

и т. д.) понятие клинического рецидива изменилось в сторону большей выполнимости полноценного циторедуктивного вмешательства. В то же время современные показавшие свою безопасность и эффективность минимально инвазивные технологии, такие как лапароскопия, недостаточно оценены в использовании при клиническом рецидиве РПЖ после перенесенной РПЭ.

Материалы и методы. В период с декабря 2015 по январь 2019 г. 25 пациентам с биохимическим рецидивом, обусловленным прогрессированием в лимфатических узлах (ЛУ), в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» и в клинике урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.М. Павлова выполнена лапароскопическая лимфаденэктомия после ранее перенесенного хирургического лечения по поводу РПЖ. Клинический рецидив устанавливали на основании данных ПЭТ/КТ (с ^{11}C -холином или ^{68}Ga -PSMA), выполнявшейся больным с биохимическим рецидивом (БХР). Решение о выполнении спасительной лимфаденэктомии (СЛАЭ) основывалось на наличии клинического рецидива в зонах, соответствующих объему суперрасширенной лимфаденэктомии. Проведена оценка диагностической ценности ПЭТ/КТ, профиля безопасности выполнения лапароскопической СЛАЭ, показателей госпитализации и онкологических результатов.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент спасительного лечения составил 62,9 года (от 44 до 72). Во всех случаях первичная операция выполнена лапароскопическим доступом. В ходе СЛАЭ интраоперационные осложнения были у двух (в обоих случаях — повреждения крупных сосудов) пациентов, в том числе в одном случае потребовалась гемотрансфузия. Во всех случаях лимфодиссекция выполнена в суперрасширенном (у 15 пациентов — до бифуркации аорты и у 10 — до нижней брыжеечной артерии) объеме. Среднее количество удаленных ЛУ на одного пациента составило 12,8 (от 3 до 26), при этом позитивные

лимфоузлы были выявлены у 18 (72 %) больных (в том числе в 3 случаях — экстранодальное распространение). В среднем на одного пациента с N+ приходилось по 2,2 пораженных лимфоузла (от 1 до 9). Пораженные ЛУ только в зоне предшествующей тазовой лимфаденэктомии (до уровня бифуркации общих подвздошных сосудов) выявлены в 12 (48 %) случаях. Результаты ПЭТ/КТ полностью соответствовали исследованию удаленного материала по стороне поражения, зоне и количеству метастатических очагов у 61,1 % (11 из 18) пациентов. У 11 (44 % из всех пациентов и 61,1 % из больных с гистологически подтвержденным поражением ЛУ) отмечен ответ в виде снижения ПСА > 50 % и почти у половины из них ($n = 5$) — до уровня ПСА < 0,2 нг/мл. Еще у 8 больных показатели ПСА оставались стабильны в течение не менее 6 месяцев. При медиане длительности наблюдения за пациентами 24 месяца средняя продолжительность полной ремиссии составила 9 месяцев. За время наблюдения развитие отдаленных метастазов не отмечено ни у одного больного. Нежелательные явления в отдаленном периоде были в основном 1–2-й степени — лимфоцеле ($n = 6$), отек половых органов ($n = 5$).

Выводы. СЛАЭ как повторное вмешательство в области, уже подвергнутой операции, является относительно безопасной процедурой, и ее выполнение при помощи лапароскопического метода не ведет к повышению частоты осложнений. Имеющиеся на сегодняшний день методы диагностики не позволяют определить точную локализацию рецидива, поэтому объем вмешательства должен сводиться к максимально краниальному двустороннему удалению лимфоузлов. При выполнении спасительной лимфодиссекции после расширенной тазовой лимфаденэктомии эта операция имеет преимущество (длительная ремиссия и/или отсутствие данных за наличие остаточной опухоли) у некоторых пациентов с изолированным поражением ЛУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

© Г.Н. Румянцева¹, В.Н. Карташев¹, А.А. Медведев², А.Л. Аврасин²

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Тверь);

² ГБУЗ ТО «Детская городская клиническая больница» (Тверь)

Актуальность. До настоящего времени актуальными являются вопросы разработки комплекса диагностических мероприятий, обеспечивающих раннее распознавание первичного обструктивного мегауретера, выбор оптимальных сроков и способов оперативной коррекции, а также сроков

и способов организации периодов реабилитации и диспансеризации для снижения инвалидизации больных. В последние годы отмечается тенденция к ранней диагностике данного порока развития, что позволяет более эффективно и широко применять малоинвазивные методики лечения.

