



Дело Жизни

№10 (18) 2016

медицинский журнал

Хирургические способы лечения
вазореальной гипертонии

Принципы диагностики
и лечения рака мочевого
пузыря

Процедуры диализа в лечении
нефрологических состояний

содержание:

ОФИЦИАЛЬНО

Конференции, события, мероприятия	4
В Казани обсудили актуальные вопросы ультразвуковой диагностики	6

НОВОСТИ

Здравоохранение Татарстана: курс на халяль-медицину	9
---	---

УРОЛОГИЯ

Современный подход к лечению и профилактике мочекаменной болезни. Ситдыкова М.Э.	10
Хирургические способы лечения вазоренальной гипертензии. Галеев Р.Х.	13
Воспалительные заболевания уретры и простаты в клинической практике уролога. Лобкарев О.А.	15
Биокомплексы в урологии: приоритетные средства патогенетической направленности	17
Консервативное лечение аденомы предстательной железы. Зубков А.Ю.	20

ОНКОУРОЛОГИЯ

Принципы диагностики и лечения рака мочевого пузыря. Ситдыкова М.Э.	24
--	----

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Ложный и истинный крипторхизм: дифференциальная диагностика и принципы оперативного вмешательства. Акрамов Н.Р.	28
Пиелонефриты как инфекции мочевыводящих путей в педиатрической практике. Волкова Л.А.	32

НЕФРОЛОГИЯ

Процедуры диализа в лечении нефрологических состояний. Гатиятуллин Н.Р.	36
Актуальный подход к определению и диагностике хронической болезни почек. Сигитова О.Н.	38
Лечение генерализованных форм амилоидоза, протекающих с поражением почек. Хасанова М.И.	40

АНДРОЛОГИЯ

Основные направления терапии при эректильной дисфункции. Лобкарев А.О.	42
---	----

ДИАГНОСТИКА

Служба клинической лабораторной диагностики Республики Татарстан на современном этапе развития. Сиразитдинов Д.Т.	44
Как не пропустить рак. Практические советы для своевременного контроля	46
Ультразвуковая диагностика заболеваний мочеполовой системы: современные подходы. Тухбатуллин М.Г.	48

Медицинский журнал «Дело Жизни» №10 (18) 2016 16+
Рекламно-информационное издание для специалистов
в области медицины

Учредитель: ООО «АльфаМед Пресса»

Директор: Дамир Мансурович Буреєв

Издатель: ООО «АльфаМед Пресса»

Адрес издателя и редакции:

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, корпус Б, офис 105

Тел.: (843) 2 333 197, 2 333 198

e-mail: info.alfamp@mail.ru

Руководитель проекта:

Альбина Габдулхаковна Гиниятуллина

albinag2006@yandex.ru

Главный редактор:

Елена Валерьевна Павлова

amp-red@yandex.ru

Отдел рекламы:

тел.: (843) 2 333 879/amp-albina@mail.ru

Дизайн и верстка:

Диана Шафикова

Журналисты:

Елена Рычкова, Эмма Ситдыкова, Гузелия Ханипова

Корректор:

Людмила Краснова

Отдел подписки и распространения:

тел.: (843) 2 333 879/amp-delo@mail.ru

Адрес типографии: ООО «Типография «А-Пресс»,

г. Казань, ул. Фрунзе, д. 15

Заказ №14665

Дата сдачи в печать: 29.10.2016

Дата выхода: 31.10.2016

Тираж: 30 000 экземпляров

Периодичность: ежемесячно

Распространяется бесплатно

среди специалистов в области медицины

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ16-01330 от 11.02.2015 г. выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан (Татарстан).

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции.

Полная или частичная перепечатка материалов без письменного разрешения редакции не допускается. За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель. Все рекламируемые в журнале товары и услуги подлежат обязательной сертификации и лицензированию.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ



Галеев Ринат Харисович

главный внештатный специалист уролог МЗ РТ, заведующий кафедрой урологии и нефрологии ГБОУ ДПО КГМА МЗ РТ, руководитель отделения пересадки почки ГАУЗ РКБ МЗ РТ, член Российского общества урологов и Российского трансплантологического общества, профессор, доктор медицинских наук

