

нием ПДКТ-контроля, во 2-й группе ($n = 28$) — без ПДКТ-контроля. Местная инфльтрационная анестезия лидокаином 2 %. Чаще всего использовали правый бедренный доступ (42 случая), в 1 случае — бифеморальный доступ, в 4 случаях — правый плечевой доступ. После установки интродьюсера в аорту проводили катетер (UFE 5 Fr), катетеризировали контралатеральную общую, а затем внутреннюю подвздошную артерию, выполняли ПДКТ для поиска простатической артерии и выбора оптимальной проекции для ее визуализации. Далее микрокатетером на микропроводнике выполняли суперселективную катетеризацию простатической артерии и ее эмболизацию сферическим эмболизационным материалом размером 400 мкм до редукции кровотока по дистальным отделам артерии. Точность катетеризации простатической артерии и наличие «опасных» анастомозов оценивали с помощью ПДКТ перед эмболизацией. Аналогичные действия проводили на противоположной стороне. При наличии анастомозов с соседними артериальными бассейнами органов малого таза производили их разобщение с помощью спиральной эмболизации либо суперселективной эмболизации ветвей простатической артерии, не имеющих анастомозы. Оценку эффективности лечебной эмболизации проводили по 5 параметрам: объему предстательной железы, уровню ПСА, объему остаточной мочи, международной шкале оценки простатических симптомов (IPSS) и качества жизни (QoL), а также по количеству интра- и послеоперационных осложнений, количеству использованного контрастного вещества, общему и рентгеновскому времени процедуры и дозе излучения. Эффективность лечения оценивали через 3, 6, 12 месяцев после эмболизации.

Результаты. В течение 6–12 месяцев наблюдения объем предстательной железы уменьшился на 45 %, объем остаточной мочи — на 56 %, уровень ПСА — на 42 %, IPSS и QoL увеличились до удовлетворительных значений на 58 и 39 % соответственно. Отмечено, что необходимый объем контрастного вещества и общее время процедуры практически не различались у больных 1-й и 2-й групп. Время флюороскопии оказалось меньше у пациентов 1-й группы (26 мин против 31 мин во 2-й группе), эффективная доза оказалась значительно выше в 1-й группе (204,87 мЗв против 112,44 мЗв).

Заключение. Эмболизация артерий простаты с интраоперационным контролем ПДКТ является перспективным, эффективным и безопасным малоинвазивным методом лечения ДГПЖ при неэффективности консервативной терапии. Проведение ПДКТ позволяет убедиться в правильности выбора артерии для эмболизации, вовремя обнаружить «опасные» анастомозы простатической артерии, избежать нецелевую эмболизацию и, как следствие, уменьшить количество осложнений и улучшить результаты ЭАП. Данный метод лечения позволяет в течение 3–6 месяцев значительно уменьшить объем предстательной железы, нормализовать акт мочеиспускания и улучшить качество жизни. Перспективным использование ЭАП представляется у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким анестезиологическим риском, большим объемом предстательной железы и, как следствие, в случае невозможности выполнения ТУР, у больных с цистостомой и сохранной функцией детрузора, у пациентов молодого возраста и желающих сохранить репродуктивную функцию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРЕНOSИМОСТИ СИЛИКОНОВЫХ И ПОЛИУРЕТАНОВЫХ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ СТЕНТОВ

© *Н.К. Гаджиев¹, Д.С. Горелов¹, В.М. Обидняк², С.В. Попов², А.О. Иванов¹, Ю.А. Радомский¹, А.А. Мищенко¹, С.Б. Петров¹*

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² СПбГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (Санкт-Петербург)

Актуальность. С момента своего появления в 1978 г. J-стенты являются неотъемлемой составляющей эндоурологии. Ежегодно в США устанавливается около 92 000 мочеточниковых стентов в рамках лечения мочекаменной болезни и обструкции верхних мочевых путей. Однако мочеточниковые стенты не лишены недостатков. Более 80 % пациентов отмечают стент-связанные

симптомы (SRS — stent related symptoms), наиболее значимыми из них являются расстройства мочеиспускания и болевой синдром. Эти симптомы могут значительно снижать качество жизни пациентов (QoL). Для борьбы с SRS применялись различные подходы: использование стентов различной длины (с учетом анатомических особенностей пациента), разные способы установки стентов

