

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 забрюшинного 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

ревизии забрюшинного пространства, дренирования мочевого затека и нефростомии.

Длительность госпитализации составила $12,57 \pm 4,06$ дня (6–23 дня), длительность послеоперационного периода — $7,7 \pm 4,1$ дня (4–21 день).

Выводы. Лапароскопическая уретеролитотомия является достойным альтернативным мето-

дом удаления камней мочеточников различной локализации, размер которых превышает 10 мм, а плотность более 1200 НУ. За одно оперативное вмешательство 95,3 % пациентов были избавлены от конкрементов. Малая инвазивность доступа обеспечивает скорую активизацию и реабилитацию больных.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПОВ АВТОНОМНОЙ ДИСРЕФЛЕКСИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

© И.Н. Новоселова¹, Р.В. Салюков^{2, 3}

¹ ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗ г. Москвы;

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва);

³ АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва)

Актуальность профилактики приступов автономной дисрефлексии (АД) обусловлена потенциальной опасностью их возникновения для детей с поражением спинного мозга выше уровня Th₆. АД происходит вследствие спонтанного гипертрофированного рефлекторного ответа вегетативной нервной системы на неспецифический раздражитель. Промедление в оказании квалифицированной медицинской помощи может привести к значительным осложнениям, включая церебральный или кардиальный инфаркт, нарушения ритма, отслойку сетчатки, судороги, почечную недостаточность и, в конечном счете, *exitus letalis*.

Цель исследования — выявить основные причины возникновения приступов АД у детей с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) с уровнем поражения выше Th₆.

Пациенты и методы. В анализ включены 47 детей с ПСМТ выше уровня Th₆, поступившие в НИИ НДХиТ с 2014 по 2018 г. Пациенты были разделены на две группы: I — дети с полным поражением спинного мозга (12 пациентов), II — дети с частичным поражением спинного мозга (35 пациентов). Для диагностики причин возникновения приступа АД применяли общедоступные методы исследования: клинический анализ, лабораторные данные, ультразвуковое исследование, рентгенографию.

Результаты. У всех детей из I группы отмечались приступы АД, которые возникали хотя бы единожды, но не ранее чем через 4 недели после получения ПСМТ. В течение 1 года после травмы зарегистрированы 76 случаев АД. Причиной 44 из них (57,9 %) были нарушения со стороны

мочевыводящей системы: несоблюдение правил интермиттирующей катетеризации — 26, обструкция постоянного катетера — 6, мочекаменная болезнь — 3, инфекции мочевых путей — 9. Одинадцать случаев АД (14,5 %) были спровоцированы недостаточным опорожнением кишечника, 3 случая (4 %) — проведением КУДИ, 3 случая (4 %) — вертикализацией на поворотном столе, 4 случая (5,2 %) — избыточной физической нагрузкой с применением роботизированных тренажеров, 3 случая (4 %) — наложением эластичных бинтов на нижние конечности для профилактики ТЭЛА, 8 случаев (10,4 %) — вторичными осложнениями (пролежни, вросший ноготь, гетеротопические оссификаты, перелом бедренной кости).

У 8 детей II группы (22,8 %) в течение 1 года после травмы наблюдались приступы АД, всего 12 случаев: 5 (41,7 %) вследствие несвоевременного опорожнения мочевого пузыря, 4 (33,4 %) — недостаточного освобождения кишечника, 1 (8,3 %) — проведения колоноскопии без адекватного обезболивания, 2 (16,6 %) — обширного пролежня в области крестца.

Выводы. У детей с неполным повреждением спинного мозга выше уровня Th₆ в 22,8 % случаев наблюдались приступы АД. Самыми частыми причинами возникновения АД являются нарушения правил опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Заключение. Дети и родители детей с последствиями ПСМТ должны быть обучены распознаванию ранних симптомов АД, пониманию причин возникновения приступов и способам их коррекции. Своевременное опорожнение мочевого пу-