

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 1 (102)
2021

О‘ЗБЕКИСТОН
ВРАЧЛАР
АССОТСИАТСИЯСИ
БЮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.; 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**



(102)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2021 yil**

UYGA BERSH
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

МУХАРРИР МИНБАРИ

6

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

3

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Абдуганиева Э.А., Дадабаева Р.К. Натрий-уретик мия пептиди сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда гемостазиологик ўзгаришларнинг фенотипик предиктори сифатида

7

Абдуганиева Э.А., Дадабаева Р.К. Натрий уретический мозговой пептид как фенотипический предиктор гемостазиологических изменений при хронической обструктивной болезни легких

Закирова У.И. Ўзбекистон аҳолиси популяциясида болаларнинг қайталовчи бронхиал обструкцияга мойиллик омиллари

10

Закирова У.И. Факторы предрасположенности детей Узбекской популяции к рецидивирующей бронхиальной обструкции

Бахадирова М.А. Вертебробазилляр тизимида ишемик инсультнинг турли патогенетик субтиплари бўлган беморларнинг клиник неврологик ва нейрпсихик тарозиларининг когнитив бузилиши ва кўрсаткичлари динамикаси

16

Бахадирова М.А. Когнитивные нарушения и динамика показателей клинико-неврологических и нейropsychических шкал пациентов с различными патогенетическими подтипами ишемического инсульта в вертебро-базиллярной системе

Юлдашева, Маджидова Я.Н. Хар хил турдаги инсультлар ва уларнинг эпидемиологиясининг кўрсаткичларини Новосибирск ш. МҚТ марказининг 1-ШКШ неврология бўлими мисолида ўрганиш

20

Юлдашева, Маджидова Я.Н. Анализ частоты встречаемости различных видов инсультов и изучение данных по эпидемиологии на примере неврологического отделения рсц гкб №1 г. новосибирск

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О. Б., Ирисметов М. Э. Климактерик даврдан кейинги аёлларда диабетик полинейропатия патогенези ва ташхисотига замонавий қарашлар

25

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О. Б., Ирисметов М. Э. Современный взгляд на патогенез и диагностику диабетической полинейропатии у женщин в климактерическом периоде

Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А., Убайдуллаева Н.Н., Шадманова Л.А. Вертебро-базилляр тизимида инсультларни реабилитация қилишнинг инновацион усуллари

29

Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А., Убайдуллаева Н.Н., Шадманова Л.А. Инновационные методы реабилитации инсультов в вертебробазиллярной системе

Муратов Ф.Х., Юсупова Д.Ю., Азизова Р.Б. Катамениал эпилепсия билан аёлларда дифференциал диагностика ва терапия хусусиятлари

34

Муратов Ф.Х., Юсупова Д.Ю., Азизова Р.Б. Особенности дифференциальной диагностики и терапии у женщин при катамениальной эпилепсии

Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Анварова Ш.А. Ҳомиланинг ўсишини чеклаш синдромида компьютерлаштирилган кардиотокографиянинг аҳамияти

38

Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Анварова Ш.А. Значение компьютерной кардиотокографии при синдроме ограничения роста плода

Бекназаров А.Б., Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Ашурова Г.З. Офтальмохирургияда болалар церебрал фалажларида севофлюран билан умумий анестезиянинг афзалликлари

42

Бекназаров А.Б., Ҳайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Ашурова Г.З. Преимущества общей анестезии севофлюраном у детей с детским церебральным параличом в офтальмохирургии

Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х. Ўзбекистон Республикасида ЛОР касалликларининг эпидемиологияси

44

Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х. Эпидемиология ЛОР заболеваний в Республике Узбекистан

