфильтративных изменений и утолщений оболочек яичка.

Методика склеротерапии включала блокаду семенного канатика лидокаином, пункцию мошонки под УЗ-контролем иглой для венесекции, эвакуации содержимого, введения спирта 20-100 мл в зависимости от размера и объема гидроцеле. Экспозиция спирта составила 30-40 мин, затем его эвакуировали из мошонки через введенную иглу.

Результаты и обсуждение

Независимо от применяемого метода в первые сутки после операции у всех пациентов зафиксировано исчезновение гидроцеле.

Средний объем эвакуированной жидкости у пациентов I группы составил $414,00 \pm 50,53$ мл, во II – $346,72 \pm 28,87$ мл. Отличия между группами были статистически не достоверны ($p < 0,05$).

После первого сеанса склеротерапии у 18 (72%) пациентов II группы лечение было эффективным, повторный сеанс проведен 5 (20%) пациентам и 3 сеанса – 4 (16%). В связи с отказом от дальнейшей склеротерапии 2 (8%) пациентам после 3-го сеанса безуспешной терапии выполнена открытая операция (табл. 2).

У 1 (4,0%) пациента после склеротерапии зафиксирован эпидидимит с лихорадкой, что вызвало необходимость провести антибактериальное и противовоспалительное лечение. У 11 (20,2%) пациентов после ТО возникли эпидидимиты и эпидидимоорхиты, в связи с чем было также проведено дополни-

тельное антибактериальное и противовоспалительное лечение. Гематомы мошонки и нагноение раны возникли только у 4 (6,9%) пациентов после ТО, из них 2 (3,5%) пациентам с гематомой пришлось провести ревизию раны и ее эвакуацию из полости мошонки и 2 (3,5%) – пункцию и дренирование гематомы. Лихорадка неясного генеза в течение 2-х суток и более зафиксирована у 2 (4,1%) пациентов после склеротерапии и у 12 (20,1%) после ТО (табл. 3).

Таблица 2

Результаты склеротерапии		
Результат	Количество пациентов (n=25)	
	абс.	%
Полный лечебный эффект после 1-го сеанса	18	72,0
Полный лечебный эффект после 2-го сеанса	21	80,1
Полный лечебный эффект после 3-го сеанса	23	92,0
Среднее количество инъекций	1,4 $\pm$ 0,3	
Всего процедур	62	

Отек и покраснение мошонки разной степени как реакции на введение спирта наблюдали у всех пациентов после склеротерапии. Эти проявления особого беспокойства пациентам не причиняли. Через 2-3 недели отек и покраснение значительно уменьшились и к концу месяца исчезли. У 42 (72,4%) пациентов после традиционных операций диагностировали отек, покраснение и инфильтрацию мошонки, продолжающиеся у большинства больных более 2 месяцев. Кроме того, у 2 (3,4%) пациентов после ТО разошлись швы и надо было наложить вторичные. Всем пациентам с эпидидимоорхитом, гематомой, нагноением и лихорадкой выполнено УЗИ с целью выявления локализации участка поражения и исключения гнойно-воспалительных процессов.

Таблица 3
Осложнения после различных методов
хирургического лечения гидроцеле

Осложнения	Метод лечения			
	СТ		ТО	
	абс.	%	абс.	%
Эпидидимит, орхит	1	4,0	12	20,1
Гематома	-	-	4	6,9
Нагноение раны	-	-	4	6,9
Лихорадка	2	8,0	12	20,1
Расхождение швов	-	-	2	3,4
Кровотечение	-	-	2	3,4
Отек и инфильтрация мошонки после операции	25	100,0	42	72,4
Отек и инфильтрация мошонки через месяц	1	4,0	38	65,5

Среди наших больных только 4 мужчины в возрасте от 35 до 42 лет были заинтересованы в детородной функции. Этим больным до и после склеротерапии выполнено исследова-

ние спермограммы, — значимых различий количества, подвижности и морфологии сперматозоидов не выявлено. Контрольное УЗИ органов мошонки у всех пациентов не выявило изменений размеров, структуры яичек и придатков. Эти данные подтверждают безопасность склеротерапии 96% этиловым спиртом.

