и правосторонним у 4 (1,9 %) пациентов. В послеоперационном периоде у 5 пациентов (2,3 % случаев) было отмечено развитие рецидивного левостороннего и правостороннего варикоцеле после левосторонней варикоцелэктомии. При проведении магнитно-резонансного исследования нижней полой вены и сосудов малого таза у всех 5 пациентов был выявлен синдром May-Thurner. Всем этим пациентам была проведена ретроградная флебография и флеботонометрия почечных и подвздошных сосудов. Флеботонометрия подтвердила гипертензию в левой внутренней подвздошной вене (давление в среднем 31 мм рт. ст.) и в правой внутренней подвздошной вене (давление в среднем 27 мм рт. ст.), что превышало среднестатистическую норму в 6–8 раз. Флебография выявила выраженный варикоз паравезикального и парапростатического венозного сплетения вследствие синдрома May-Thurner. Всем этим пациентам было проведено склерозирование декомпенсированных яичковых вен. От установки стента в левую общую подвздошную вену было решено воздержаться.

Обсуждение. May-Thurner синдром как причина илеофеморальных тромбозов и хронического болевого синдрома хорошо изучен в хирургической и гинекологической практике. Данные о его роли в развитии урологических проблем у мужчин в научной медицинской литературе практически отсутствуют.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что синдром May-Thurner может быть причиной рецидивного варикоцеле. Современный диагностический алгоритм у пациентов с варикоцеле не ориентирован на выявление синдрома May-Thurner. Показания к традиционному хирургическому лечению варикоцеле у пациентов с синдромом May-Thurner нуждаются в пересмотре ввиду его неэффективности.

ОБЪЕМНАЯ НАВИГАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОВМЕЩЕННАЯ (FUSION) УЗИ/МРТ-БИОПСИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© ***М.А. Кахели[1], Б.К. Комяков[1], А.Л. Бурулев[1], А.И. Горелов[2], С.В. Попов[2,3], В.Л. Щукин[2]***

[1] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург);
[2] ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (г. Санкт-Петербург);
[3] СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки» (г. Санкт-Петербург)

Современные ультразвуковые технологии (функция объемной навигации) предоставляют великолепную возможность совмещения в режиме реального времени ультразвуковых изображений с полученными ранее изображениями компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) или позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Используя преимущества всех режимов визуализации, можно легко и точно оценивать патологию. Данная технология не только помогает при диагностике, но и незаменима при мониторинге и интервенционных вмешательствах.

Основными показаниями для применения объемной навигации являются ситуации, когда поражение не выявляется или нечетко визуализируется при ультразвуковом исследовании (УЗИ), но отчетливо определяется на томографиях; поражение «закрыто» какой-либо анатомической структурой; имеется несколько поражений и трудно однозначно определить то, которое требуется визуализировать. Применяют объемную навигацию — таргетную (прицельную) совмещенную Fusion-биопсию в онкоурологии при диагностике образований почек, не определяемых при УЗИ; для диагностики рака предстательной железы; верификации поражений при биохимическом рецидиве после радикальной простатэктомии.

Мы выполнили совмещенную Fusion-биопсию предстательной железы 52 муж-

чинам в возрасте от 46 до 79 лет с уровнем общего простат-специфического антигена от 3,1 до 17 нг/мл, индекс здоровья простаты (PHI) был в пределах 41–96 (по калибровке Hybritech Tandem™-R). Всем пациентам до биопсии была выполнена мультипараметрическая МРТ (мпМРТ) предстательной железы. Изменения, выявленные при мпМРТ, оценены с учетом PI-RADS Version 2. Размеры очага в предстательной железе при мпМРТ варьировали от 8 до 24 мм. Распределение очагов по классификации Pirads v2 было следующим: Pirads III — 4 пациента, Pirads IV — 27 пациентов и Pirads V — 21 пациент. Совмещенная Fusion-биопсия включала 2–4 прицельных биоптата и системную биопсию (12 стандартных биоптатов) предстательной железы.

Гистологическое заключение по прицельным биоптатам: у 48 пациентов выявлена ацинарная аденокарцинома с суммой баллов по шкале Глисона 6 (3 + 3) — 6 пациентов, 7 (3 + 4) — 21 пациент, 7 (4 + 3) — 14 пациентов, 8 (4 + 4) — 7 пациентов, а у 4 мужчин был выявлен PIN. Совмещенная УЗИ/МРТ Fusion-биопсия обнаружила значительно меньше случаев РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона ≤ 6 ($p < 0{,}001$) и значительно больше случаев РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона ≥ 7 ($p < 0{,}001$) по сравнению с системной биопсией. Более высокий балл по PI-RADS был связан с более высоким уровнем обнаружения РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона ≥ 7 ($p < 0{,}001$), но не коррелировал с обнаружением РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона ≤ 6.

Повышение диагностической эффективности Fusion-биопсии под контролем совмещенного УЗИ/МРТ-метода связано с более качественной визуализацией патологических очагов в предстательной железе на виртуальном МРТ-изображении и повышает ее точность в выявлении клинически значимого рака предстательной железы.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, СВЯЗАННЫЕ С МЕТОДАМИ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ

© ***О.А. Кириченко***

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Основным методом лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря (МП) остается хирургический, а единственно радикальным вмешательством является радикальная цистэктомия (РЦ) с различными способами деривации мочи. Все осложнения данной операции в раннем послеоперационном периоде можно поделить на общехирургические и связанные с методом отведения мочи. Целью исследования явился их анализ.

Материалы и методы. Нами изучены результаты РЦ с различными методами деривации мочи, выполненных по поводу рака мочевого пузыря 382 больным в урологической клинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова на базе урологического отделения СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» с 1997 по 2016 год. Мужчин было 330 (86,4 %), женщин — 52 (13,6 %). Возраст оперированных мужчин составил 57,7 ± 7,3 года, а женщин — 51,2 ± 4,7 года. Всем им были выполнены клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, инструментальные, эндоскопические и морфологические методы исследования. Неконтинентные методы деривации мочи были применены у 39 (10,2 %) больных: 27 (7,1 %) — уретерокутанеостомия (УКС), 7 (1,8 %) — чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС), 2 (0,5 %) — трансуретероуретероанастомоз с односторонней нефростомией и у 3 (0,8 %) — гетеротопически расположенный резервуар по методу Бриккера. Варианты континентного отведения мочи использованы у 352 (92,2 %) больных. Ортотопическая цистопластика была выполнена у 304 (79,6 %) пациентов, гетеротопическая — у 48 (12,6 %). С целью цистопластики были использованы различные сегменты ЖКТ: желудок — у 24 (6,3 %), подвздошная кишка —