

Хронический простатит: заболевание, вызванное кристаллами уратов?

Как и подагрический артрит, хронический простатит поражает мужчин среднего и пожилого возраста, и простата часто подвергается рефлюксу высококонцентрированной мочевой кислоты с мочой. Такой рефлюкс может быть триггером воспаления в предстательной железе, а более высокие уровни уратов в секрете предстательной железы коррелируют с симптомами хронического простатита. Одно плацебо-контролируемое исследование показало, что аллопуринол снижает секрецию уратов предстательной железой и уменьшает субъективную боль. Если мочевая кислота диффундирует в ткани предстательной железы, она реионизируется в ураты и вполне может осаждаться в виде кристаллов урата натрия. Хронический простатит является распространенной проблемой, которая часто вызывает разочарование как у пациентов, так и у врачей. Распространенность во всем мире оценивается примерно в 10 % взрослых мужчин. Этиология неизвестна, и отсутствуют убедительные доказательства эффективности лечения антибиотиками, альфа-блокаторами, противовоспалительными средствами. Таким пациентам показана рациональная терапия с длительным приемом средств, снижающих уровень уратов, и противовоспалительных препаратов, которые, как известно, эффективны при микрокристаллическом заболевании.

Выявлена связь гемоспермии с гиперурикемией. Связь между гемоспермией и гиперурикемией исследовалась путем сравнения 22 пациентов с гемоспермией с гиперурикемией и других 21 пациента с идиопатической гемоспермией.

Гиперурикемия была на втором месте среди причин гемоспермии (15,4 %). Гиперурикемические пациенты с гемоспермией были значительно моложе по возрасту (медиана 31,5 против 45 лет), жаловались на более болезненную эякуляцию (68,2 % против 9,5 %) и имели более высокий уровень мочевой кислоты в сыворотке (медиана 9,3 против 4,5 мг/дл) по сравнению с пациентами из группы идиопатической гемоспермии. Гиперурикемия является новой вероятной причиной гемоспермии [1].

Выводы

1. Гиперурикемия и гиперурикурия сопровождаются рисками возникновения поражения органов мочевыводящей системы и мужской половой сферы.

2. При назначении препаратов снижающих уровень гиперурикемии, возрастает уровень гиперурикурии и риск поражения мочевыводящей и половой системы.

3. Пациентам с гиперурикемией и гиперурикурией необходимо контролировать уровень мочевой кислоты и проводить профилактическое лечение, снижающее урологические риски.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перссон, Б. Е. Доказательства механистической связи между небактериальным простатитом и уровнями уратов и креатинина в выраженной секреции предстательной железы / Б. Е. Перссон, Г. Ронквист // J Urology. 1996. № 155. С. 958–960.

2. Comparison of serum uric acid levels between prostate cancer patients and a control group / E. Benli [et al.] // Cent.European J Urology. 2018. Vol. 71(2). P. 242–247.

УДК 616.67-002.9

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ МОШОНКИ

Скидан С. Н.¹, Князюк А. С.², Лемтюгов М. Б.², Шарикова А. В.¹

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 2»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дирофиляриоз — заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека, поражая, как правило, кожу, слизистые

оболочки, подкожную клетчатку, в редких случаях — внутренние органы. Заражение происходит при укусе инвазированным комаром рода *Culex*, *Aedes* или *Anopheles* [1, 2]. Источником заражения комаров обычно являются инвазированные домашние собаки, кошки, реже дикие животные. Дирофиляриоз все чаще встречается на территории Республики Беларусь. В Гомельской области ежегодно регистрируется не менее чем 10–14 случаев дирофиляриоза человека. Наиболее часто наблюдается подкожная (67 %) и подконъюнктивальная (27 %) локализация гельминта [3]. При оценке эпидемиологической ситуации данного гельминтоза на территории России и Беларуси с 1997 по 2013 гг. на примере 719 клинических случаев частота генитального дирофиляриоза составляла 2,9 % [4]. Но это надводная часть айсберга. Считается, что личинка в тканях организма человека растет, но не превращается в половозрелую особь, хотя полностью исключить возможность микрофиляриемии нельзя. Инкубационный период у человека от 1 месяца до нескольких лет. Клиника весьма вариабельна и обусловлена первичной локализацией паразита и его последующей миграцией со скоростью до 10–15 см/сут. Диагностика заболевания затруднена. Изначально, как правило, имеют место ошибочные диагнозы: фиброма, атерома, опухоль, лимфаденит. Окончательный диагноз верифицируют при основном методе лечения — хирургическом удалении гельминта [1–4].

