

риска для жизни и здоровья пациента и сохранения качества жизни. Кроме того, для пациентов с выраженной соматической патологией и высоким риском возникновения послеоперационных осложнений такой способ устранения стриктуры, как баллонная дилатация, является безусловно предпочтительным.

**Цель исследования** — оценка результатов применения баллонной дилатации в качестве метода первой линии лечения у пациентов с ишемическими стриктурами мочеточников.

**Материалы и методы.** Баллонная дилатация выполнена 10 больным в возрасте от 52 до 72 лет ( $61,2 \pm 1,0$  года) со стриктурами мочеточников, отнесенных к категории ишемических. У 5 пациентов стриктуры развились после цистпростатэктомии, выполненной по поводу рака мочевого пузыря, с формированием кишечного резервуара, у 2 — после лучевой терапии, проведенной по поводу злокачественных новообразований органов малого таза, у 3 пациентов были послеоперационные ятрогенные стриктуры.

Всем пациентам до проведения процедуры баллонной пластики выполняли МРТ и КТ с целью исключения опухолевого характера стриктуры, а также для визуализации зоны сужения, ее локализации и, в некоторых случаях, протяженности. Всем пациентам выполняли посев мочи и проводили антибактериальную терапию согласно его результатам. Пациентам с расширенной чашечно-лоханочной системой (ЧЛС) проводили нефростомию и последующую баллонную дилатацию антеградно. У пациентов, не нуждавшихся в нефростомии, использовали ретроградный доступ. В условиях рентгеноперационной производили антеградную или ретроградную урографию, визуализировали локализацию стриктуры и ее проходимость для контрастного вещества, при «полном блоке» производили реканализацию стриктуры управляемым гидрофильным проводником 0,035 дюйма (Cordis) или roadrunner (Cook), затем

по проводнику в зону сужения устанавливали баллонный катетер Mustang Boston или Power flex Cordis диаметром 4–6 мм и длиной от 20 до 60 мм в зависимости от протяженности стриктуры. Затем выполняли дилатацию стриктуры в течение 2–3 мин под давлением 15–20 атм до исчезновения «симптома талии». Адекватность произведенной процедуры оценивали после удаления баллонного катетера, критерием успеха являлось свободное поступление контраста через дилатированный участок. Процедуру завершали наружно-внутренним дренированием мочеточника.

**Результаты и обсуждение.** Технически успешным оказалось выполнение баллонной дилатации в 11 случаях (84,6 %). В двух случаях (15,4 %) у пациента после цистэктомии с двусторонним поражением мочеточников отмечена невозможность проведения ангиографического проводника за зону окклюзии, что потребовало выполнения релапаротомии, резекции концевых участков мочеточников, наложения уретероуретероанастомоза бок в бок с имплантацией общего соустья в резервуар. У пациента со стриктурой пиелоуретерального сегмента пришлось прибегнуть к операции Андерсона – Хайнса.

Из одиннадцати стриктур с баллонной пластикой в шести случаях (54,5 %) возникла необходимость в повторном выполнении процедуры. За время наблюдения от 1,5 месяца до 7 лет в 10 из 11 случаев стриктур (90,9 %), для устранения которых была выполнена баллонная дилатация, мочеточники полностью проходимы для контрастного вещества.

**Выводы.** Результаты исследования демонстрируют, что при ишемических стриктурах любой этиологии баллонная дилатация более эффективна в случае протяженности менее 2 см и отсутствии полного блока для контрастного вещества при контрастировании до выполнения процедуры, а повторная баллонная пластика предпочтительнее открытого хирургического вмешательства.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Ю.А. Игнашов, С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская

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

**Введение.** Синдром болезненного мочевого пузыря (СБМП) включает в себя триаду симптомов: боль в области мочевого пузыря, усиление боли

при наполнении мочевого пузыря и учащение дневного и/или ночного мочеиспускания. Среди пациентов до 90 % составляют женщины в возраст-

те 30–50 лет. Это заболевание приводит к снижению качества жизни, влияет на психоэмоциональный статус. Нередко такие больные испытывают выраженный дискомфорт и в половой сфере, что приводит к значительному ухудшению социализации.

