

в сроки от 3 часов до 4 суток от начала заболевания. Хирургическая деторсия проведена 127 пациентам, орхидэктомия — 40, ручная деторсия — 26, профилактическая фиксация контралатерального яичка — 119. Отдаленные результаты в сроки от 6 мес. до 10 лет изучены у 65 пациентов, перенесших хирургическую деторсию, и у 14 после орхидэктомии.

Как показали наши исследования, в поздние сроки (после 6 часов) от начала заболевания поступило 37,5 % детей, что в 62 % было обусловлено врачебными диагностическими ошибками на догоспитальном этапе и в хирургических стационарах ЦРБ. Несвоевременное оперативное лечение в 38 % связано с поздним обращением за медицинской помощью.

Ручная деторсия яичка успешно выполнена у 26 пациентов в возрасте старше 8 лет, поступивших в первые 6 часов от начала заболевания. Данная манипуляция позволяет сократить сроки ишемии гонады, но, на наш взгляд, не должна рассматриваться в качестве самостоятельного метода лечения и быть причиной отказа от экстренного хирургического вмешательства — ревизии мошонки и фиксации пострадавшего яичка. Профилактическую фиксацию контралатерального яичка проводили в сроки от 10 дней до 1 месяца после орхидэктомии и через 1–1,5 месяца после хирургической деторсии. Фиксацию гонады осуществляли путем прошивания белочной и мясистой оболочек нитью PDS в двух или трех точках.

Мы выделяем три группы пациентов, перенесших ПЯ, каждая из которых имеет свои особенности лечебной тактики в послеоперационном и реабилитационном периодах:

1-я группа — больные после орхидэктомии;

2-я группа — пациенты, которым хирургическая деторсия выполнена в сроки после 6 часов,

с признаками тяжелого ишемического поражения гонады;

3-я группа — больные, оперированные в ранние сроки, у которых уже в ближайшем послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика — нормализация показателей интратестикулярного кровотока.

Объем лечебных мероприятий и сроки реабилитационного периода устанавливали на основании результатов комплексного обследования. Основным показателем эффективности лечения пациентов с ПЯ считаем восстановление морфофункционального состояния гонады. Результаты лечения оценивали следующим образом:

— хороший результат — отсутствие жалоб пациента, возрастные размеры яичка, показатель индекса резистентности в пределах 0,6;

— удовлетворительный результат — жалоб нет, размеры яичка уменьшены, но дефицит объема составляет менее 50 %, показатели интратестикулярного кровотока снижены;

— неудовлетворительный результат — выраженная гипотрофия или атрофия гонады, резко ослабленный внутриорганный кровоток (индекс резистентности превышает 0,7 или ниже 0,5).

Как показали наши наблюдения, хороший итог лечения отмечен у всех пациентов, оперированных в первые 6 часов от начала заболевания, ухудшение результатов напрямую зависит от длительности ишемии и градуса перекрута семенного канатика.

Многолетний клинический опыт, анализ результатов лечения позволяют утверждать, что сохранение репродуктивного здоровья пациентов с ПЯ зависит не только от своевременного хирургического лечения, но и от выбора рациональной тактики ведения послеоперационного и реабилитационного периодов.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ: ОПЫТ 502 ОПЕРАЦИЙ

© *Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, Б.Г. Гулиев, В.А. Очеленко, Т.Х. Ал-Аттар, А.В. Сергеев, В.А. Тарасов*

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

Введение. Различные патологические состояния по мере своего развития могут приводить к обширным необратимым поражениям мочевыводящих путей, которые невозможно восстановить только за счет собственных тканей. Качественным этапом в развитии оперативной урологии

стало внедрение в клиническую практику операций по реконструкции мочевыводящих путей различными сегментами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель — представить результаты оперативно-го лечения больных с обширными поражениями

мочевыводящих путей за счет использования различных сегментов ЖКТ.

Материалы и методы. С 1998 по 2019 г. реконструкция мочевыводящих путей различными сегментами ЖКТ выполнена 502 пациентам. Мужчин среди них было 197 (39,3 %), женщин — 305 (60,7 %). Возраст больных колебался от 18 до 82 лет и в среднем составил $68,2 \pm 6,5$ года. Показаниями к восстановлению мочевыводящих путей различными отделами ЖКТ были рак мочевого пузыря, микроцистис, протяженные стриктуры мочеоточника различного генеза. Цистэктомия с заместительной цистопластикой произведена 283 пациентам. Среди них у 234 использовали сегменты подвздошной кишки, у 25 — сигмовидной и у 24 выполнена гастростомопластика. Одновременное замещение мочеоточников и мочевого пузыря сегментами подвздошной кишки произведено 55 больным. Заместительная пластика мочеоточников произведена 164 (32,7 %) пациентам. Она выполнена в виде илеоуретеропластики (134), аппендикоуретеропластики (26) и сигмоуретеропластики (4).

Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения развились у 106 (21,1 %) больных. Основным осложнением, не связанным с методом деривации, была спаечная кишечная непроходимость, которая возникла у 27 (5,4 %) пациентов. Летальный исход наступил в 10 (2,0 %) случаях после радикальной цистэктомии. Поздние осложнения развились у 83 (16,5 %) больных. Результаты повторных операций были успешными.

Заключение. Рациональное использование сегментов ЖКТ в восстановительной хирургии мочевыводящих органов дает возможность избавить пациентов от мочевого свища и добиться хороших функциональных результатов у большинства оперированных. Изолированный сегмент подвздошной кишки является наиболее часто используемым и универсальным пластическим материалом для замещения любого дефекта мочевых путей. Наиболее грозные осложнения развиваются, как правило, в раннем послеоперационном периоде, в связи с чем данная операция должна выполняться в специализированных клиниках, имеющих большой опыт подобных вмешательств.

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

© *Б.К. Комяков¹, Е.С. Шпиленья¹, О.О. Бурлака², К.С. Пешехонов²*

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² СПбГБУЗ «Городская Александровская больница» (Санкт-Петербург)

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является частой причиной симптомов нижних мочевых путей (СНМП), острой задержки мочи у мужчин пожилого возраста и оказывает значительное влияние на их качество жизни (QoL). Проведенные в нашей стране эпидемиологические исследования указывают на то, что СНМП, обусловленные развитием ДГПЖ, встречаются у 40–80 % мужчин в возрасте от 50 до 85 лет. Риск сопутствующих заболеваний и количество одновременно используемых лекарственных препаратов растет экспоненциально с возрастом, что определяет сложность эффективного консервативного лечения предстательной железы. Только 20–30 % пациентов через год после начала медикаментозной терапии ДГПЖ продолжают прием альфа-блокаторов, комбинированной терапии придерживается всего 10–15 %. Тяжелая артериальная гипертензия,

инфаркт миокарда, заболевания печени и почек, сахарный диабет или наличие кардиостимулятора служат значительными ограничениями для выполнения трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП). Трансуретральная биполярная энуклеация предстательной железы (ТУЭБ) выступает эффективной альтернативой ТУРП в лечении инфравезикальной обструкции, вызванной ДГПЖ любых размеров. В последние десятилетия плазмокинетическая энуклеация простаты наравне с гольмиевым лазером все чаще используется в качестве безопасного и эффективного хирургического метода лечения ДГПЖ независимо от размера простаты. По-прежнему мало известно о влиянии возраста и сопутствующих заболеваний на эффективность процедуры ТУЭБ.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 65 пациентов, которым выполняли ТУЭБ в урологическом отделении СПбГБУЗ