- Турсуметов А.А., Сабирматов А.А., Исмаилов Ф.М.** Фотодинамик даволашни тарқалган перитонитда қўллашдаги бизнинг тажриба 49
- Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С., Рахманов Д.Б., Кулдошев Ф.М.** Болаларда йўғон ичак қайта операцияларида тактик ёндашувлар 53
- Салиев Д.К., Солиев К.К.** Ўтқир лимфобласт лейкозларнинг замонавий даволаш усуллари ва тузалиб кетиш имкониятлари 58
- Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Холиков А.М., Шамшиметов Ф.Д., Усмонов Ф.М.** Тизза бўғими медиал коллатерал бойлами жарохатни жарроҳлик усулида даволаш 60
- Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б., Ирисметов М.Э.** климактерик даврдан кейинги аёлларда диабетик полинейропатия патогенези ва ташҳисотига замонавий қарашлар 64
- Мирхамидов Д.Х., Насиров Ф.Р., Бахадирханов М.М., Касимов С.С., Оллоёров А.А.** Эркакларда уретра стриктурасини ташхислашдаги муаммолари 68
- Даминова К.М.** Буйрак сурункали касаллигининг баъзи бир хавф омиллари 72
- Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А.** Алкоголга тобелик бўлган беморларда когнитив функцияларнинг ижтимоий интеллект даражасига таъсири 74
- Абдуллажанов Б.Р., Рахманов Б.Б.** Экстракорпорал детоксификация қилишда механик сариқлик асоратлари оғирлигини динамикасини баҳолаш 77
- Рахманова Ж.А., Искандарова Г.Т.** Ўзбекистонда ковид-19 касаллигининг эпидемиологик хусусиятлари 84
- Искандаров А.Б.** Ипакчилик ва ипакни қайта ишлаш саноатида ёритилганликнинг характеристикаси 89
- Акилов Х.А., Каршиев Ш.Г., Ахмедов М.Х., Базаров Б.Б., Гофуров А.Ш.** Covid-19 касаллигининг краниофасиал соҳа суякларига асоратида 3d моделлаштирилган имплантатларни қўллаш 93
- Шайхова Г.И., Азимов Л. А.** Бойитувчи «MARJON» сувининг озуқавий ва биологик қиймати 97
- Турсуметов А.А., Сабирматов А.А., Исмаилов Ф.М.** Наш опыт применения фотодинамической терапии при распространенном перитоните 49
- Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С., Рахманов Д.Б., Кулдошев Ф.М.** Тактические подходы при повторных операциях на толстой кишке у детей 53
- Салиев Д.К., Солиев К.К.** Современные методы лечения и возможности выздоровления больных острыми лимфобластными лейкозами 58
- Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Холиков А.М., Шамшиметов Ф.Д., Усмонов Ф.М.** Метод хирургического лечения при повреждении медиальной коллатеральной связки коленного сустава 60
- Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б., Ирисметов М.Э.** Современный взгляд на патогенез и диагностику диабетической полиневропатии у женщин в климактерическом периоде 64
- Мирхамидов Д.Х., Насиров Ф.Р., Бахадирханов М.М., Касимов С.С., Оллоёров А.А.** Проблемы диагностики стриктуры уретры у мужчин 68
- Даминова К.М.** Некоторые факторы риска хронической болезни почек 72
- Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А.** Влияние когнитивных функций на уровень социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью 74
- Абдуллажанов Б.Р., Рахманов Б.Б.** Оценка тяжести течения осложнений механической желтухи при проведении экстракорпоральной детоксикации 77
- Рахманова Ж.А., Искандарова Г.Т.** Эпидемиологические особенности ковид-19 в Узбекистане 84
- Искандаров А.Б.** Характеристика производственного освещения в шелководстве и шелкообрабатывающей промышленности 89
- Акилов Х.А., Каршиев Ш.Г., Ахмедов М.Х., Базаров Б.Б., Гофуров А.Ш.** Применение 3d моделированных имплантатов в краниофасиальной области при осложнениях ковид-19 93
- Шайхова Г.И., Азимов Л. А.** Пищевая и биологическая ценность обогатителя воды «MARJON» 97

Кодирова А.З., Сайидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Содиков И.З. Қандли диабет мавжуд бўлган беморларда пневмониянинг кечишини хусусиятлари

101

Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т., Оллаберганова Г.У. Аденозиндезаминаза фаоллигини ўзгаришини сил касаллигини дифференциал диагностикаси ва касаллиқни прогношлашдаги аҳамияти