Цель исследования — анализ результатов лечения обструктивного мегауретера у детей в зависимости от состояния мочевой системы.

Материалы и методы. В исследование включены 84 пациента (60 мальчиков и 24 девочки) от 1 мес. до 17 лет, проходившие лечение в урологическом отделении ДОКБ г. Тверь с 2003 по 2018 г. Левосторонний мегауретер диагностирован у 40 (47,6 %) детей, правосторонний — у 33 (39,3 %) и двусторонний — у 11 (13,1 %). В зависимости от анатомо-функционального состояния мочевой системы выделены группы больных с компенсированным состоянием мочевой системы — 36 (42,9 %), с субкомпенсированным — 36 (42,9 %) и декомпенсированным — 12 (14,3 %) с ХПН 1–2-й стадий.

На этапах диагностики заболевания и контроля результатов лечения в послеоперационном периоде использовали УЗИ с определением состояния паренхимы почки, ее кровоснабжения, оценки сократительной способности мочеточника, инфузионную урографию, микционную цистоуретрографию, статическую и динамическую нефросцинтиграфию.

Способ оперативного лечения выбирали в зависимости от возраста пациента и состояния мочевой системы. До 2010 г. детям с мегауретером проводили в основном открытые оперативные вмешательства (45 детей — 90 операций), а в последние годы предпочтение отдаем эндоскопическим способам (39 пациентов — 86 операций) — бужированию, баллонной дилатации интравезикального отдела мочеточника с последующим установлением короткого или высокого катетера-стента. Пациентам с компенсированным состоянием мочевой системы выполнены эндоскопические вмешательства. В группе пациентов с субкомпенсированной и декомпенсированной формами преобладали этапные операции — наложение уретеростомы (иногда с двух сторон) с последующей уретероцистостомией (методика Политано – Лидбеттера и Коэна) — 78 операций 45 детям.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 15 лет.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения больных с мегауретером проводили

по следующим критериям. Хорошим считался результат, когда дети имели нормальное мочеиспускание, наблюдалось улучшение анатомо-функционального состояния почек и мочеточников по сравнению с исходным состоянием. Отмечена ремиссия пиелонефрита. Удовлетворительный результат зарегистрирован у больных с разными стадиями заболевания, когда анатомо-функциональное состояние мочевых путей имело тенденцию к улучшению, но наряду с нормальным диаметром струи мочи сохранялось расстройство акта мочеиспускания в виде ночного или дневного недержания мочи. Периодически в анализах мочи появлялась умеренная лейкоцитурия. Неудовлетворительным считали результат при сохранении или нарастании дилатации верхних мочевых путей, снижении их моторной активности, лейкоцитурии, бактериурии. Такие результаты в основном отмечены у больных с декомпенсированной стадией заболевания.

В группе пациентов с компенсированной формой (36 больных) результаты лечения были следующими: хороший — 26 больных (72,2 %), удовлетворительный — 10 (27,8 %) больных. Из 36 пациентов с субкомпенсированной формой хороший результат достигнут у 25 (69,4 %), удовлетворительный — у 11 (30,6 %). Худшие результаты получены у детей с декомпенсированной формой (12 больных): удовлетворительный — у 9 (81,9 %) и неудовлетворительный — у 3 (18,1 %).

Характер послеоперационных осложнений зависел от способа вмешательства и состояния мочевой системы: после эндоскопических операций наблюдалось обострение пиелонефрита (7 больных — 17,9 %). После открытых вмешательств — стенозирование уретеровезикального соустья — у 4 (8,9 %), ПМР — у 7 (15,6 %), тампонада мочевого пузыря — у 2 (4,4 %), обострение хронического пиелонефрита — у 30 (66,7 %) детей.

Заключение. Рациональный выбор способа коррекции обструктивного мегауретера с учетом функционального состояния мочевой системы и возраста ребенка позволяет добиться положительных результатов лечения у 96,5 % пациентов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ

© *М.В. Савельев, Д.Р. Бузинов, С.П. Боковой, М.В. Будько*

ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» (Архангельск);
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (Архангельск)

Введение. В настоящее время отмечается рост заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). В Архангельской области общая заболеваемость

МКБ за 10 лет возросла на 16,9 %: в 2005 г. показатель заболеваемости составлял 590 случаев на 100 000 населения, в 2014 г. — 690 случаев. В на-