Цель

Проанализировать опыт лечения урологического отделения УЗ «ГГКБ № 2» дирофиляриоза не типичной локализации.

Материал и методы исследования

На базе урологического отделения УЗ «ГГКБ №2» в феврале 2022 г. проходил лечение пациент **Д.** 1981 года рождения по поводу паразитарной кисты мошонки.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент **Д.** 1981 года рождения, житель города Гомеля, в начале января 2022 г. отметил дискомфорт в области члено-мошоночного угла, затем в этом месте пациент обнаружил образование около 1 см в диаметре, которое в течение последующей недели началось увеличиваться и присоединились признаки воспаления, появилась боль и гиперемия кожи над образованием, образование увеличилось до 4 см в диаметре. Пациент обратился за медицинской помощью к хирургу в поликлинику по месту жительства. Был установлен диагноз: Воспалительный инфильтрат мошонки, назначено лечение: доксициклин 0,1 по 1 капсуле 2 раза в день 10 дней и нимесил по 1 порошку 2 раза в день 3 дня. На фоне лечения образование уменьшилось в размерах до 2 см в диаметре, боль и болезненность купировались, гиперемия кожи прошла. С целью уточнения диагноза пациент был направлен на УЗИ мошонки, где выявлено: на границе основания полового члена и мошонки в подкожно-жировой клетчатке определяется полостное образование воспалительного характера размером до 20 мм, с утолщенными стенками, скудным жидкостным содержимым, умеренным перифокальным кровотоком и наличием в полости извитой формы инородного тела по типу гиперэхогенных параллельных нитей — паразит. Яички и придатки обычных размеров, формы, эхогенности и структуры. Кровоток в яичках и придатках сохранен. Избыточного количества жидкости между оболочками яичка нет (рисунок 1).

В связи с наличием паразитарной кисты мошонки был госпитализирован в урологическое отделение УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» для оперативного лечения.

Anamnes morbi: Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение 2018–2022 гг. пациент за пределы Гомельской области никуда не выезжал.

S. localis: кожа мошонки визуально не изменена, в области члено-мошоночного угла подкожно пальпируется округлое образование 1,5–2 см в диаметре плотно-эластической консистенции, безболезненное, кожа над ним не изменена, флюктуации нет, выделений из образования нет. Яички и придатки без особенностей.

В результатах лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, БАК) отклонений от нормы не было.

Пациенту было проведено оперативное лечение: Иссечение паразитарной кисты мошонки. Паразитарная киста размером 15×20 мм локализовалась под кожей мошонки. Удаленное образование представляло собой плотную соединительно-тканную капсулу, содержащую серозно-гнойный экссудат. При вскрытии которого выявлен подвижный гельминт длиной около 80 мм. Оболочки кисты отправлены для гистологического исследования, гельминт направлен в ОблЦГиЭ для паразитологического исследования.

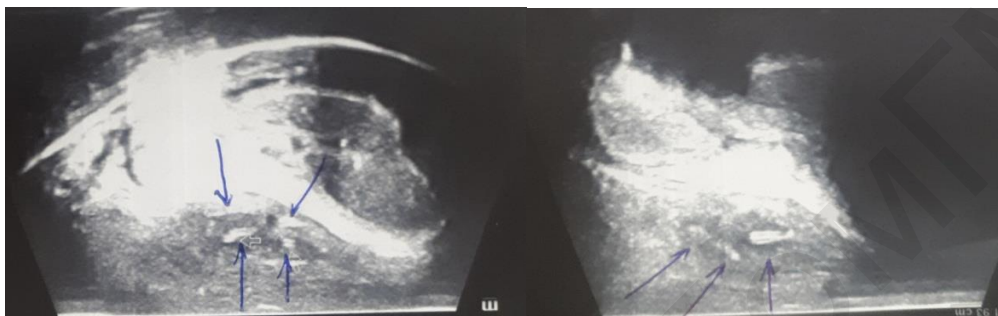


Рисунок 1 — Сонограмма паразитарной кисты правого яичка



Рисунок 2 — Паразитарная киста, содержащая живой гельминт

Гистологическое заключение: материал представлен грануляционной тканью с созреванием ее в волокнистую соединительную ткань, с выраженным воспалением и наличием в воспалительном инфильтрате гигантских многоядерных клеток типа «инородных тел», и множества эозинофилов. Данная микроскопическая картина может соответствовать стенке кисты при диروفилариозе. Сам паразит не обнаружен.

