

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-

Таблица 1

Характеристика больных, которым проведено органосохраняющее лечение

| Индекс шкалы RENAL | 10–12 | 7–9 | 4–6 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Число пациентов, <i>n</i> (%) | 36 (19,9 %) | 96 (53 %) | 49 (27,1 %) |
| Пол м/ж, % | 65,6/34,4 | 50,0/50,0 | 46,9/53,1 |
| Возраст, Med (Q ₂₅ ; Q ₇₅), лет | 58,7 (52,1; 65,9) | 61,5 (54,1; 68,2) | 62,9 (53,0; 68,5) |
| Размер новообразования, Med (Q ₂₅ ; Q ₇₅), см | 5,6 (4,5; 6,7) | 3,8 (3,0; 4,7) | 2,7 (2,1; 3,7) |

Таблица 2

Интра- и послеоперационные осложнения после органосохраняющего лечения

| Индекс шкалы RENAL | 10–12 | 7–9 | 4–6 | <i>p</i> | |
|--------------------|-------------|--------------|------------|-----------|-------|
| Интраоперационные | 1 (2,86 %) | 5 (5,21 %) | 2 (4,0 %) | >0,05 | |
| Ранние | I–II | 2 (5,71 %) | 6 (6,25 %) | 1 (2,0 %) | >0,05 |
| | III | 5 (14,29 %) | 7 (7,29 %) | 3 (6,0 %) | ≤0,05 |
| | IV | – | – | 1 (2,0 %) | – |
| Поздние | I–II | – | 2 (2,08 %) | – | – |
| | III | – | 2 (2,08 %) | 2 (4,0 %) | >0,05 |
| Всего | 8 (22,86 %) | 22 (22,92 %) | 8 (16,0 %) | >0,05 | |

онных осложнений представлена в табл. 2. Интраоперационное осложнение возникло в одном (2,86 %) случае (повреждение селезенки), ранние послеоперационные — в семи случаях (19,4 %). У двух пациентов развился пиелонефрит, у двух — затек мочи за пределы чашечно-лоханочной системы и у трех — кровотечения, одно из которых потребовало хирургической ревизии.

Частота послеоперационных осложнений в группе сложных опухолей была достоверно выше, чем в группе с индексом RENAL 4–6, и практически равна таковой в группе RENAL 7–9, однако отмечалось преобладание осложнений, потребовавших хирургического вмешательства (Grade III).

Тотальная ишемия почки использована в 65,6 % случаев, сегментарная — в 31,3 %, без применения ишемии — 3,1 % случаев. Медиана продол-

жительности тотальной ишемии — 20 (17; 25) мин. Продолжительность тотальной ишемии почки более 25 мин зафиксирована у 11,76 % пациентов. В первые трое суток и через 6 месяцев снижение СКФ зафиксировано в 53,1 и 38,1 % случаев соответственно.

Положительный хирургический край выявлен у одного пациента (2,7 %). Рецидив заболевания также диагностирован у одного (2,7 %) пациента, которому выполнена радикальная нефрэктомия. Показатель «трифекта» в группе сложных опухолей почки составил 69,7 %.

Выводы. Органосохраняющие операции при опухолях почки высокой степени сложности (RENAL ≥ 10) могут сопровождаться различными неблагоприятными эффектами. Робот-ассистированные операции являются методом выбора при резекции почки.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ФАРМАКОКАВЕРНОЗОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

© С.В. Попов^{1, 2, 3}, И.Н. Орлов^{1, 3}, И.А. Гарапач^{1, 4}, Е.А. Гринь¹, С.М. Малевич¹, А.М. Гулько¹, Т.М. Топузов¹

¹ СПбГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (Санкт-Петербург);

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (Санкт-Петербург);

³ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

⁴ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Цель исследования — оценка эффективности мультиспиральной компьютерной фармакокавернозографии в диагностике органической (вено-окклюзивной) эректильной дисфункции (ЭД) и последующем планировании лечения данной патологии.