

была только у одного больного (исходный размер камня был более 10 мм). Однако в этом случае не потребовалось выполнения повторной ЭУВЛ и фрагменты камней отошли без каких-либо дополнительных манипуляций. В I группе больных средний срок отхождения фрагментов камней составил $7,8 \pm 1,5$ дня. Каменная дорожка выявлена у 12 (36 %) пациентов и располагалась в нижнем отделе мочеточника. Средняя длина каменной дорожки составила $0,8 \pm 0,2$ см. Во всех случаях были неоднократные приступы почечной колики, что потребовало применения нестероидных противовоспалительных обезболивающих средств.

Дистанционная литотрипсия применена при лечении трех пациентов для ликвидации каменной дорожки. Ни в одном случае не было побочных проявлений препарата при лечении пациентов после ЭУВЛ.

Заключение. Применение комбинированного препарата растительного происхождения Уролесан позволяет в более короткие сроки избавить пациентов детского возраста от камней и их фрагментов после ЭУВЛ. Препарат Уролесан не имеет клинически значимых побочных эффектов у детей, при этом повышает безопасность и эффективность литокинетической терапии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЧРЕСПУЗЫРНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ

© *Е.С. Невирович, И.Н. Ткачук*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

За последние десятилетия разработано и внедрено множество методов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Появление новых видов источников энергии позволяет добавлять в арсенал хирурга новые методики трансуретральной хирургии ДГПЖ. Использование лазеров приобрело популярность наравне с традиционной трансуретральной резекцией простаты, биполярной трансуретральной энуклеацией и биполярной трансуретральной резекцией простаты. Однако, несмотря на эти успехи, открытая аденомэктомия остается методом выбора для пациентов с большим объемом предстательной железы (>100 г) с хорошими долгосрочными функциональными результатами. М.В. Mariano et al. (2002) впервые продемонстрировали, что лапароскопическая позадилоная аденомэктомия (ЛПАЭ) по своим результатам не уступает открытой аденомэктомии. Однако технические трудности и крутая кривая обучения ЛПАЭ помешали более широкому использованию лапароскопического доступа среди урологов.

Целью исследования было изучить эффективность лапароскопической чреспузырной аденомэктомии у больных с ДГПЖ при больших объемах предстательной железы.

С февраля 2017 по июнь 2018 г. ЛЧАЭ по методике, разработанной в клинике ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, выполнена 32 пациентам с ДГПЖ. Проведен анализ показателей до-, интра- и послеоперационного периодов, включая уровень симптоматики по шкале IPSS, объем простаты,

объем остаточной мочи, максимальную скорость мочеиспускания, ПСА, длительность операции, величину интраоперационной кровопотери, продолжительность установки уретрального катетера Фолея и длительность госпитализации.

Исследование ограничено небольшим размером выборки и коротким периодом наблюдения, однако отмечено значительное улучшение функциональных показателей в раннем послеоперационном периоде по сравнению с исходным уровнем. Все пациенты успешно перенесли оперативное лечение, интраоперационных осложнений, а также конверсий не было. По нашему мнению, преимуществами ЛЧАЭ являются быстрота доступа к области аденомы и шейки мочевого пузыря; отсутствие необходимости выделения передней поверхности мочевого пузыря и простаты (ретциевого пространства), что особенно важно при наличии надлобкового мочепузырного свища; хорошая визуализация ложа аденомы, благодаря чему достигается устойчивый гемостаз; возможность выполнения манипуляций внутри мочевого пузыря (удаление камней и дивертикулов); благодаря локализации разреза стенки мочевого пузыря в области переходной складки брюшины возможно проведение экстраперитонизации ушитой раны мочевого пузыря по окончании операции, что позволяет избежать попадания мочи в брюшную полость в послеоперационном периоде. ЛЧАЭ сочетает преимущества малоинвазивных хирургических вмешательств с радикальностью открытой аденомэктомии, что позволяет сократить после-

операционный койко-день. Полагаем, что ЛЧАЭ может быть рекомендована для хирургического лечения больных с ДГПЖ при больших объ-

емах предстательной железы наравне или в качестве альтернативы открытой аденомэктомии и ЛПАЭ.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНКРЕМЕНТОВ МОЧЕТОЧНИКА

© *А.В. Никольский, О.О. Бурлака, К.В. Шабулдов*

¹ СПбГБУЗ «Городская Александровская больница» (Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Во всем мире осложнения мочекаменной болезни занимают лидирующие позиции среди причин экстренной госпитализации пациентов в отделениях урологического профиля. В большинстве случаев к возникновению острого состояния приводит камень, расположенный в мочеточнике. Согласно существующим рекомендациям основных мировых урологических ассоциаций нет разногласий в выборе метода борьбы с камнями размером до 10 мм. В зависимости от уровня расположения камня в мочеточнике и его плотности будет отдано предпочтение дистанционной ударно-волновой литотрипсии или контактной уретеролитотрипсии. Совершенно по-другому складывается ситуация с крупными камнями, особенно плотностью выше 1200 НУ. Эффективность дистанционных и эндоскопических методов существенно снижается, в то время как частота осложнений растет. Выгодной альтернативой становится лапароскопическая уретеролитотомия.

Цель — оценить эффективность лапароскопического удаления конкрементов мочеточника различной локализации.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 43 случаев лапароскопического удаления камней мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента, зарегистрированных в СПбГБУЗ «Александровская больница» за период с января 2013 по декабрь 2017 г.

Среди 43 больных было 12 (28 %) женщин и 31 (72 %) мужчина в возрасте от 26 до 70 лет ($48,8 \pm 12,1$ года). У 16 пациентов были камни справа, у 27 — слева. По локализации: нижняя треть — 2 больных, средняя треть — 12, верхняя треть — 28. Размеры камней были от 10 до 28 мм. Плотность конкрементов варьировала от +1350 НУ до +1875 НУ. Всем пациентам выполняли трансперитонеальный доступ. Использовали три троакара (один — 10 мм и два по 5 мм). Мо-

четочниковый стент 16 больным устанавливали ретроградно, а 17 пациентам — через операционный дефект мочеточника. У 8 пациентов мочеточниковый стент был установлен до оперативного вмешательства. Время операции составило от 45 до 325 минут ($113,9 \pm 56,5$ минуты).

Результаты. Камни мочеточника были полностью удалены у 41 пациента (stone free rate). У двоих больных во время операции конкременты мигрировали в полостную систему почки (выполнен уретеролиз), в дальнейшем данным пациентам выполнена контактная ретроградная пиелолитотрипсия.

Осложнения были диагностированы у 8 (18,6 %) пациентов. Интраоперационные осложнения наблюдались в 2 случаях (4,6 %). В связи с выраженным рубцовым процессом в паранефральной и парауретеральной клетчатке, а также ввиду технических трудностей при мобилизации мочеточника была выполнена хирургическая конверсия.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 6 пациентов. У одного больного обострился хронический пиелонефрит. На фоне антибактериальной терапии активность воспалительного процесса в мочевыводящих путях стихла на четвертые сутки. У другого пациента была выполнена релапароскопия с гемостазом по поводу диффузного кровотечения из вен жировой клетчатки брюшинного пространства. У четверых (9,3 %) пациентов осложнения были обусловлены неадекватным дренированием верхних мочевыводящих путей — при установке мочеточникового стента дистальный конец не был введен в мочевой пузырь, что вызвало частичную обструкцию мочеточника (во всех случаях почечный стент устанавливали антеградно). Троим из них была выполнена уретероскопия и низведение мочеточникового стента. Последнему из этих четверых пациентов по поводу уриномы потребовалось повторное хирургическое лечение в объеме