

дующем 6 пациентам была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы). Статистически значимой разницы в группах больных с восстановленным мочеиспусканием не выявлено. Также не было выявлено наличие связи между эффективностью применяемых катетеров и наличием факторов риска развития КАИМП. Длительное нахождение уретрального катетера (≥ 5 дней) было связано с увеличением скорости развития симптоматической КАИМП: лихорадка $> 38^\circ\text{C}$ ($n = 2$), боль и дизурические явления после удаления уретрального катетера ($n = 8$) во всех трех группах, однако разница была статистически не достоверна: $p = 0,83$ и $p = 0,19$ для первой и второй групп соответственно. В третьей группе больных дизурических явлений после удаления уретрального катетера отмечено не было ($p = 0,001$). Во 2-й и 3-й группах была отмечена более низкая скорость бактериурии ($p = 0,001$). Исследование микробиологического посева мочи в группе больных с длительной (≥ 5 дней) катетеризацией мочевого пузыря показало наличие *E. coli* $\geq 10^3$ КОЕ/мл. Развитие симптоматической КАИМП потребовало про-

ведения системной антибактериальной терапии, учитывая спектр чувствительности.

Заключение. Количество исследованных нами пациентов невелико, а полученные результаты в большей степени статистически недостоверны, но тем не менее уже сейчас можно отметить, что применение новой модели уретрального катетера в перспективе позволит сократить процент внутрибольничной инфекции, снизить послеоперационный койко-день и, как следствие, уменьшить экономические затраты. Дизурические явления, развитие которых происходило на фоне симптоматической КАИМП, носили менее выраженный оттенок во 2-й и 3-й группах, что, возможно, связано с антибактериальным и противовоспалительным действием серебра, а также механическим удалением бактериальных частиц путем орошения слизистой уретры. Полученные предварительные данные показали эффективность новой модели уретрального катетера в группе больных, у которых дренирование мочевого пузыря было ≥ 5 дней.

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

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ТЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

© *А.О. Васильев, А.В. Говоров, П.И. Раснер, С.О. Сухих, Д.В. Котенко, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь*

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

Введение. В структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями рак предстательной железы (РПЖ) по-прежнему занимает «лидирующие» позиции. По данным статистики, в 2015 г. было зарегистрировано более 38 тысяч случаев заболевания РПЖ, что практически в 2,5 раза больше, чем десять лет назад. Внедрение в клиническую практику новых альтернативных и малоинвазивных методов лечения РПЖ, а также усовершенствование имеющихся технологий позволили добиться высокой безрецидивной выживаемости. Вместе с тем течение интра- и послеоперационного периода любого из оперативных методов лече-

ния может быть сопряжено с риском развития осложнений. Целью данной работы явилась оценка особенностей течения послеоперационного периода робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРПЭ).

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены 600 пациентов, которые перенесли РАРПЭ на кафедре урологии МГМСУ. Медиана наблюдения составила 2,9 года. Проведенный статистический анализ (на основании телефонного анкетирования, заполнения опросников и данных проведенного обследования) позволил определить характер, частоту и факторы риска интра- и послеопе-

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 внутривидового 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 внутривидовый датчик 3D ART™ обладает встроенной трехмерной системой визуализации и позволяет проводить чувствительную цветную доплерографию, а благодаря небольшому диаметру датчика