

обследованию подвергнуты 194 пациента с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9 %) больных.

Результаты. При подозрении на изменения слизистой оболочки мочевого пузыря большое диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0 %) из них туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3 %) — рака мочевого пузыря, у 9 (9,7 %) — полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие

варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженные зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4 %), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окруженных зоной гиперемии с нечеткими контурами) — у 36 (53,7 %), туберкулезный микроцистит (сморщивание мочевого пузыря) — у 14 (20,9 %) больных.

Заключение. Диагностика поражений мочевого пузыря — трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Дифференциальная диагностика поражений мочевого пузыря предполагает проведение клинико-лабораторных обследований и инструментальных обследований (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *В.В. Петрова, С.Ю. Коняшкина, А.Г. Борискин, В.Д. Яковлев, Р.Э. Амдий*

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

Введение. Несмотря на развитие методов визуализации структуры предстательной железы с использованием шкал оценки степени возможной злокачественности подозрительных участков и внедрение калькуляторов риска рака простаты на основе МРТ, определения онкомаркеров и с учетом других прогностических признаков, биопсия предстательной железы остается наиболее точным, клинически и юридически обоснованным методом установки диагноза. Обострение хронического простатита является одним из возможных осложнений мультифокальной биопсии простаты (МБП). Стандартное лечение включает назначение антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Однако часть пациентов спустя 6 месяцев после проведенной процедуры предъявляет жалобы на боль в области промежности на фоне отсутствия воспалительных и инфекционных изменений при микроскопическом и микробиологическом исследовании. Простатический болевой синдром (ПБС) определяют как хроническую или рецидивирующую эпизодическую боль, которая всегда появляется при пальпации предстательной железы.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности акупунктуры у больных с ПБС, развившимся после выполнения МБП.

Материалы и методы. Произведено анкетирование 536 пациентов, перенесших МБП трансректальным доступом в период с января 2013 по август 2018 г. После обследования и исключения инфекционных и воспалительных причин боли выделено 25 человек, утвердительно ответивших на вопрос 1А (боль или дискомфорт в промежности) домена I «Боль или дискомфорт» опросника NIH-CPSI, стандартно используемого для выявления простатического болевого синдрома. Средний балл домена I составил 8,2 (95 % CI 3,1–14,8), средний балл домена II «Мочеиспускание», домена III «Влияние симптомов на Вашу жизнь» и домена IV «Качество жизни» составил соответственно 5,4 (95 % CI 2,3–9,5), 4,7 (95 % CI 1,5–4,8), 5,2 (95 % CI 2,7–5,8).

Критериями включения в исследование были простатический болевой синдром продолжительностью более 6 месяцев, интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 1–7 баллов,

неэффективность предшествующего курса антибактериальной и противовоспалительной терапии, согласие пациентов самостоятельно не применять сопутствующую противовоспалительную терапию на период исследования. Критериями невключения в исследование являлись рак предстательной железы, острый или обострение хронического бактериального простатита, наличие нейропатии, в том числе ассоциированной с сахарным диабетом.

Всем пациентам в ходе исследования были выполнены ТРУЗИ, урофлоуметрия, измерение объема остаточной мочи, трехстаканная проба с дополнительным микробиологическим исследованием третьей порции мочи, произведено пальцевое ректальное исследование с фиксацией степени болезненности с помощью ВАШ. Использованы валидизированные опросники для оценки локализации, характера и степени выраженности болевого синдрома, влияния боли на качество жизни, наличия негативных когнитивных, поведенческих, сексуальных или эмоциональных реакций, выявления симптомов нижних мочевых путей и сексуальной дисфункции.

Пациенты в зависимости от проводимой терапии были разделены на две группы. Больным 1-й группы ($n = 12$) проводили классическую китайскую рефлексотерапию, пациентам 2-й группы ($n = 13$) — су-джок-терапию.

Результаты. После курса классической китайской рефлексотерапии, основанной на использовании классических точек акупунктуры, пациенты 1-й группы отметили субъективное уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение частоты мочеиспусканий, улучшение сексуальной

функции и общей удовлетворенности своим состоянием. Это согласуется с данными опросников NIH-CPSI, ВАШ, шкалы депрессии Бека, PUF, IPSS, QoL, МИЭФ-15. По данным ВАШ наблюдалось снижение выраженности болевого синдрома с 5,6 (95 % CI 2,2–6,7) до 2,1 (95 % CI 1,7–3,9). Отмечалось также статистически значимое снижение выраженности депрессии, оцениваемой по шкале Бека, с 25,3 (95 % CI 14,1–39,7) до 7,2 (95 % CI 4,8–9,9). Объективно зафиксировано увеличение максимальной скорости мочеиспускания с $12,3 \pm 1,8$ до $16,8 \pm 1,3$ мл/с и уменьшение объема остаточной мочи с $35 \pm 11,2$ до $14 \pm 6,3$ мл. У пациентов 2-й группы после курса су-джок-терапии, основанной на непосредственном воздействии на биологически активные точки на кистях и стопах пациента, средний балл домена I составил 4,3 (95 % CI 3,4–5,1), домена II «Мочеиспускание», домена III «Влияние симптомов на Вашу жизнь» и домена IV «Качество жизни» — соответственно 2,8 (95 % CI 1,4–3,6), 2,2 (95 % CI 1,5–3,4), 2,7 (95 % CI 1,3–3,8).

Выводы. В представленном исследовании частота выявления ПБС после МБП составила 4,7 %. Полученные данные свидетельствуют об эффективности методов традиционной китайской медицины с целью коррекции ПБС, резистентного к стандартной терапии. Необходимо проведение дальнейших исследований для оценки продолжительности сохранения терапевтического эффекта и эффективности данных процедур в сравнении с другими методиками, направленными на устранение ПБС.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СЛОЖНЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЧЕК

© *К.В. Поздняков, С.А. Ракул*

СПбГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» (Санкт-Петербург)

Введение. По данным современной литературы, органосохраняющие операции являются методом выбора лечения локализованных форм рака почки в тех случаях, когда это технически осуществимо. Выполнение резекций почек возможно как при больших, так и при сложных опухолях.

Цель исследования — анализ результатов органосохраняющих операций при сложных опухолях почек (RENAL 10–12), выполненных в СПбГБУЗ «Городская больница № 40».

Материалы и методы. В урологическом отделении СПбГБУЗ «Городская больница № 40» за период с 2012 по 2019 г. проведено 335 операций по поводу новообразований почек, из них 181 (54,03 %) с сохранением почки. Для оценки

сложности опухолей использовали нефрометрический индекс RENAL. Клинические данные пациентов, которые получили органосохраняющее лечение, представлены в табл. 1.

В группе опухолей с индексом RENAL 10–12 новообразования T1a, T1b и T2a встречались в 11,1, 75 и 13,9 % соответственно. У этих пациентов операции выполняли робот-ассистированным (РА) и эндовидеохирургическим (ЭВХ) способами (94,3 и 5,7 % соответственно). Классификацию послеоперационных осложнений проводили по системе Clavien-Dindo.

Результаты. Медиана длительности операции составила 190 (160; 215) мин, кровопотери 150 (100; 300) мл. Частота интра- и послеопераци-