

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-

зыря и кишечника, неиспользование констриктивной одежды и обуви, отсутствие вторичных осложнений гипостатического положения, адекватная физическая нагрузка, обезбоживание во

время инвазивных процедур являются методами профилактики АД. Информация об АД должна постоянно доводиться до сведения врачей, социальных работников, пациентов и членов их семей.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ СО СТРИКТУРОЙ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ КАМНЕЙ В ПОЛОСТЯХ ПОЧКИ

© *Х.З. Нуриддинов, Я.С. Наджимитдинов*

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Оперативное лечение больных с гидронефрозом, обусловленным стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), не вызывает каких-либо затруднений. Применение для коррекции стриктуры ЛМС методики, предложенной Anderson-Hynes (1949), которая является «золотым стандартом» лечения таких больных, позволяет получить хорошие результаты. Однако наличие конкрементов в полостях почки усложняет лечение больных с гидронефрозом, требует определенных навыков во время оперативного вмешательства и применения различных вспомогательных средств для выявления и удаления камней.

Целью данного исследования было оценить результаты коррекции стриктуры ЛМС у пациентов с наличием камней в чашечно-лоханочной системе.

Материалы и методы. За период с 2016 по 2017 г. по поводу стриктуры ЛМС и гидронефроза выполнены оперативные вмешательства у 45 детей. Из них камни в полости чашечно-лоханочной системы были у 14 (31 %) детей. Средний возраст пациентов составил $10,6 \pm 1,7$ года (от 5 до 15 лет). Всем больным выполняли исследование мочи по Нечипоренко, при наличии бактериурии производили бактериологическое ее исследование, ультрасонографию мочевого тракта, обзорную и внутривенную экскреторную урографию. При наличии множества камней для уточнения их локализации использовали компьютерную томографию (обзорную и с контрастированием мочевого выделительной системы). После оперативного вмешательства выполняли антеградную пиелуретрографию и нефростомический дренаж удаляли при наличии проходимости созданного анастомоза. Множественные камни были у двух больных, которые располагались в лоханке и чашечках, в остальных случаях был один конкремент. Пиурия была обнаружена у всех больных, однако по данным культурального исследования мочи бактерии обнару-

жены только в 7 (16 %) случаях (*E. coli* у 6 детей, *Klebsiella pn.* — у одного пациента).

Результаты. Всем больным выполнена резекция лоханки и сформирован уретеропиелoaнaстомоз по методике Anderson-Hynes. При выполнении оперативного вмешательства отек, значительное утолщение лоханки и инфильтрация окружающих ее тканей зафиксированы в 55 % случаях. Подобное состояние явилось причиной технических трудностей: увеличилось время мобилизации почки, лоханки и мочеточника, отмечено прорезывание швов на лоханке и мочеточнике при создании анастомоза. Во время операции для удаления всех камней прибегали к осмотру полостей почки с помощью гибкого эндоскопа. После операции, с учетом наличия воспаления лоханки и мочеточника, нефростомический дренаж удаляли на 20–22-й день после вмешательства (следует указать, что у пациентов без камней нефростомический дренаж удаляли на 7–8-й день). Количество удаленных камней было от одного до 365 штук. Однако у трех пациентов не удалось обнаружить во время вмешательства все камни, так как часть из них переместилась в группу чашечек верхнего сегмента. Для удаления резидуальных конкрементов в одном случае использовали перкутанную литотомию, в другом случае прибегали к экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии. Камни из почки отошли по мочеточнику у одного больного, так как калибр анастомоза позволил переместиться камням до одного сантиметра в диаметре.

Заключение. Как правило, при гидронефрозе с наличием конкрементов в полостях почки пиурия не сопровождается бактериурией. Отек лоханки и окружающих тканей обуславливает технические трудности при формировании уретеропиелoaнaстомоза. При создании широкого анастомоза от мелких конкрементов больной может избавиться без дополнительных вмешательств.