Вазоренальная артериальная гипертензия, или реноваскулярная гипертензия, это вторичная гипертензия, вызванная ишемией почки, обусловленной сужением почечной артерии или ее ветвей одностороннего, реже двустороннего характера. По разным данным, распространенность этой патологии составляет от 1 до 16% среди всех видов артериальной гипертензии. Лекарственная терапия при данном виде гипертензии играет вспомогательную роль либо применяется при невозможности проведения оперативного вмешательства. Хирургические методы лечения рассматриваются как основные при выборе терапевтической тактики. О способах хирургического лечения вазоренальной гипертензии, опыте проведения оперативных вмешательств при лечении этого заболевания рассказал главный внештатный специалист уролог МЗ РТ, заведующий кафедрой урологии и нефрологии ГБОУ ДПО КГМА МЗ РТ, руководитель отделения пересадки почки ГАУЗ РКБ МЗ РТ профессор Ринат Харисович Галеев.

— **Ринат Харисович, какие факторы провоцируют возникновение вазоренальной гипертензии?**

— Причинами развития вазоренальной гипертензии служат поражения почечной артерии, в частности стеноз одной или обеих почечных артерий либо их ветвей, запускающий механизм ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, сопровождаемый устойчивой почечной гипертензией. Гипертензия, вызванная окклюзирующими и стенозирующими поражениями почечных артерий, является довольно распространенной патологией. Стеноз почечных артерий в свою очередь чаще всего ассоциирован с развитием у пациентов (как правило, в возрасте старше 45 лет) атеросклероза на фоне ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета и др., либо с врожденной патологией – сегментарной фибромускулярной дисплазией почечной артерии, то есть фиброзным или мышечным утолщением оболочек артерий. Наиболее часто поражается средняя часть артерии, иногда ее дистальная часть, место разветвления почечной артерии. Проведенные нами исследования показали, что атеросклеротические изменения почечных артерий, становящиеся причиной вазоренальной гипертензии, чаще обнаруживаются у мужчин, тогда как наиболее частой причиной окклюзирующих изменений почечных артерий у женщин была фибромускулярная дисплазия, притом наибольшая ее распространенность отмечена в молодом возрасте – до 29 лет.

Причиной развития вазоренальной гипертензии могут быть также различные патологические образования в почечной артерии, например, кисты, которые могут сдавливать почечную артерию. В целом существует более двух десятков патологических изменений почечных артерий, приводящих к развитию вазоренальной гипертензии.

Спровоцировать вазоренальную гипертензию может нефроптоз – опущение почки. Хронический нефроптоз ведет к натягиванию почечной артерии, ее напряжению и, как следствие, к неконтролируемой лекарственными средствами гипертензии. Так, пациентом с гипертензией, обусловленной данным фактором, мы проводим хирургическую сосудистую коррекцию и ликвидируем нефроптоз. Хотя я не сторонник хирургического лечения нефроптоза без веских на то причин, поскольку положение почки может естественным образом изменяться в силу, например, набора веса пациентом (в частности поэтому я не рекомендую проводить данную операцию молодым нерожавшим женщинам, если у них нет для этого дополнительных показаний). А вот ограничение подвижности почки в результате операции по ее подшиванию как раз может спровоцировать развитие вазоренальной гипертензии. Здесь важно соблюсти баланс.

— **Учитывая низкую эффективность лекарственной терапии при данной форме гипертензии, какие хирургические методы сегодня применяются для ее лечения?**

— Известно много вариантов оперативных вмешательств, применяемых для лечения окклюзирующих поражений почечных артерий. К ним относят эндова-

скулярные вмешательства, аортопочечное шунтирование, чредаортальную эндартерэктомия, реимплантацию почечной артерии, спленоренальное и гепаторенальное шунтирование. В Казани эндоваскулярные оперативные вмешательства на сосудах хорошо освоены, в частности стентирование почечных артерий у нас выполняют в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения РКБ, в отделении рентгенангиохирургических методов диагностики и лечения Медико-санитарной части КФУ (РКБ-2).

Фибромускулярная гиперплазия почечной артерии может проявляться еще в детском возрасте – в 12-13 лет. Учитывая это обстоятельство, а также то, что пораженный участок локализуется в средней части почки, операция по стентированию артерии не представляется целесообразной и эффективной. Поэтому нами была разработана собственная методика хирургического лечения. В 1990-е годы мы впервые в России начали проводить операции по аутопересадке почки пациентам по поводу вазоренальной гипертонии, развившейся на фоне фибромускулярного стеноза почечной артерии. Суть метода состоит в том, что у пациента удаляется пораженная почка, отсекается патологически измененный участок почечной артерии, при необходимости проводится реконструкция сосуда, а затем почка пересаживается не на прежнее место, а в тазовую область. Источником ее кровоснабжения при этом становится наружная подвздошная артерия.

