

рования, после рационального протезирования и восстановления жевательной функции.

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ КАК ПОСЛЕДНИЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ

Неймарк А.И., Музалевская Н.И., Алиев Р.Т.
*АГМУ, кафедра урологии и нефрологии,
Барнаул*

Биопсия предстательной железы является заключительным этапом в обследовании пациента с подозрением на рак предстательной железы. На клинической базе кафедры урологии и нефрологии АГМУ в условиях урологического отделения МУЗ «Горбольница №11» с 2004 года по настоящее время внедрена пункционная аспирационно-режущая биопсия простаты, выполняемая под УЗИ-контролем (Hitachi EUB 515 А, двуполостной ректальный датчик с частотой 6,5 МГц) из 4-8 вколов веерообразно, дающая возможность получить от 12 до 24 столбиков ткани. Манипуляция проводится под внутривенным обезболиванием, длительность анестезии и манипуляции 8-10 минут. За указанный период времени проведено 55 биопсий простаты. Среди выявленных эхографических данных преобладают комбинация узла центральной части простаты (ДГП) и гипозоногенного участка периферической части (35%), одинаково часто определялось тотальное поражение простаты опухолью без дифференциации экзон и одиночные гипозоногенные участки периферической части простаты без деформации контура железы, одиночные гипозоногенные участки, вызывающие асимметрию простаты (по 13%). В 25% выявлялся классический узел доброкачественной гиперплазии простаты с кистами, петрификациями по границы узла и в двух случаях анэхогенное образование, исходящее из базальной части простаты с неоднородным внутренним содержимым, с толстой стенкой повышенной эхогенности неравномерной толщины с элементами кровотока. В 49% по полученным результатам биопсии диагностирован рак простаты (в основном темноклеточная мелкоацинарная аденокарцинома по шкале Глиссона от 4 до 6 баллов), в 27,3% случаев простатическая интраэпителиальная неоплазия низкой степени (в том числе в составе ДГП и как самостоятельное гистологическое заключение), в 18,2% - ДГП, в 5,5% наблюдений – киста простаты и один случай лейомиомы. Таким образом использование пункционной аспирационно-режущей биопсии под УЗИ-контролем является высокоинформативным методом диагностики рака простаты, сопоставимым (по литературным данным) с использованием автоматических биопсийных игл, позволяющим определить прогностические критерии (шкалу Глиссона) при раке простаты и выявить предраковые состояния (простатическую интраэпителиальную неоплазию) и определить дальнейшую тактику ведения больного.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭРЕКТИЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У БОЛЬНЫХ С СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Неймарк А.И., Алиев Р.Т., Баканова А.С.

Эректильная дисфункция входит в пятёрку наиболее распространенных заболеваний мужской половой системы, поэтому вопросы диагностики и лечения такой категории больных очень важны.

Полиэтиологичность, полипатогенетичность эректильной дисфункции определяют большие трудности диагностики и лечения данной патологии. На наш взгляд, для определения тактики ведения больных в зависимости от этиологии может быть удобной определение функционального эректильного резерва полового члена на фоне тестирования с ингибиторами ФДЭ – 5 типа и сопоставить его с показателями УЗДГ полового члена.

Нами проведено исследование, которое включило 37 пациентов с различной этиологией эректильной дисфункции. Всем пациентам было проведено комплексное обследование, которое включало: сбор жалоб, данных анамнеза (на основании шкал МКФ, МИЭФ), гормонального профиля, физикального обследования, ультразвуковое исследование полового члена с определением артериальной и венозной составляющей эрекции на фоне интракавернозного фармакотеста и тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа, как начальный этап диагностики. При этом пациентам назначали в течение ближайших 10 дней последовательно все 3 представителя этой группы препаратов (Виагра, Левитра, Сиалис) с целью – сравнить их индивидуальное действие на организм каждого пациента и для определения функционального эректильного резерва полового члена.

В результате нашего обследования мы попытались сопоставить данные субъективной оценки результатов приёма всех трёх ингибиторов ФДЭ - 5 типа и ультразвукового фармакодоплерографического исследования сосудов и пещеристой ткани полового члена, и на основании этих данных спрогнозировать дальнейшую тактику ведения пациентов. Положительный тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа: достигнута хорошая или отличная жесткость полового члена, необходимая для проведения полового акта.

По результатам обследования все пациенты разделились на 3 категории:

Первая группа – тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа положительный, нарушений в сосудистом звене эректильной функции нет, явления кавернофиброза отсутствуют, но беспокоит нарушение эректильной функции.

Вторая группа – тест с ингибиторами ФДЭ - 5 типа был положительный, при этом выявлены признаки изолированного поражения артериальной составляющей пенильной гемодинамики - 7 пациентов, венозной недостаточности – 3 пациента и смешанной формы (сочетание артериальной и венозной недостаточности) – 16 пациентов.

В третьей группе пациентов - отрицательный тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа и сосудистые нарушения аналогичные таковым у пациентов второй группы.