

## МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ. ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИКИ СПбГПМУ

© *И.Б. Осипов<sup>1</sup>, С.А. Сарычев<sup>1</sup>, А.И. Осипов<sup>1</sup>, Д.А. Лебедев<sup>1</sup>, Л.А. Алексеева<sup>1</sup>, М.И. Комиссаров<sup>1</sup>, И.Ю. Алешин<sup>1</sup>, В.Г. Григорьев<sup>2</sup>, М.П. Агеносов<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента РФ (Санкт-Петербург)

**Цель исследования** — оценить результаты малоинвазивных вмешательств у детей с мочекаменной болезнью (МКБ).

**Материалы и методы.** В отделении урологии СПбГПМУ в течение 2012–2018 гг. было госпитализировано 205 детей с диагнозом МКБ, 100 из них (с размерами конкремента от 5 мм) проведена контактная или дистанционная литотрипсия. Из этих больных у 67 отмечались камни в почках, у 30 — в мочеточниках, у 18 — в мочевом пузыре (18 детей имели множественные конкременты). Возраст детей колебался от 1 года до 17 лет (средний — 8 лет). Контактную литотрипсию выполняли ультразвуковым зондом (20) и гольмиевым лазером (23). У 28 детей произведена чрескожная пункционная нефролитолапаксия (ЧПНЛ, 33 процедуры), у 29 — дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ, 42 процедуры). У 10 выполнена контактная литотрипсия в мочевом пузыре, у 8 — литоэкстракция. В 6 случаях применяли 2 метода литотрипсии. После хирургического лечения все пациенты получали камнеизгоняющую терапию в условиях детского стационара, а в дальнейшем — профилактическое лечение МКБ с учетом характера кристаллурии или анализа удаленного конкремента.

**Результаты.** Во всех случаях контактная цистолитотрипсия в просвете мочевого пузыря привела к полному удалению конкрементов. Хорошие результаты (полное удаление конкрементов) были зафиксированы у 20 из 28 пациентов после нефролитолапаксии и у 18 из 29 после ДУВЛ. У других

пациентов, исключая 3 случая множественного коралловидного уролитиаза, результаты были удовлетворительными (сохранились мочекаменные фрагменты размером не более 5 мм, не нарушающие уродинамику верхних мочевыводящих путей). В результате комбинированного лечения МКБ (проведение ДУВЛ после ЧПНЛ или при множественных конкрементах) также были достигнуты положительные результаты. Во всех случаях удалось отказаться от «открытой» хирургической операции. Жизнеугрожающих осложнений отмечено не было. Течение послеоперационного периода было относительно гладким у всех детей, кроме 2, которым потребовалась гемотрансфузия после ЧПНЛ. Рецидив камнеобразования был зафиксирован у 2 детей на фоне имеющейся соматической патологии. У 25 детей был проведен рентгенофазный анализ удаленных фрагментов. Оксалатно-кальциевые конкременты выявлены в 15 случаях, струвиты — в 5, у 3 детей диагностированы цистиновые камни, по 1 случаю пришлось на урат и микст кальция, фосфаты кальция при этом анализе не встретились.

**Выводы.** Контактная и дистанционная литотрипсия при МКБ различной локализации является многообещающей альтернативой традиционным «открытым» операциям у детей всех возрастных групп. При условии адекватного технического оснащения детского стационара мировые стандарты лечения МКБ, принятые во взрослой практике, могут эффективно использоваться в детской урологии.

## МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

© *И.Б. Осипов, Р.А. Ти, Д.А. Лебедев, А.И. Осипов*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Уретероцеле — это патологическое внутрипузырное образование, представляющее собой расширенный в виде кисты интрамуральный от-

дел мочеточника, который, как правило, вызван обструкцией устья и сопровождается уретерогидронефрозом. Ортоотопическое уретероцеле возни-