

рационных осложнений, разработать методы их профилактики, оценить степень влияния развившихся осложнений на функциональные результаты проведенного лечения.

Результаты. В ходе проведенного анализа пролеченных пациентов нами было диагностировано 12 осложнений, 7 из которых (травма кишки и мочевого пузыря) были устранены интраоперационно, оставшиеся 5 потребовали проведения экстренной операции в ближайшие сутки послеоперационного периода. Наиболее распространенными ранними послеоперационными осложнениями стали несостоятельность везикоуретрального анастомоза (ВУА), лимфорей и гемотрансфузия. Они развились у 59 (11,5 %), 33 (6,4 %) и 31 (6,1 %) пациента соответственно. Частота ранних осложнений РАРП составляет 29,5 %, большая часть (90,2 %) из которых соответствует осложнениям I и II степеням по классификации хирургических осложнений Clavien. Анализ поздних осложнений РАРП свидетельствует о том, что стриктура уретровезикального анастомоза диагностируется в первые полтора года после операции менее чем у 1 % пациентов; вентральные грыжи регистрируются в сроки от 3 месяцев до 3 лет (троакарная — 0,6 %, ин-

цизионная — 4,6 %, паховая — 5,4 %). Установлено что тазовая лимфаденэктомия увеличивает общую частоту осложнений в 2 раза. Несостоятельность уретро-везикального анастомоза и частота гемотрансфузий зависят от размеров предстательной железы. Применение неоадьювантной гормональной терапии повышает вероятность несостоятельности везикоуретрального анастомоза в 2 раза. Выполнение реконструкции шейки мочевого пузыря увеличивает риск стриктуры везикоуретрального анастомоза в 1,5 раза в сравнении с техникой, избегающей данного пособия.

Выводы. Любое оперативное вмешательство связано с риском развития осложнений, от которых зависит течение послеоперационного периода. Частота осложнений является универсальным показателем критической оценки безопасности, успешности и стоимости хирургического лечения, а также обучения медицинского персонала. Риск развития осложнений РАРПЭ по сравнению с открытой методикой значительно меньше. С увеличением количества выполненных операций снижается риск развития несостоятельности ВУА и частоты гемотрансфузий.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДАТЧИКА С ТРЕХМЕРНОЙ СИСТЕМОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

© *А.О. Васильев¹, А.В. Говоров¹, С.О. Сухих¹, П.П. Глыбин², А.Э. Алексеев², Е. Алексеева², Д.Ю. Пушкар¹*

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва);

² ООО «М.П.А. медицинские партнеры» (г. Москва)

Введение. Активное внедрение в клиническую практику методов трехмерной ультразвуковой визуализации предопределило создание нового инновационного внутрисполостного датчика с наивысшим качеством изображения в диапазоне 360°. Высокое разрешение получаемых эндовагинальных, аноректальных и трансректальных ультразвуковых (УЗ) изображений в сочетании с 3D-визуализацией позволяет значительно облегчить постановку диагноза и тем самым спланировать ин-

траоперационный этап лечения. Отчетливая визуализация всех анатомических деталей глубоколежащих структур тазового дна позволяет следить за динамикой в послеоперационном периоде. Разработанный компанией BK Medical (Analogic ultrasound group, USA) ультразвуковой внутрисполостной датчик 3D ART™ обладает встроенной трехмерной системой визуализации и позволяет проводить чувствительную цветную доплерографию, а благодаря небольшому диаметру датчика

и отсутствию движущихся деталей дискомфорта пациента сведен к минимуму.

Цель исследования. Оценить эффективность и возможность клинического использования внутрисполостного УЗ-датчика с трехмерной системой визуализации.

Материалы и методы. В июне 2016 г. на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова начато исследование, оценивающее эффективность внутрисполостного датчика 3D ART™. Проведен ряд клинических исследований по определению основных областей применения данного УЗ-датчика: оценена возможность интраоперационной цветной доплерографии зоны сосудисто-нервных пучков (СНП) в режиме реального времени при проведении робот-ассистированной радикальной простатэктомии, выполнен сравнительный анализ УЗ-картин, полученных при гистосканировании предстательной железы пациентов с верифицированным диагнозом рака простаты. Всем пациентам исследование выполнялось при помощи УЗ-аппарата BK Medical с использованием внутрисполостного датчика 3D ART™ с диапазоном частот 12–4 МГц преобразователя Type 8838.

Результаты. Количество исследованных пациентов при помощи внутрисполостного датчика 3D ART™ невелико для полноценного

анализа, тем не менее уже сейчас можно утверждать, что проведение двух- и трехмерного сканирования позволяет четче (по сравнению с предыдущими версиями внутрисполостных датчиков) определять границы и зональную дифференцировку предстательной железы и прилежащих к ней СНП, объективизировать диагностический поиск и план лечения.

Заключение. Ультразвуковой датчик 3D ART™ 8838 открывает принципиально новый подход к ультразвуковым исследованиям мочеполовых органов малого таза и организации диагностического процесса. В режиме реального времени УЗ-датчик позволяет получить изображения всех органов и анатомических структур тазового дна, что дает возможность создать персонализированный план лечения для каждого конкретного пациента, спланировать ход операции и создать план дальнейшего наблюдения. Дальнейшее изучение эхографических характеристик нормальной анатомии и патологии органов малого таза, получаемых при помощи вышеупомянутого внутрисполостного датчика, потребует дополнительного времени и включения большего числа пациентов.

В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке гранта Президента РФ МК-5594.2016.7.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

© *В.В. Власов, В.Н. Крупин, Д.П. Почтин, О.С. Стрельцова*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ
(г. Нижний Новгород)

Мочекаменная болезнь — одно из наиболее частых урологических заболеваний, встречающихся в среднем не менее чем у 1–3 % населения, причем наиболее часто у людей трудоспособного возраста (20–50 лет), и проблема лечения данного заболевания остается одной из самых актуальных и сложных в современной урологии (Кадыров З.А. и др., 2013). В большинстве европейских стран формирование камней в 50–70 % случаев связано с инфекцией мочевыводящих путей (Дутов В.В., 2014).

Приблизительно 50 % мочевых камней у больных МКБ могут быть инфицированы широким спектром возбудителей (Романова Ю.М. и др., 2015). При анализе микробиологических исследований в других клиниках выяснилось, что более чем в половине случаев речь идет о микробных ассоциациях.

В нашей клинике на базе ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» было проведено исследование флоры мочевыводящих путей у пациентов, находившихся на стационарном лече-