При паразитологическом исследовании гельминт идентифицирован как *Dirofilaria repens*.

В послеоперационном периоде пациент получал анальгетики и антибактериальную терапию (Цефотаксим). Послеоперационный период протекал без особенностей, раны зажили первичным натяжением.

Заключение

Проблема диروفилариоза актуальна в Республике Беларусь. Приведенный клинический случай позволяет акцентировать внимание практикующих врачей на данную патологию, свидетельствуют о необходимости обсуждения клиники и диагностики данного заболевания со специалистами разного профиля, а также со студентами медицинских вузов. Диروفилариоз в урологической практике сле-

дует учитывать при дифференциальной диагностике ущемленной паховой грыжи, опухоли, атеромы мошонки, эпидидимита. Уточнить диагноз заболевания до хирургического вмешательства позволяет УЗИ, однако следует также учитывать, что успешная диагностика зависит от степени информированности специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Князюк, А. С. Случай дирофиляриоза в урологической практике / А. С. Князюк // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 2 (48). С. 95–99.
2. Дирофиляриоз человека / Г. Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. 2013. № 3. С. 30–33.
3. Дирофиляриоз человека в Гомельской области / В. М. Мицура [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. 2017. Т. 6, № 1. С. 99–108.
4. Human subcutaneous/ocular dirofilariasis in the Russian Federation and Belarus, 1997-2013 / V. Kartashev [et al.] // International Journal of Infectious Diseases. 2015. Vol. 33. P. 209–211.

УДК 616.62-003.7-089.879

ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОРАЛЛОВИДНЫМИ, БОЛЬШИМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК

Сороко А. А.

Учреждение здравоохранения
«Брестская областная клиническая больница»
г. Брест, Республика Беларусь

Введение

Мочекаменная болезнь имеет эндемическое распространение и встречается не менее чем у 1–3 % населения. Болезнь проявляется чаще в самом трудоспособном возрасте 20–50 лет (80 % больных). Ей свойственны тяжелые осложнения и рецидивы, приводящие к частой и длительной потере трудоспособности. Она является одной из частых причин хронической почечной недостаточности, приводящей к инвалидизации больных. Двусторонние камни почек встречаются у 15–30 % больных, множественные — у 20,7–57,3 %, коралловидные камни чаще у женщин (70,1 %). В последние 10 лет в урологических отделениях Брестской областной больницы пациенты с мочекаменной болезнью составляют 56–60 % от всех урологических больных. Проблема ее медикаментозного лечения не решена и в обозримом будущем решения не предвидится, поэтому актуальными методами лечения остаются различные инвазивные методики и дистанционная литотрипсия. Процент больных, подвергнутых различным оперативным методам лечения сохраняется приблизительно на одном уровне (75–80 %). Однако, к сожалению, любая операция не ведет к излечению от болезни, приблизительно у 17–23 % больных возникают рецидивные камни с более тяжелым течением.

Цель

Внедрение чрескожной нефролитотрипсии позволило проводить малоинвазивное эндоскопическое лечение тяжелого и сложного контингента больных с коралловидными и большими камнями почек.

Материал и методы исследования

Методика внедрена после установки рентген-урологического комплекса «UROSKOP». Всем пациентам выполнялось стандартное рентгеновское обследование, при коралловидных камнях и рентген-негативных камнях производилась компьютерная томография. Операция в положении пациента лежа на животе после предварительной катетеризации мочеточника. Первые 12 больных оперированы под эпидуральной анестезией, затем — под эндотрахеальным наркозом. Пункция полостной системы почки через нижнюю или среднюю чашку, в двух случаях — через верхнюю. Первым 14 пациентам пункция производилась под рентгеновским контролем, затем после приобретения ультразвукового аппарата