104

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА**

Захидова М.З., Қдирбаева Ф.Р., Захидова М.У. Артериал гипертензия диагностикаси ва даволашга замонавий ёндошувлар

106

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР,
ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР**

Иргашев Ш.Б., Абдухалилов М. Валеологик принципларга асосланган соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида сут беги саратонини профлактикаси

111

Шарипова Э.Ф., Курбанов Б.Б. Тухумдон функционал кисталар ривожланишининг этиопатогенетик жиҳатлари

114

Хидирова У.Э., Курбанов Б.Б. Тухумдон функционал кисталар ривожланишининг этиопатогенетик аспекти

117

Хайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Зокирова Н.З., Толипов М.Г. Реанимация ва интенсив терапияда инфузион терапия асоратлари

121

Вихров И.П. Соғлиқни сақлашда сунъий ақл технологияларидан фойдаланиш

125

ЮБИЛЕЙ

**СИДИҚОВ НИЗОМИДДИН ЖАМОЛОВИЧ
70 ЁШДА**

134

ХОТИРА

**ПРОФЕССОР АБДУЛЛА МАТКАРИМОВИЧ
ХУДАЙБЕРГЕНОВНИ ЭСЛАБ**

135

Кодирова А.З., Сайидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Содиков И.З. Особенности течения пневмонии у больных сахарным диабетом

Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т., Оллаберганова Г.У. Значимость изменения активности аденозиндезаминазы в дифференциальной диагностике туберкулеза и прогнозировании заболевания

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

Захидова М.З., Қдирбаева Ф.Р., Захидова М.У. Современные подходы к диагностике и лечению артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

Иргашев Ш.Б., Абдухалилов М. Профилактика рака молочной железы в условиях первичного звена здравоохранения на валеологических принципах

Шарипова Э.Ф., Курбанов Б.Б. Этиопатогенетические аспекты развития функциональных кист яичников

Хидирова У.Э., Курбанов Б.Б. Современные представления об этиопатогенезе, клинике, диагностике и лечении женщин с энтероцелле

Хайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Зокирова Н.З., Толипов М.Г. Осложнения инфузионной терапии в реанимации и интенсивной терапии

Вихров И.П. Использование технологий искусственного интеллекта в здравоохранении

ЮБИЛЕЙ

**70 ЛЕТ СИДИКОВУ НИЗОМИДДИНУ
ЖАМОЛОВИЧУ**

ПАМЯТЬ

**К ПАМЯТИ АБДУЛЛА МАТКАРИМОВИЧА
ХУДАЙБЕРГЕНОВА**

// Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-1. – С. 202-206.

10. Шестакова И.Г., Симоновская Х.Ю. Микронизированный эстриол для местного применения: катализатор качества жизни в постменопаузе // Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015. № 2 (25). С. 78-84.
11. Cormier C., Koumakis E., Souberbielle J. C. The choice of a tool for predicting the risk of osteoporosis. *Curr Opin // Clin.Nutr.Metab.Care.* - 2015. -№ 18 (5). -P. 457-464.

УДК: 616.643:616-073.75

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Мирхамидов Д.Х., Насиров Ф.Р., Бахадирханов М.М., Касимов С.С., Оллоёров А.А.
ТМА, РСНПМЦУ

Стриктуры и облитерации уретры являются сложными урологическими заболеваниями, требующими реконструктивно-пластических операций. Выбор тактики лечения больных зависит от качества предоперационной диагностики. Авторы проанализировали визуализирующие методы дооперационной оценки изменений уретры и периуретральных тканей, установления особенностей стриктуры уретры.

Ключевые слова: стриктура уретры, диагностика, методы визуализации.

