

швов монофиламентной нерассасывающейся нитью 2–0; 2) дорзальный сосудисто-нервный пучёк мобилизируют до уровня срединной борозды только с одной стороны; 3) используют нижнесрединный доступ к кавернозным телам. Через 3 мес. после операции оценивались: остаточная девиация (ОД), укорочение ПЧ, удовлетворенность лечением. Удовлетворённость лечением оценивалась по специально разработанному опроснику, состоящему из 4 вопросов, характеризующих удовлетворенность корректирующим эффектом, длиной полового члена, легкостью определения лигатур на ощупь, заметностью следов операции в баллах от 1 до 5 (максимальная

степень удовлетворенности). Рассчитывался суммарный балл. Также учитывалось количество наложенных на БОПЧ лигатур. Достоверность различий оценивалась по непарному тесту Манна–Уитни. Уровень значимости – 0,05. Данные представлены в виде Me (25;75 перцентили).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристики, по которым сравнивались две методики, и достоверность их различий представлены в таблице 1.

У 5 пациентов из группы СП зарегистрировано снижение чувствительности головки ПЧ.

Таблица 1

Сравнение результатов при использовании двух способов пликация БОПЧ

Параметр	ПГ-С	СП	p
ОД (градусы)	5 (4;6)	5 (4;7)	0,61
Укорочение ПЧ (см)	2 (2;3)	3 (3;4)	0,0001
Количество лигатур	3 (2;4)	8(6;8)	0,0001
Удовлетворенность (баллы)	18 (17;20)	12 (11;13)	0,0001

ВЫВОДЫ

Метод Горпинченко–Сытенко по корректирующему эффекту сопоставим с традиционным подходом, однако имеет лучший профиль

безопасности, требует наложения меньшего количества лигатур и характеризуется более высоким показателем удовлетворенности пациентов. Таким образом, он может быть рекомендован в качестве метода выбора.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: ВОЗМОЖНА ЛИ ЭРАДИКАЦИЯ КОНКРЕМЕНТОВ?

А.М. Сытенко¹, В.И. Зайцев², А.И. Миндреску³

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»¹

Буковинский государственный университет МЗ Украины²

Черновицкая областная клиническая больница, урологическое отделение³

Петрификация ткани предстательной железы (ПЖ) может выявляться у 88,6% пациентов с хроническим простатитом (ХП) и негативно сказывается на функциях ПЖ, ассоциируется с более выраженной симптоматикой, снижает эффективность антибиотикотерапии. До настоящего времени не разработан малоинвазивный метод эрадикации петрификатов из ткани ПЖ. В последнее время появляются сообщения о возможности использования ударноволновой терапии (УВТ) для дезинтеграции простатических петрификатов.

Цель: Оценить влияние среднеэнергетической УВТ на размеры и акустическую плотность простатических петрификатов. Оценить частоту и характер осложнений

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для участия были отобраны 30 пациентов в возрасте от 33 до 42 лет с установленным диагнозом ХП и наличием простатических петрификатов, давшие информированное согласие.

Обследование включало: анкетирование по опроснику ИСХП НИЗ США, тест Меареса-Стейми, ТРУЗИ с определением количества, расположения, размеров (площадь) и акустической плотности (АП) петрификатов. Площадь петрификата рассчитывалась как $S=ab$, где a — больший диаметр петрификата, b — меньший. АП оценивалась по 3-балльной условной шкале (1 балл — эхо-позитивность, 2 балла — гиперэхогенность, 3 балла — гиперэхогенность с акустической тенью). Курс лечения: 10 сеансов УВТ (аппарат PiezoWave (Richard Wolf, Германия)) дважды в неделю, 4000 импульсов за сеанс, условный уровень интенсивности — 15–20 единиц, частота — 8 Гц. Позиционирование: Терапевтическую головку располагали под лонным сочленением. Для на-

ведения УВ указательный палец вводили в задний проход и располагали над петрификатом. Достоверность различий оценивалась по парному тесту Вилкоксона. Уровень значимости 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медиана возраста составила 38 лет (32–48). Медиана продолжительности заболевания — 8 месяцев (7–36). Медиана количества петрификатов — 1 (1–3). Характеристики простатических петрификатов до и после УВТ представлены в таблице 1 в виде Ме и перцентилей 25-го и 75-го.

При проведении УВТ осложнений не зарегистрировано.

Таблица 1

Влияние УВТ на характеристики простатических петрификатов

Параметр	Исходно	После УВТ	P
S (мм ²)	11,1 (6,5; 15,1)	10 (6,5; 15,4)	0,1
Акустическая плотность (баллы)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	0,65

ВЫВОДЫ

Среднеэнергетическая УВТ достоверно не влияет на размеры и акустическую плотность

простатических петрификатов. Необходимы дальнейшие исследования для разработки методов профилактики и эрадикации простатических петрификатов.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ТА РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ

П.Г. Яковлев ¹, В.В. Мрачковський ¹, В.О. Кропельницький ¹, В.С. Сакало ²

Київський міський клінічний онкологічний центр ¹
ДУ «Інститут урології НАМН України» ²

В практиці уролога візит пацієнта старше за 40 років зі скаргами на розлади сечовипускання та підвищеним показником простат-специфічного антигену (ПСА) у сироватці крові представляє складний виклик, пов'язаний з необхідністю впевнено диференціювати патологічний стан або як запального походження, або неопластичного. Згідно з українським національним канцер-реєстром, пік захворюваності на рак передміхурової залози припадає на 61-й рік життя. Проте 9% хворих на рак простати мають риси спадковості цього захворювання, при цьому пік захворюваності в цій групі трапляється

на 7–10 років раніше. З огляду на це необхідність проведення діагностичної біопсії передміхурової залози для виключення раку простати може виникнути й при огляді молодого пацієнта з вищезгаданими скаргами та рисами. Наявні зарубіжні публікації свідчать про 3–5%-ву частоту виникнення важких інфекційних ускладнень після проведення пункційних біопсій передміхурової залози. Цей факт потребує застосування диференційного підходу до призначення діагностичних біопсій у хворих середнього віку зі скаргами на дизурічні явища та підвищеним ПСА.