

всякий хронический процесс простатит имеет волнообразное течение и период обострения меняется периодом ремиссии, когда пациента продолжают беспокоить нестабильность детрузора в виде учащенного мочеиспускания без признаков обострения хронического процесса или эректильная дисфункция. Существует большое количество методов моно- или комплексной реабилитационной терапии. Все они призваны восстановить кровообращение детрузора и предстательной железы, пострадавшее в результате воспалительного процесса и осуществляется это путем снижения отека тканей и улучшения тока крови по системе микроциркуляции в сохранных сосудах указанных образований, не решая вопросы неоваскуляризации. Подобным эффектом обладает метод абдоминальной декомпрессии, который начинается завоевывать позиции в лечении тех заболеваний, при которых в патогенезе присутствует дисфункция эндотелия и должны быть решены вопросы неоваскуляризации в системе микроциркуляции.

Материалы и методы. Нами использован метод абдоминальной декомпрессии в комплексной реабилитационной терапии больных хроническим простатитом в стадии ремиссии, с различными проявлениями нестабильности детрузора (1-я группа – 36 пациентов) или эректильной дисфункции (2-я группа – 28 больных). В качестве медикаментозной составляющей комплексной терапии в 1-й группе использован блокатор альфа₁ – адренорецепторов альфузозин, а во второй группе – вardenafil моногидрохлорид тригидрат. В качестве групп сравнения использованы данные реабилитационной терапии пациентов с тождественными изменениями, но получавших только медикаментозную терапию теми же препаратами до их обращения на кафедру урологии.

Результаты. До лечения в 1-й группе пациентов и в 1-й группе сравнения отмечалось учащение мочеиспускания при переохлаждении – 82%, употреблении алкоголя – в 77%. Во 2-й группе пациентов и во 2-й группе сравнения ослабление либидо (68%), нарушение эрекции (92%); ускоренную эякуляцию (65%). При трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией изменения эхоструктуры предстательной железы выявлены в 100% случаев, определялись перипростатические конгломераты петрификатов. Регистрировались снижение количества сосудов, отдельные участки были «немые» - в них отсутствовал кровоток. Контроль - данные трансректального УЗИ предстательной железы с цветным доплеровским картированием 11 относительно здоровых лиц без признаков хронического простатита. После лечения - положительные сдвиги в показателях васкуляризации в среднем через 3 сеанса после начала комплексной терапии. Клиническая симптоматика улучшилась в 50% случаев в среднем на 6-ом сеансе.

Заключение. Эффективность лечения в 1-й группе пациентов составила в среднем 77,5%. В группе сравнения 52,8%. Во 2-й группе - в среднем 82,1%, в группе сравнения 61,9%. При контрольном трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией мы отметили в обеих группах пациентов появление кровотока в ранее «немых» зонах, появились хорошо видимые приносящие сосуды и фрагментация конгломератов петрификатов.

Первый опыт «буккальных» пластик уретры

Ярин Г.Ю., Исаенко В.И., Шкуратов С.И., Бобоев М.М.

Кафедра урологии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Новосибирск

Стриктуры и облитерации уретры до настоящего времени являются важной и не до конца решенной проблемой современной урологии. При коротких стриктурах успешно применяется резекция уретры с наложением анастомоза конец в конец. Тогда как протяженные стриктуры требуют более сложных операций, направленных на замещение недос-