ЭРКАКЛАРДА УРЕТРА СТРИКТУРАСИНИ ТАШХИСЛАШДАГИ МУАММОЛАРИ

Уретра стриктураси ва облитерациялари мураккаб реконструктив-пластик операцияларни талаб этувчи оғир урологик касаликлардан биридир. Беморларни оқилона даволаш тактикасини танлаш операциядан олдинги ташхислашнинг сифати ва тўлақонлигига боғлиқ. Ушбу мақолада муаллифлар томонидан уретранинг ва уретра атрофи тўқималаридаги ўзгаришларни операциядан аввал баҳолаш, ҳамда уретра стриктурасининг хусусиятларини аниқ белгилашда қўлланиладиган турли визуалловчи усуллар баён этилган ва таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: уретра стриктураси, ташхислаш, визуалловчи усуллар.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF URETHRIC STRUCTURE DISEASE IN MEN

Strictures and obliteration of the urethra are one of the most complicated urological diseases requiring complex reconstructive and plastic surgeries. The choice of the national treatment strategy depends on the quality and completeness of preoperative diagnosis. In this article, the authors describe and analyze a variety of imaging techniques used for preoperative assessment of changes in the urethra and periurethral tissues, as well as the precise establishment of urethral stricture features.

Key words: urethral stricture, diagnostics, visualization methods.

Стриктура уретры является заболеванием, проявляющимся симптомами нижних мочевых путей, рецидивирующей инфекцией мочевых путей, острой или хронической задержкой мочеиспускания, недержанием мочи, а иногда и почечной недостаточностью.

В соответствии с определением Международного урологического консилиума ведущих экспертов Интернационального общества урологов (SIU/ICUD, 2014 г.) под стриктурой уретры понимают патологическое сужение любой части мочеиспускательного канала, окруженного спонгиозным телом в результате развития спонгиозфиброза [15]. По определению М.И. Когана (2010), стриктура уретры – полиэтиологическое обструктивное поражение уретры, сопровождающееся симптомами со стороны нижних мочевых путей [2]. В последнее время в связи с особенностями патогенеза и склонностью этого заболевания к рецидивирующему течению, многие авторы в качестве определения используют термин стриктурная болезнь, который считается равноправным наряду со стриктурой уретры.

Стриктура уретры является распростра-

ненной и сложной урологической патологией. Заболеваемость в последние десятилетия неуклонно растет, варьирует от 0,6% до 0,9% в популяции и зависит от возраста пациентов. При этом протяженные и субтотальные поражения диагностируются в 15-18% случаев стриктурной болезни уретры [3,19].

По данным исследования Santucci R. и соавт. (2006), в США около 1,5 млн. пациентов в год обращаются в амбулаторном порядке к урологу и, в среднем, 5000 пациентов получают специализированную помощь в стационаре. Общие затраты на лечение таких пациентов в 2000 году составили 191 миллион долларов. При этом средние индивидуальные затраты на одного пациента со стриктурной болезнью в три раза выше, чем при иной урологической патологии (10472, против 3713 долларов США).

К факторам риска развития стриктуры уретры традиционно относят: пожилой возраст, перенесенные инфекции, передающиеся половым путем, лихенсклероз, осложнения после радикального или лучевого лечения рака предстательной железы [15,16].

В ретроспективном исследовании Palminteri E. и соавт. (2013) проанализировали локализацию стриктур у 1439 пациентов. У большинства была диагностирована стриктура переднего отдела уретры (92,2%), из них на бульбозный отдел мочеиспускательного канала приходилось 46,9% стриктур, на пенильный - 30,5%, пенильный и бульбозный - 9,9%, всю уретру - 4,9%.

В настоящее время распространенность гонококковой инфекции в качестве причины стриктуры уретры незначительна, однако в прошлом веке более 90% стриктур уретры являлись следствием нелеченой гонореи [15].

Сегодня воспалительные стриктуры чаще ассоциированы с лихенсклерозом и негонококковыми уретритами. В странах с высоким уровнем развития медицины наиболее часто встречаются стриктуры ятрогенной этиологии. Причиной роста заболеваемости, очевидно, является широкое распространение «малоинвазивных» трансуретральных эндоскопических операций. Катетеризации, цистоскопии, особенно при несоответствии диаметра инструмента просвету уретры помимо повреждений слизистой оболочки способствуют образованию зон компрессии и ишемии мочеиспускательного канала. Возникновение идиопатических стриктур, по мнению Andrich D.E. и Mundy A.R. (2011), в ряде случаев является результатом нераспознанных бессимптомно протекавших незначительных травм или уретритов [19].

