

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

Материалы и методы. С целью диагностики веноокклюзивной ЭД применяли метод мульти-спиральной компьютерной томографии с последующей 3D-реконструкцией полученных томограмм для идентификации венозных стволов, по которым преимущественно происходит патологический пассаж крови из кавернозных тел, кроме того, определяли статус кавернозных тел. Исследование было выполнено на 45 пациентах с подозрением на наличие веноокклюзивной ЭД в рамках комплексной диагностики. Выделяют 3 типа патологического венозного дренажа (ПВД) из кавернозных тел: дистальный сброс — по системе глубокой дорсальной вены, проксимальный сброс — по глубоким пенильным венам и смешанный тип сброса крови.

Исследование проводили на мультисрезовом спиральном компьютерном томографе AquilionPRIME, фирмы «Тошиба» (Япония), по протоколу Pelvis HCT Native; 120 KV; 60 mA; Rot. Time 0,5, с последующей обработкой полученных данных с моделированием (MPR и 3D-реконструкция). Средний возраст пациентов составил $30,7 \pm 6,7$ года. Исследование начинали со стандартной укладки: пациент располагался на станине компьютерного томографа с запрокинутыми за голову руками. На начальном этапе сканирование проводили в нативном режиме от крыльев подвздошной кости до головки пениса с одновременной задержкой дыхания на вдохе, после чего выполняли интракавернозную инъекцию вазоактивного препарата алпростадил (Каверджект),

10 мкг. После достижения эрекции использовали мануальную методику интракавернозного введения неионного низкоосмолярного контрастного вещества йогексол (Омнипак), 10 мл, разведенного в 40 мл физиологического раствора. Для инъекции использовали одноразовый шприц типа Луер-Лок (50 мл) для шприцевых насосов и иглу-бабочку 21 G с инфузионной линией и луер-адаптером с предварительной обработкой зоны инъекции раствором антисептика. При введении половины объема инициировали программу сканирования с последующим введением оставшегося объема. Повторное сканирование проводили через 50 секунд, после чего исследование завершали.

Результаты и заключение. При обработке данных динамической компьютерной фармакокавернозографии получены следующие результаты: ПВД верифицирован у 43 (95,5 %) больных, среди которых у 20 % выявлен дистальный ПВД, у 30 % — проксимальный ПВД и у 45,5 % — смешанный, кавернозный фиброз диагностирован у 7 (15,5 %) пациентов и болезнь Пейрони — у 1 (2,2 %) пациента. Таким образом, динамическая компьютерная фармакокавернозография позволяет установить у пациентов с веноокклюзивной ЭД вид ПВД и выявить структурные изменения кавернозной ткани, что служит определяющим фактором в выборе метода лечения и дает возможность сделать прогноз эффективности того или иного способа лечения ЭД в зависимости от тяжести органических расстройств у каждого пациента в отдельности.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ (ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ) МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СОСТОЯНИЕ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ

© С.В. Попов^{1, 2, 3}, И.Н. Орлов^{1, 3}, Т.М. Топузов¹, Е.А. Гринь¹, С.М. Малевич¹, И.В. Сушина¹

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)

Цель исследования — анализ литературы, посвященной влиянию различных методов оперативной коррекции (трансуретральных и лапароскопических) доброкачественной гиперплазии предстательной железы на состояние копулятивной функции — либидо, эрекцию, оргазм и эякуляцию. Применение вышеуказанных методов сопряжено с влиянием на половую жизнь пациента,

которое может проявляться как прогрессом, так и регрессом копулятивной дисфункции.

Материалы и методы. Для поиска литературных источников использовали фонды научной электронной библиотеки РИНЦ (<http://www.elibrary.ru>), международной медицинской базы данных Pubmed (<http://www.pubmed.org>). Базовая глубина аналитического поиска составила 40 лет.