

до операции. Согласно полученным данным укорочение длины полового члена у пациентов во второй группе составило 10,26 %, что на 2,9 % меньше, чем у пациентов в контрольной группе. В третьей группе пациентов укорочение длины полового члена через 7 суток составило $0,78 \pm 0,1$ см. Через 30 суток после оперативного вмешательства статистически достоверно отмечается увеличение длины полового члена на $0,17 \pm 0,08$ см, а через 3 месяца увеличение длины составило $0,75 \pm 0,08$ см. Таким образом, несмотря на укорочение длины полового члена у пациентов в третьей группе по результатам измерения на 7-е сутки на 5,7 %, к 90-м суткам отмечается увеличение длины полового члена на 5,5 % по сравнению с исходными данными.

По оценке результатов тестирования по опроснику МИЭФ-5 были получены следующие данные: в первой группе суммарный балл степени выраженности ЭД до операции был равен 16,5 балла, к 7-м суткам — уменьшился на $6,45 \pm 1,3$ балла, что в среднем составило 9,7 балла. К 30-м и 90-м суткам было отмечено незначительное увеличение до 10,1 и 10,2 балла соответственно. Во второй группе суммарный балл к 7-м суткам после операции уменьшился на $6,4 \pm 1,3$ балла, что составило 9,7 балла. К 30-м и 90-м суткам отмечалось увеличение суммарного балла до 13,2 и

13,4 балла соответственно. При оценке суммарного балла у пациентов в третьей группе полученные данные статистически достоверно не отличались от полученных результатов во второй группе.

Качество жизни по шкале QOL в первой группе до операции составляло 2,1 балла, через 7 суток после оперативного лечения РПЖ снизилось на $2,05 \pm 0,3$ балла, далее отмечена тенденция к улучшению. На 30-е и 90-е послеоперационные сутки средний уровень качества жизни составил 3,7 балла. Во второй и третьей группах также отмечено ухудшение качества жизни к 7-м суткам после операции до 4,15 балла, а к 30-м и 90-м суткам — улучшение до 2,4 балла во второй группе и 2,6 балла в третьей. Статистически значимых различий на уровне качества жизни во второй и третьей группах получено не было.

Таким образом, нами сделаны выводы о том, что сочетание ежедневного приема ИФД-5 и использование вакуум-экстендера позволяет не только предотвратить уменьшение длины полового члена, но и увеличить его длину на $0,75 \pm 0,08$ см; частота ЭД после РПЭ на 15 и 20 % меньше у пациентов второй и третьей групп, чем в контрольной; состояние эректильной функции в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© П.С. Кызласов¹, А.Г. Мартов¹, О.В. Паклина², И.Н. Орлов³, Т.М. Топузов³,
А.А. Кажера¹, Г.Р. Сетдикова²

¹ ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ (г. Москва);

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ» (г. Москва);

³ СПб ГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (г. Санкт-Петербург)

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения РФ соответствующие поражения предстательной железы составляют 6 %. «Золотым стандартом» лечения РПЖ является лапаро-

скопическая или роботассистированная нервосберегающая радикальная простатэктомия (РПЭ). На фоне успешности хирургии с позиции обеспечения выживания пациентов все более актуальным становится вопрос каче-

ства жизни пациентов, успешно перенесших оперативное пособие. Одним из основных осложнений в послеоперационном периоде является расстройство копулятивной функции. Удельный вес пациентов, перенесших соответствующую операцию и страдающих нарушением эректильной функции, составляет, по данным разных авторов, от 6 до 93 %, при этом эректильная дисфункция (ЭД), требующая дополнительной терапии, отмечается у 4–50 % прооперированных, а стойкая утрата эрекции может достигать 28 %. Фаллопротезирование является «золотым стандартом» лечения эректильной дисфункции у пациентов со стойкой утратой эрекции. Однако при этом практически полностью отсутствуют какие-либо обоснованные подходы к определению оптимального временного диапазона и условий для выполнения такого хирургического вмешательства.

С целью объективизации сроков выполнения фаллопротезирования нами выполнено гистоморфологическое исследование кавернозной ткани у пациентов, перенесших РПЭ, и проанализированы результаты через 3, 12 и более месяцев после операции.

Материалы и методы. С 2011 по 2016 г. на базе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России наблюдалось 192 пациента моложе 65 лет с подтвержденной нормальной эрекционной составляющей копулятивного цикла до операции (нервосберегающей лапароскопической РПЭ). В послеоперационном периоде все пациенты в малых дозах принимали ИФДЭ-5. В течение 3 месяцев после РПЭ у 45 % прооперированных было зафиксировано восстановление спонтанной эффективной эрекции. У 21 % для функциональной реабилитации потребовалась постоянная терапевтическая поддержка ИФДЭ-5. У 34 % (65 пациентов) наступила стойкая утрата эрекции.

65 пациентам, имеющим ЭД, не поддающуюся медикаментозной коррекции, было

произведено фаллопротезирование в разные сроки после РПЭ. В зависимости от сроков оперативного вмешательства пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 33 пациента, фаллопротезирование выполнено через 3–5 месяцев после РПЭ, во вторую группу — 32 пациента, фаллопротезирование выполнено через 7–9 месяцев. До проведения операции все пациенты продолжали принимать ИФДЭ-5 в малых дозах.

Результаты. В ходе исследования были получены следующие результаты: интраоперационно у пациентов 1-й группы кровенаполнение кавернозной ткани удовлетворительное, признаков фиброза не отмечалось, у пациентов 2-й группы кровенаполнение снижено, признаки кавернофиброза. Длительность оперативного вмешательства в первой группе составила 49,6 (30–70) мин, во второй группе — 98,5 (89–120) мин ($p < 0,05$), послеоперационных осложнений в 1-й группе не зарегистрировано, во 2-й — у 3 пациентов развилась эрозия полового члена, вследствие чего эндопротезы были удалены.

По данным иммуногистохимического исследования в препаратах 1-й группы преобладало образование волокон коллагена III типа, который легко поддается деградации. В препаратах 2-й группы выявлено преобладание волокон коллагена I типа, образующих плотные соединительнотканые структуры, которые свидетельствуют о наличии кавернофиброза.

Выводы. Таким образом, иммуногистохимически было подтверждено, что если в течение 5 месяцев после РПЭ не восстановились адекватные эрекции, то необходимо выполнять протезирование, так как в последующем эректильная функция не восстанавливается, а образуется кавернофиброз, который приводит к увеличению длительности оперативного вмешательства и к послеоперационным осложнениям.