В опубликованных в 2014 г. рекомендациях SIU/ICUD внесена ясность в понятия и определения, относящиеся к сужениям мочеиспускательного канала. Так, термин стриктура и стриктурная болезнь относятся только к передней уретре, окруженной спонгиозной тканью. Сужения задней уретры, не связанные с переломом таза, следует обозначать термином стеноз. Правильным термином также является стеноз везикоуретрального анастомоза после простатэктомии. Таким образом, термин «стриктура задней уретры» или «стриктура шейки мочевого пузыря» в настоящее время не рекомендован к употреблению [15].

В основе патогенеза стриктуры уретры лежит повреждение эпителия мочеиспускательного канала или прилегающей части спонгиозного тела с последующей плоскоклеточной метаплазией, изменениями внеклеточного матрикса спонгиозной ткани уретры и развитием спонгиофиброза [9,11]. Нормальная соединительная ткань стенки мочеиспускательного канала замещается плотно-волокнистой

с уменьшением соотношения коллагена I и III типов. Эти изменения приводят к снижению доли гладкомышечной ткани и коллагена в спонгиозном теле и, как результат - к уменьшению синтеза оксида азота в области стриктуры, гипоксии ткани и рубцовой прогрессии [10].

С внедрением ультразвуковых методов исследования в 1988 году McAninch J. была предложена классификация стриктур, основанная на степени сужения просвета мочеиспускательного канала по сонографической картине [18]. В зарубежной литературе популярна клиническая градация Barbagli G. и соавт. (2003), основанная на этиологии заболевания [6].

В России наиболее известна классификация М.И. Когана. Тем не менее, сегодня, не существует общепринятой классификации стриктурной болезни уретры.

Симптоматика зависит от степени сужения просвета уретры. Клинически значимые проявления манифестируют при сужении просвета уретры меньше 3-5 мм (10-16 Ch). Такие пациенты чаще всего предъявляют жалобы на слабую или тонкую струю мочи, напряжение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание или задержку мочи, периодические боли в области мочеиспускательного канала во время и после микции. В анамнезе могут присутствовать рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, простатиты, эпидидимиты, гематурия, микроцистис, камни или дивертикулы мочевого пузыря. Течение стриктурной болезни может осложняться парауретральными абсцессами и свищами [7,13].

В современной литературе мало внимания уделено проблемам предоперационной диагностики и оперативного планирования. Современный стандарт обследования больного со стриктурой уретры помимо рутинных методов урологического скрининга в качестве базового метода диагностики включает ретроградную уретрографию в сочетании с микционной цистоуретрографией. Эта методика позволяет определить локализацию и протяженность стриктуры. Несмотря на высокую чувствительность (75-100%) и специфичность (72-97%), уретрография имеет два существенных недостатка. Во-первых, при стандартной косой $\frac{3}{4}$ укладке пациента возникают проекционные искажения размеров уретры, что может стать причиной недооценки протяженности стриктуры, а, следовательно, и неверного выбора метода хирургического лечения. Во-вторых, ретроградная уретрография не дает пред-

ставления о глубине и протяженности спонгиоза, что является важнейшим фактором в выборе лечебной тактики. Также следует отметить возможность различной интерпретации уретрографии рентгенологами и урологами. Любопытно данные Eswara J.R. и соавт. (2015), которые предложили оценить 10 уретрограмм 60 ординаторам-урологам и специалистам лучевой диагностики Вашингтонского, Стэнфордского и Северо-западного университетов (США). Правильно ретроградные уретрограммы и нисходящие цистоуретрограммы и интерпретировали 18 из 31 рентгенолога (58%) и 19 из 29 урологов (65%) [12]. Канадские урологи Bach P. и Rourke K. (2014) проанализировали описание уретрограмм врачами-рентгенологами в группе из 397 пациентов, перенесших впоследствии уретропластику. Лишь в 49% случаев описание рентгенограмм было адекватным и совпадало с интраоперационной картиной. У 13% пациентов стриктура уретры вообще описана не была [5].

