

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. Кадыров¹, Я.С. Наджимитдинов²*

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (Ташкент, Узбекистан);

² 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-

ский способ ликвидации кисты с малой частотой осложнений.

Цель исследования. Оценить эффективность ретроперитонеоскопической декорткации кисты почек у пациентов с наличием симптомов патологии.

Материалы и методы. За период с января 2016 по декабрь 2018 г. ретроперитонеоскопическая декорткация кист почек была выполнена 78 пациентам. Мужчин было 56 (72 %), женщин — 22 (28 %). Средний возраст больных составил $46,6 \pm 4,6$ года (диапазон 32–67 лет). Причинами обращения больных к урологу были боль в поясничной области на стороне поражения ($n = 67$), инфекция мочевого тракта ($n = 12$), артериальная гипертензия ($n = 5$) и гематурия ($n = 4$). После ранее проведенной склеротерапии кисты почек рецидив выявлен у 12 (15 %) пациентов. Перед операцией всем больным выполнены ультразвукография почек, внутривенная урография, магнитно-резонансную томографию применяли при сомнении в доброкачественной природе кисты. Средний размер кист составил $9,8 \pm 5,8$ см (диапазон от 6 до 20 см). Кисты были расположены в нижнем сегменте у 16 (20,5 %) пациентов, в среднем сегменте — у 37 (47,4 %) пациентов и в верхнем — в 25 (32 %) случаях.

Результаты. Ретроперитонеоскопический доступ выполняли по стандартной методике. Резекцию стенки кисты осуществляли при помощи ультразвукового скальпеля у 4 больных, в остальных случаях использовали лапароскопические ножницы с биполярной коагуляцией. Во всех случаях выполнена частичная резекция стенки кисты. Операцию завершали дренированием забрюшинного пространства одним силиконовым дрена-

жем, который удаляли, если не было осложнений, в среднем на 2–3-и сутки. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $104,2 \pm 12,6$ минуты (от 56 до 190 минут). Интраоперационная кровопотеря составила в среднем $50,4 \pm 0,6$ мл (диапазон от 0 до 60 мл). Интра- и послеоперационных осложнений, требующих дополнительных вмешательств, не было. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем $2,5 \pm 0,1$ дня, и пациенты приступали к своей трудовой деятельности в течение $4,6 \pm 0,4$ дня. Все больные находились под наблюдением в течение 12 месяцев после вмешательства. Полностью избавились от боли в поясничной области 62 (92,5 %) пациента, в остальных случаях интенсивность ее значительно уменьшилась и пациенты перестали принимать обезболивающие средства. После ликвидации кисты рецидива инфекции мочевого тракта не наблюдали ни у одного больного в течение 6 месяцев. Нормализация артериального давления отмечена у трех (60 %) пациентов, однако в остальных случаях гипертензия сохранилась, но стала лучше поддаваться лекарственной терапии. Эпизодов повторения гематурии не выявлено ни у одного из 4 пациентов.

Заключение. Длительное наблюдение за больными с симптоматическими кистами почек, подвергнутыми оперативному вмешательству, показало, что ретроперитонеоскопическая декорткация кисты является эффективным и безопасным вариантом лечения подобной патологии. После операции продолжительность пребывания больного в стационаре невелика и реабилитация происходит в очень короткий период времени.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

© А.А. Канто^{1, 2}

¹ Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-Клиника» (Москва);

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва)

Введение. В структуре эректильной дисфункции превалирует венозная недостаточность полового члена. Причиной венозной недостаточности полового члена чаще всего служит варикозная болезнь вен органов малого таза вследствие артериовенозных конфликтов (Nutcracker phenomenon, posterior nutcracker phenomenon, May-Thurner syndrome). По мнению большинства исследователей, эффективность лигирования и резекции дорзальной вены полового члена для коррекции веногенной эректильной дисфункции является

низкой. Этим пациентам чаще всего предлагают протезирование полового члена. Альтернативное направление в оперативном лечении веногенной эректильной дисфункции представлено рентгенохирургической эмболизацией вен простатического сплетения, которую стали применять во всем мире с 1984 г. По данным литературы, она эффективна в среднем в 85 % случаев. Операцию проводят антеградно через инцизию или пункцию дорзальной вены полового члена или ретроградно через трансфеморальный рентгенохирургический