**Цель исследования** — изучить распространенность сексуальных дисфункций у женщин с СБМП, а также установить корреляционную связь между тяжестью СБМП и наличием сексуальных расстройств.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 197 женщин в возрасте  $55,2 \pm 4,7$  года с подтвержденным диагнозом СБМП, длительность заболевания варьировала от 0,5 до 10 лет и в среднем составила  $3,4 \pm 2,1$  года. Критериями включения в исследование являлись отсутствие мочевой инфекции, боль в мочевом пузыре при наполнении и опорожнении, наличие характерной цистоскопической картины. Все женщины заполняли специализированный опросник «Шкала симптомов тазовой боли, urgency/frequency patient symptom score, PUF Scale). Наличие сексуальных дисфункций выявляли при помощи опросника «Шкала мочепузырно-сексуальной дисфункции» (BSSD-6 Scale, Bladder Specific Sexual Dysfunction), который позволял выявить наличие боли во время и/или после полового акта, трудности с возбуждением, невозможность достичь оргазма, ощущение тревоги. Полученные результаты были статистически обработаны с использованием программы STATISTICA 10 En (StatSoft Inc.).

**Результаты.** В соответствии с ответами на вопросы PUF Scale больные были разделены на 3 группы: 1-я группа (легкая степень тяжести) — 34 пациентки ( $PUF 18,1 \pm 3,4$ ), 2-я группа (средняя степень тяжести) — 115 больных ( $PUF 21,4 \pm 3,2$ )

и 3-я группа (тяжелая степень тяжести) — 48 больных ( $PUF 27,2 \pm 3,3$ ). Из 197 женщин 145 (73,6 %) имели половую жизнь в течение 12 месяцев, 52 (26,3 %) женщины — нет, причем 35 из них прекратили половую жизнь после появления симптомов СБМП, а 17 (15,5 %) не имели половой жизни вообще никогда. Частота сексуальных дисфункций у женщин 1-й группы по данным анкеты BSSD-6 Scale была следующая: боль во время и/или после полового акта — 4 (14,2 %) пациентки, трудности с возбуждением — 6 (19,1 %) женщин, невозможность достичь оргазма — 9 (27,3 %) женщин, ощущение тревоги — 4 (13,4 %) женщины. У пациенток 2-й группы частота дисфункций была выше: боль во время и/или после полового акта — 26 (23,4 %) женщин, трудности с возбуждением — 35 (31,6 %) женщин, невозможность достичь оргазма — 56 (49,3 %) женщин, ощущение тревоги — 40 (35,2 %) женщин. У пациенток 3-й группы частота дисфункций была самая высокая: боль во время и/или после полового акта — 38 (79,1 %) женщин, трудности с возбуждением — 31 (65,9 %) женщины, невозможность достичь оргазма — 30 (64,1 %) женщин, ощущение тревоги — 43 (91,6 %) женщины. Сумма баллов анкеты PUF Scale высокодостоверно коррелировала с наличием/отсутствием вышеперечисленных симптомов — с болью во время и/или после полового акта ( $p = 0,008$ ), трудностью с возбуждением ( $p = 0,002$ ), невозможностью достижения оргазма ( $p = 0,007$ ) и ощущением тревоги ( $p = 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с СБМП широко распространены симптомы сексуальной дисфункции. Выраженность этих симптомов достоверно коррелирует со степенью тяжести СБМП — чем более выражено проявление СБМП, тем сильнее проявление симптомов сексуальной дисфункции. Полученные данные следует учитывать в обследовании и лечении больных с СБМП.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОРТИКАЦИИ КИСТ ПОЧЕК

© *К. Кадыров<sup>1</sup>, Я.С. Наджимитдинов<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (Ташкент, Узбекистан);

<sup>2</sup> Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Как правило, кисты почек являются причиной обращения пациента к врачу при ее размере более 5 см в диаметре, и в подобных ситуациях целесообразно выполнить оперативное вмешательство для улучшения качества жизни больного. При лечении симптоматических кист почек

традиционно применяют чрескожную аспирацию ее содержимого с или без введения склерозирующих веществ, однако после подобного лечения часто наблюдают рецидив патологии, поэтому альтернативным, широко применяемым в настоящее время является ретроперитонеоскопиче-