Уретроскопия помогает определить степень сужения уретры. При наличии надлобкового свища иногда целесообразно применять фиброцистоуретроскопию для определения проксимальной границы стриктуры и состояния сфинктерного аппарата. В рекомендациях SIU/ICUD 2014 года относительно диагностической ценности уретроскопии сказано следующее:

- уретроскопия рекомендована как наиболее специфичный метод установления наличия стриктуры уретры (уровень доказательности 4А);

- метод рекомендован как вспомогательный при диагностике стриктур передней уретры в случае неоднозначной трактовки других исследований (уровень доказательности 3В).

С середины 1980 годов большой интерес у исследователей вызвало появление соноуретрографии, предложенной McAninch J.W. [18]. Чувствительность этого метода диагностики уретральных стриктур составляет 66-100%, специфичность – 97-98%. К сожалению, при выполнении данного исследования точность определения протяженности стриктуры лимитирована 3-5 см [17]. Также к недостаткам метода условно можно отнести то, что врач, производящий исследование, должен обладать высокой квалификацией, как в методике его выполнения, так и в интерпретации полученных данных [8]. Следует отметить общую тенденцию снижения интереса урологов к применению соноуретрографии, о чем в последние годы свидетельствует уменьшение коли-

чества публикаций, в которых упоминается это исследование.

Неоднозначность современных представлений о роли соноуретрографии в диагностике уретральных стриктур нашла свое отражение в рекомендациях SIU/ICUD (2014) [4]:

- соноуретрография может быть использована в качестве дополнения к уретрографии в предоперационном обследовании больных со стриктурой передней уретры (уровень доказательности 2С);

- соноуретрография может быть более чувствительным методом диагностики, чем ретроградная уретрография в оценке протяженности стриктуры и степени спонгиоза, однако, клиническое значение этих результатов пока не определено (уровень доказательности 2С).

В 2006 г. Osman Y. и соавт. сравнили диагностическую ценность магнитно-резонансной и ретроградной уретрографии [20]. Хотя общая точность диагностики стриктур мочеиспускательного канала двух видов исследования была равна (85%), магнитно-резонансная уретрография дала дополнительные клинические данные, повлиявшие на выбор метода лечения в 35% случаев.

К подобным выводам пришли и корейские ученые Sung D.J. и соавт. (2006). Проведенное ими исследование показало, что магнитно-резонансная уретрография имеет значительно меньшую погрешность измерения протяженности стриктуры, чем ретроградная уретрография в сочетании с микционной цистоуретрографией. Другим основным преимуществом магнитно-резонансной уретрографии является возможность точно оценить изменения спонгиозного тела уретры.

Позднее ученые из клиники Mayo Kim B., Kawashima A. и LeRoy A.J., анализируя достоверность методов диагностики патологии мужской уретры, отвели первостепенное значение магнитно-резонансной томографии по сравнению с ретроградной уретрографией, соноуретрографией и КТ [14]. С модернизацией магнитно-резонансных томографов претерпевают изменения и методики исследования. Банчик Э.Л. и соавт. (2012) предложили динамическую магнитно-резонансную ретроградную и антеградную спонгиоуретрографию [1]. Авторы пришли к выводу, что информативность магнитно-резонансной уретрографии в изучении стриктурной болезни уретры приближается к информативности морфологического исследования макропрепарата этого органа.

Таким образом, приведенные данные сви-

детельствуют о перспективности применения магнитно-резонансной уретрографии для выявления стриктур мочеиспускательного канала и уточнения их локализации, длины, и главное - глубины и протяженности спонгиоза, что является необходимым условием для качественного оперативного планирования. Нерешенными проблемами остаются высокая стоимость и ограниченная доступность в сочетании с отсутствием стандартизированного

протокола данного исследования.

Диагностика стриктур уретры должна включать оценку степени обструкции нижних мочевых путей. Необходимо проведение урофлоуметрии и заполнение пациентом вопросников «IPSS» и «МИЭФ-5» [4]. Эти методы являются базовыми и для послеоперационного мониторинга больных, хотя общепринятых стандартов послеоперационного наблюдения до сих пор нет.

Литература.