Эффективность такого метода, в том числе по сравнению со стентированием, доказывается практикой. Так, один из моих пациентов, прооперированный 12 лет назад, перенес также манипуляцию стентирования по поводу поражения другой почки. И сегодня функциональное состояние почки после аутопересадки в подвздошную область намного лучше состояния той, где было выполнено стентирование. За счет этого пациент, которому данная операция была выполнена еще в детстве, живет полноценной жизнью, сохраняя работоспособность и хорошее самочувствие.

Сегодня в отделении пересадки почки РКБ мы оперируем и взрослых больных, причем не только из Татарстана, к нам обращаются пациенты из других поволжских республик и областей. Таким образом, мы являемся региональным центром по коррекции нарушения кровообращения почки.

В случае если причиной вазоренальной гипертонии является сдавливание почечной артерии каким-либо новообразованием, общепринятая тактика лечения подразумевает его удаление.

– Вы были пионерами в России по аутопересадке почки. Есть ли у вас какие-либо собственные разработки по оперативному лечению вазоренальной гипертонии?

– В редких случаях причиной становятся аномалии развития почечной артерии. В норме от почки отходит одна артерия, при отклонении от нормы это могут быть два, три и четыре сосуда. Самый неблагоприятный вариант – когда аномальные артерии подходят к нижнему полюсу почки, давят на лоханку и тем самым вызывают нарушение оттока мочи. При таких аномалиях развития почечных сосудов 35-40 лет тому назад просто перевязывали почечную

артерию. У этих пациентов спустя некоторое время вследствие ишемии почек развивалась вазоренальная гипертония. Дело в том, что у почки нет внутриартериального анастомоза, каждый сосуд имеет свою зону кровоснабжения. При его нарушении возникает ишемия почки, начинает вырабатываться ренин, что и приводит к повышению артериального давления.

В этом случае ранее убрали нижний полюс пораженной почки, что вызывало необходимость повторных операций и приводило в итоге к удалению почки и, как следствие, к страданиям и снижению качества жизни пациента. Мы доказали, что почечную артерию нельзя ни пересекать, ни перевязывать, и разработали методику перемещения нижнеполярного добавочного сосуда, при которой теперь в ходе операции перемещаем аномальную почечную артерию и, не вскрывая просвет, сбоку подшиваем собственную почечную артерию. Таким образом, сдавливаемый сегмент почки освобождается, кровоснабжение органа восстанавливается и сохраняется. Данная методика была нами запатентована и доказала свою эффективность.

– Что важно учитывать при диагностике вазоренальной гипертонии?

– Если при артериальной гипертонии очень важен наследственный фактор, то для вазоренальной гипертонии характерно, напротив, его отсутствие: например, высокое давление, возникающее у ребенка, чьи родственники им никогда не страдали. Во-вторых, это отсутствие эффекта от применения лекарственных препаратов, с помощью которых успешно компенсируется артериальная гипертензия. Резкое развитие стойкой гипертонии в возрасте младше 50 лет, как правило, побуждает думать о фибромускулярной дисплазии, у пациентов старше 50 лет – об атеросклеротическом стенозе почечных артерий.

Среди диагностических методов при вазоренальной гипертонии важное место занимает ультразвуковое исследование почек, сопровождаемое доплерографией, проводимое для определения пульсации почечной артерии. Это современный неинвазивный метод, позволяющий с высокой достоверностью предположить факт сужения почечной артерии. 100%-ной достоверностью обладает метод ангиографии – контрастного рентгенологического исследования почечных сосудов. При этом целесообразно сначала проводить общую аортографию, чтобы исключить или подтвердить наличие заболеваний аорты, в частности аортоартериита, системного аутоиммунного заболевания, поражающего в том числе и сосуды почек.

Ультразвуковое исследование, даже без сопутствующей доплерографии, является методом раннего выявления поражения почек как причины имеющейся либо вероятной гипертонии у пациента. Дело в том, что нарушение кровоснабжения вызывает уменьшение почки, таким образом, формируется асимметрия почек, которую можно увидеть на УЗИ. Асимметрия более одного сантиметра свидетельствует о наличии сосудистого поражения. Данный факт делает возможным использовать доступный метод УЗИ для скрининговых исследований, профилактирующих развитие вазоренальной гипертонии у населения.

Елена Рычкова