

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 мультисрезом 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.

Результаты и заключение. Было подвергнуто анализу 550 источников, из которых 80 удовлетворяли установленным критериям. С точки зрения этиопатогенеза сопутствующая патология и возраст четко обуславливают прогрессирование уже имеющейся до операции копулятивной дисфункции. Ясного понимания патофизиологических механизмов развития случаев эректильной дисфункции *de novo* нет.

Вопрос влияния лапароскопических и эндоскопических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы на

состояние копулятивной функции в различные сроки послеоперационного периода практически не исследован в мировой клинической практике, что безусловно требует проведения рандомизированных проспективных исследований в этом направлении.

Отмечено отсутствие работ в мировой литературе, посвященных комплексной оценке влияния различных методов оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (в рамках единого исследования) на состояние копулятивной функции в целом.

ОСЛОЖНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

© С.А. Ракул, Р.А. Елов, М.О. Скиба

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

Несмотря на внедрение различных методик лечения больных клинически локализованной формой рака предстательной железы основным методом остается робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РобРПЭ). Как и любое оперативное вмешательство, она может приводить к осложнениям, возникающим как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Нами проанализированы результаты 404 РобРПЭ, выполненных в отделении урологии ГБУЗ «Городская больница № 40» по поводу рака предстательной железы в 2013–2018 гг. Средний возраст пациентов на момент оперативного вмешательства составлял $63,68 \pm 6,4$ (39,3–80,7) года. Содержание простатического специфического антигена в сыворотке крови в дооперационном периоде находилось в диапазоне 1,6–200,0 нг/мл. Больным с предполагаемым местнораспространенным раком предстательной железы (48 чел., 11,94 %) в предоперационном периоде проводили неoadъювантную терапию по стандартной схеме антиандрогенами.

Всем пациентам выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомия в 91,58 % случаев лапароскопическим и в 8,42 % случаев — экстраперитонеальным доступом. Тазовая лимфаденэктомия выполнена 215 пациентам (53,22 %). Медиана срока наблюдения после хирургического вмешательства — 28,42 (1,0–65,45) месяца. Интра- и послеоперационные осложнения РобРПЭ приведены в таблице.

Частота интраоперационных осложнений составила 3,95 %, послеоперационных ранних — 5,92 % и поздних — 8,64 %. Имеется прямая корреляционная связь между частотой осложнений и стадией рака предстательной железы. Из приведенных ма-

териалов следует, что наиболее частым интраоперационным осложнением РобРПЭ является повреждение магистральных сосудов малого таза, которое, однако, не приводило к массивным кровопотерям. Источниками интраоперационного кровотечения, которые потребовали гемотрансфузии (4 пациента, 0,99 %), являлись вены санториниевого сплетения.

Причинами кровотечения в послеоперационном периоде, как правило, становятся неадекватный гемостаз во время операции и недостаточность свертывающей системы крови. Повторные вмешательства с целью ревизии брюшной полости и малого таза потребовались 9 (2,22 %) пациентам. Повреждение прямой кишки (0,74 %) — редкое осложнение, происходило при выделении задней поверхности и пересечении ножек предстательной железы. Во всех случаях оно диагностировано и ликвидировано интраоперационно и не потребовало наложения колостомы.

Осложнения, связанные с лимфореей, выявлены у 14 пациентов и преимущественно наблюдались после расширенной лимфаденэктомии. Дополнительные инвазивные вмешательства потребовались только у трех пациентов.

При стриктурах везикоуретерального анастомоза оптическую уретротомию выполнили 8 пациентам (1,98 %), а 5 из них перенесли эту операцию неоднократно. Главными причинами данного осложнения служили гематома в области анастомоза, дефекты наложения везикоуретерального анастомоза и, как следствие, длительная катетеризация мочевого пузыря.

Осложнение, являющееся опасным для жизни — ТЭЛА, выявлено только у одного пациента в позднем послеоперационном периоде.