1. Банчик Э.Л., Минеев Н.И., Митусов В.В., Домбровский В.И., Коган М.И. Магнитно-резонансная томография полового члена. Нормальная анатомия. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012;(5):40-47
2. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин: реконструктивно-восстановительная хирургия: иллюстрированное руководство. М.: Практическая медицина, 2010. 139 с.
3. Anger JT, Buckley JC, Santucci RA, Elliott SP, Saigal CS. Trends in stricture management among male Medicare beneficiaries: underuse of urethroplasty. // Urology. - 2011;77(2):481-485.
4. Angermeier KW, Rourke KF, Dubey D, Forsyth RJ, Gonzalez CM. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Evaluation and follow-up. // Urology. - 2014;83(3):8-17.
5. Bach P, Rourke K. Independently interpreted retrograde urethrography does not accurately diagnose and stage anterior urethral stricture: the importance of urologist-performed urethrography. // Urology. - 2014;83(5):1190-1194.
6. Barbagli G, Palminteri E, Lazzeri M. Anterior urethral strictures. // BJU Int. - 2003;92(5): 497-505.
7. Bertrand LA, Warren GJ, Voelzke BB, Elliott SP, Myers JB, McClung CD, et al. Lower Urinary Tract Pain and Anterior Urethral Stricture Disease: Prevalence and Effects of Urethral Reconstruction. // J. Urol. - 2015;193(1):184-189.
8. Brandes SB, Morey AF. Advanced Male Urethral and Genital Reconstructive Surgery, 2-nd ed. New York : Springer, 2014. 751 p.
9. Cavalcanti A, Yucel S, Deng DY, McAninch JW, Baskin LS. The distribution of neuronal and inducible nitric oxide synthase in urethral stricture formation. // J. Urol. - 2004;171:1943-1947.
10. Cavalcanti A, Costa WS, Baskin LS, McAninch JA, Sampaio FJ. A morphometric analysis of bulbar urethral strictures. // BJU Int. - 2007;100(2):397-402.
11. Chambers RM, Baitera B. The anatomy of the urethral stricture. // Br. J. Urol. - 1977;49(5): 545-551.
12. Eswara JR, Song JB, Chang AJ, Rosenstein DI, Gonzalez CM, Vetter JM, et al. Urethrography interpretation skills of urology and radiology residents at tertiary care medical centers. // Urology. - 2014;83(6):1239-1242.
13. Hampson LA, McAninch JW, Breyer BN. Male urethral strictures and their management. // Nat. Rev. Urol. - 2014;11(1):43-50.
14. Kim B, Kawashima A, LeRoy AJ. Imaging of the male urethra. // Ultrasound CT MR. - 2007;28(4):258-273.
15. Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D. SIU/ICUD Consultation on urethral strictures: epidemiology, etiology, anatomy, and nomenclature of urethral stenoses, strictures, and pelvic fracture urethral disruption injuries. // Urology. - 2014;83(3):1-7.
16. Liu JS, Walker K, Stein D, Prabhu S, Hofer MD, Han J, et al. Lichen sclerosus and isolated bulbar urethral stricture disease. // J. Urol. - 2014;92(3):775-779.
17. Maciejewski C, Rourke K. Imaging of urethral stricture disease. // Transl. Androl. Urol. - 2015;4(1):2-9.
18. McAninch JW, Laing FC, Jeffrey RJ. Sonourethrography in the evaluation of urethral stricture: a preliminary report. // J. Urol. - 1988;139(2):294-297.
19. Mundy AR, Andrich DE. Urethral strictures. BJU International 2011;107(1):6-26.
20. Osman Y, El-Ghar MA, Mansour O, Refaie H, El-Diasty T. Magnetic resonance urethrography in comparison to retrograde urethrography in diagnosis of male urethral strictures: is it clinically relevant. // Eur. Urol. - 2006;50(3):587-593.

УДК: 616.61-002.2 – 079.6] -079.3

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Даминова К.М.

ТашГСИ

В статье представлены результаты наблюдения 152 больных в возрасте от 18 лет до 65 лет хронической болезнью почек в условиях первичного звена здравоохранения. Всем пациентам, проведены следующие лабораторные исследования: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевина крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови и расчет СКФ. По-