

превышать количество тестостерона, которое снижается с возрастом. Данный подход позволяет сохранить продукцию и импульсный режим образования тестостерона собственными клетками Лейдига (Печерский А.В., 2006; Печерский А.В., 2010). Целью андроген-заместительной терапии является восстановление регуляции, осуществляемой тестостероном, а не упрощенный подход, связанный с достижением нормальных значений концентрации гормона в крови, путем назначения повышенных доз (одинаковых для всех пациентов) указанных препаратов, приводящих к повышению образования 5 α -дигидротестостерона и эстрадиола. Опасность и последствия на-

значения избыточных доз препаратов тестостерона были убедительно показаны исследованиями прошлого века, посвященными механизмам развития рака предстательной железы. Назначение препаратов тестостерона с подбором индивидуальной дозы (соответствующей возрастному снижению продукции гормона) может использоваться для профилактики опухолей предстательной железы. Также можно предполагать, что назначение андроген-заместительной терапии между курсами андрогенной блокады и при активном наблюдении будет способствовать улучшению результатов лечения больных раком предстательной железы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАНЕФРОСТОМИЧЕСКОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ РАСТВОРОМ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

© С.В. Попов^{1,2}, И.Н. Орлов¹, В.М. Обидняк¹, Н.К. Гаджиев³

¹ СПб ГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (г. Санкт-Петербург);

³ ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РФ (г. Санкт-Петербург)

Цель работы. Оценить уровень болевого синдрома у пациентов после перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ), которым выполнена паранефростомическая инфильтрация (ПНИ) с использованием раствора местного анестетика, сравнить этот метод обезболивания с контрольной группой, при которой локального обезболивания не предусматривается.

Материалы и методы. В работу было включено 63 человека с конкрементами почек, подтвержденными результатами МСКТ, которым планировалось выполнить ПНЛТ. В ходе наблюдения 6 человек были исключены в соответствии с критериями исключения. Оставшиеся 57 человек были рандомизированы в 2 группы: больным группы А ($n = 28$) в конце операции выполнялась паранефростомическая инфильтрация 0,5 % р-ром ропивакаина; больным группы Б ($n = 29$), контрольной группы, местное обезболивание не выполнялось. В послеоперационном периоде проводилась оценка уровня болевого синдрома по

визуально-аналоговой шкале боли (ВАШБ) через 1 час, 6 часов и 24 часа после операции. Системное обезболивание проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (внутримышечная инъекция 100 мг кетопрофена) по требованию пациента.

Результаты. В группе пациентов, которым проводилась ПНИ, среднее количество баллов, оцененное через 1 час и 6 часов после операции, было существенно меньше, чем в группе контроля, при этом полученные различия были статистически значимы (0,8 и 1,3 в группе ПНИ; 2,7 и 3,4 в группе контроля; $p < 0,01$). Через 1 сутки после операции средний балл, оцененный по ВАШБ, был практически одинаковым в обеих группах (1,9 ПНИ vs 2,1 контроль; $p > 0,05$). Общее количество кетопрофена, необходимого для послеоперационной аналгезии всех пациентов, в группе с ПНИ составило 1,3 г, тогда как в группе, в которой местное обезболивание не предусматривалось, — 3,1 г ($p < 0,05$).

Обсуждение. Целью нашего исследования была оценка влияния паранефростомической инфильтрации на степень болевого синдрома после операции. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнялась стандартная перкутанная нефролитотрипсия, которая заканчивалась установкой нефростомы 16/18 Ch. Было получено статистически значимое различие в уровне послеоперационной боли у пациентов в группе с обезболиванием и в группе, в которой обезбоживание не предусматривалось. В группе с ПНИ уровень послеоперационной боли по ВАШБ через 1 час и 6 часов был значительно ниже, чем в группе контроля. Интересно, что через 24 часа в обеих группах уровень послеоперационной боли был практически одинаковым, что, вероятнее всего, связано с длительностью действия местного анестетика. Для 5 % раствора ропивакаина он составляет 5–12 часов

(Gadsen J., 2013). Среднее количество кетопрофена, необходимого для послеоперационной анальгезии, в группе с паранефростомической инфильтрацией было существенно меньше по сравнению с группой контроля, что может влиять на риск развития желудочно-кишечных, почечных и сердечно-сосудистых осложнений, связанных с применением НПВС.

Заключение. Использование паранефростомической инфильтрации раствором местного анестетика после ПНЛТ статистически значительно снижает уровень послеоперационной боли и имеет тенденцию к снижению использования НПВС для устранения болевого синдрома, что, в свою очередь, может снизить риск развития осложнений, связанных с приемом НПВС. Независимо от того, какой метод используется в качестве первичной анальгезии при ПНЛТ, использование местной анестезии остается безопасным и весьма эффективным методом.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СВЫШЕ 100 СМ³

© С.В. Попов^{1,2}, И.Н. Орлов¹, С.М. Малевич¹, И.В. Сушина¹, Е.А. Гринь¹, Д.А. Журавский¹

¹ СПб ГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (г. Санкт-Петербург)

Цель исследования. Сравнение двух методов энуклеации простаты: применение гольмиевого лазера и эндовидеохирургической аденомэктомии (ЭВХ АЭ).

Материалы и методы. Мы сравнили результаты лечения 180 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая аденомэктомия ($n = 90$), а также лазерная энуклеация предстательной железы ($n = 90$) при объеме последней > 100 см³. Исследовались следующие параметры: длительность катетеризации, пребывания в стационаре (послеоперационное), оценка симптомов IPSS, урофлоуметрия, осложнения. Статистический анализ проводился с помощью критерия Стьюдента (t) и теста Фишера.

Результаты. Не наблюдалось значительной разницы в возрасте пациентов, предоперационных размерах простаты, весе железистой ткани и времени операции. Продолжитель-

ность катетеризации ($p = 0008$) и пребывания в стационаре ($p < 0001$) была значительно ниже в группе лазерной энуклеации. Обе группы показали статистически значимое улучшение функциональных показателей через 3 месяца после оперативного лечения. В группе лазерной энуклеации 18 (20 %) больных имели осложнения согласно модифицированной системе классификации Clavien по сравнению с 23 (25,55 %) в группе ЭВХ аденомэктомий.

Заключение. Гольмиевая лазерная энуклеация простаты имеет аналогичные краткосрочные функциональные результаты и показатели осложнений по сравнению с эндовидеохирургической аденомэктомией при железах больших объемов. Отмечено преимущество по длительности катетеризации и сокращение длительности госпитализации в группе гольмиевой энуклеации.