та, изменение конструкции дистального завитка стента, использование стентов со специальным покрытием, изготовление стентов из материалов с различной жесткостью. Изучалась также эффективность медикаментозной терапии: использование альфа-1-адреноблокаторов, холиноблокаторов и их комбинаций, НПВС и мирабегрона. К сожалению, ни один из вышеуказанных методов не позволил полностью избавиться от SRS. Тем не менее материалы, из которых изготовлены стенты, могут влиять на выраженность SRS. В исследовании, проведенном G.M. Lennon et al., отмечалось клинически значимое усиление болевого синдрома у пациентов со стентами из более жестких материалов.

Цель исследования — сравнить качество жизни пациентов с современными силиконовыми и полиуретановыми стентами.

Материалы и методы. В исследование были проспективно включены 50 пациентов. Анализируемый период — с июня по октябрь 2018 г. Стентирование проводилось в двух центрах, пациенты были стратифицированы на две группы: группа А (20 пациентов) получила полиуретановые стенты (Rüsch, Teleflex); группа Б (30 пациентов) получила силиконовые стенты (Cook Medical). Всем пациентам под рентгеновским контролем с помощью цистоскопа устанавливали мочеточниковые стенты 6 Fr длиной 26 см. Критериями включения были установленный диагноз «почечная колика» и возраст от 18 до 60 лет. Критерием исключения было наличие активной инфекции мочевыводящих путей. Продолжительность пребывания стента в мочеточнике варьировала от 2 до 4 недель. Осмотры проводили через 1 час после стентирования, через 2 недели и перед уретероскопией или удалением стента. Для последующей

оценки использовали опросники ВАШБ (визуально-аналоговая шкала боли), OAB Awareness Tool и EQ-5D-5L (оценка качества жизни). В первую очередь оценивали интенсивность болевого синдрома, выраженность ирритативной симптоматики и качество жизни. Проводили также оценку успешности установки стента и его инкрустацию.

Результаты. Таким образом, 50 пациентам была произведена установка стента, и они были стратифицированы следующим образом: 20 человек получили полиуретановые стенты и 30 человек силиконовые стенты в двух разных клинических центрах. Несмотря на нерандомизированный характер исследования, обе группы оказались равными, за исключением размера камня, но этот фактор для цели исследования не был расценен как релевантный. Сравнение опросников ВАШБ, OAB и EQ-5D-5L через 1 час после стентирования, в середине периода пребывания стента и перед уретероскопией или удалением стента показало значительные различия между средними значениями ВАШБ через 2 недели и перед удалением стента в пользу группы Б (силиконовые стенты мочеточника) ($p_{val} = 0,023$ и $p_{val} = 0,014$ соответственно) и QoL по опроснику EQ-5D-5L через 1 час и 2 недели после стентирования ($p_{val} = 0,0018$ и $p_{val} = 0,016$ соответственно).

Заключение. Силиконовые стенты обеспечивают меньшую выраженность болевого синдрома спустя 2 недели после установки и на более поздних сроках (по данным опросника ВАШБ). При оценке качества жизни силиконовые стенты также демонстрируют преимущество по сравнению с полиуретановыми (по данным опросника EQ-5D-5L через 1 час и 2 недели после установки). Однако необходимо отметить более высокую стоимость силиконовых стентов.

ВЫПОЛНЕНИЕ SECOND-LOOK ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ БЕЗ АНЕСТЕЗИИ

© Н.К. Гаджиев, Д.С. Горелов, А.О. Иванов, Т.Д. Пройда, С.Б. Петров

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Актуальность. Современные малоинвазивные методики лечения нефролитиаза позволяют повысить эффективность лечения при значительном снижении травматичности хирургических вмешательств и частоты осложнений. В настоящее время «золотым стандартом» лечения крупных (более 2 см) камней почек является перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ). Одним из

ключевых критериев оценки эффективности является SFR (Stone Free Rate — частота полного освобождения почки от камней). Резидуальные камни — это камни, остающиеся в ЧЛС после оперативного лечения. Проблема диагностики и лечения резидуальных камней почек после ПНЛ является очень актуальной, ведь SFR после ПНЛ составляет, по литературным данным,