Таким образом, полученные нами результаты показывают, что, несмотря на меньшее количество осложнений склеротерапии, у определенного количества пациентов требуются повторные сеансы, которые значительно удлиняют сроки излечения. При выборе метода лечения гидроцеле, особенно склеротерапии, пациенты должны быть проинформированы не только о минимальной инвазивности метода, но и о его недостатках.

Сведения об авторах статьи:

Олимов Рустам Хакимович — аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21/2, корп. 10. E-mail: olim2007@mail.ru.

Кадыров Зияратшо Абдуллоевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21/2, корп. 10. E-mail: zieratsho@yandex.ru.

Фаниев Михаил Владимирович — к.м.н., доцент кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21/2, корп. 10. E-mail: faniev.mv@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тиктинский О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко. — М.: МИА, 2010. — 576 с.
2. Aspiration and sclerotherapy versus hydrocoelelectomy for treating hydrocoele / B. Shakiba [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. — 2014. — Nov, Vol. 13. — P. 11.
3. Попов, А.И. Хирургическое лечение гидроцеле у пациентов пожилого и старческого возраста / А.И. Попов, С.М. Юрчук, В.И. Островский // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2003. — № 3. — С.23-28.
4. Жукова, М.Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов / М.Н. Жукова. — Л.: Медицина, 1969. — С. 332.
5. Довгилев Н.В. Хирургическое лечение гидроцеле с применением радиоволнового скальпеля: автореф. дис.... канд. мед. наук. — Тверь, 2010. — 24 с.
6. Application of a Laparoscopic, Single-port, Double-needle Technique for Pediatric Hydroceles With Multiple Peritoneal Folds: A Trial From a Single-center 5-Year Experience / Y.Peng [et al.] // Urology. — 2015. — Jun; Vol. 85(6). — P. 1466-1470.
7. Sim S.R. Minimal Hydrocoelelectomy with the aid of scrotopscope: a ten-year experience / S.R. Sim // Int Braz J Urol. — 2015. — Jan-Feb; Vol. 41(1). — P. 184.
8. The use of TPA in combination with alcohol in the treatment of the recurrent complex hydrocele / M.J. Metcalfe [et al.] // Can Urol Assoc J. — 2014. — May; Vol. 8(5-6). — P. 445-448.
9. Francis, J.J. Aspiration and Sclerotherapy: a Nonsurgical Treatment Option for Hydroceles / J.J. Francis, L.F. Levine // J Urol. — 2012. — Nov, Vol. 6. — P. 5440-5473.
10. Склеротерапия жидкостных образований органов мошонки под ультразвуковым контролем / Т.Ф. Малышева [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. — 2005. — №2. — С. 50-53.

УДК 616.61-036.12:616.69:612.616.31

© Коллектив авторов, 2017

В.Н. Павлов, А.Р. Загитов, Ф.Н. Мухамедьянов, В.З. Галимзянов, А.А. Измаилов,
И.М. Насибуллин, К.Р. Хамидуллин, И.М. Шарипов, У.В. Хасанов, Р.Р. Абдуллин

АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК V СТАДИИ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Современные исследования свидетельствуют о неуклонном росте частоты гормональных нарушений в мужской популяции, среди которой наибольший практический интерес представляет дефицит мужских половых гормонов (андрогенный дефицит, или гипогонадизм) у пациентов с хронической болезнью почек V стадии. У мужчин с хронической болезнью почек уже на ранних стадиях заболевания определяются тестикулярная недостаточность и вторичные нарушения гипоталамо-гонадной оси, которые усугубляются по мере прогрессирования поражения почек. У мужчин с хронической болезнью почек, особенно находящихся на гемодиализе, часто диагностируется андрогенный дефицит, определяемый как снижение уровня общего тестостерона менее 8,0 нмоль/л. Последствиями андрогенного дефицита являются: снижение либидо, эректильная дисфункция (ЭД), бесплодие, олигоспермия и анемия. Препаратами первой линии в терапии ЭД у пациентов, находящихся на программном гемодиализе и после трансплантации почки являются ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5).

Ключевые слова: эректильная дисфункция, хроническая болезнь почек V стадии, андрогенный дефицит.