

стоящее время стандартным методом лечения камней почек размером 2 см и более является перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛЛ). Несмотря на то что накоплен значительный опыт проведения данных операций, количество послеоперационных осложнений остается достаточно большим.

Цель — анализ осложнений и эффективности ПНЛЛ, выполняемых в Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич (Архангельск).

Пациенты и методы. Проанализированы результаты 182 ПНЛЛ, выполненных с 2015 по 2018 г. на базе урологического отделения Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич (Архангельск). Конкременты чаще всего локализовались в лоханке. Камни из верхней трети мочеточника предварительно перемещали в лоханку корзинкой Дормиа. Было прооперировано 9 пациентов с коралловидными камнями в стадиях К1–К4. Выполнено 5 бездренажных ПНЛЛ. Одному пациенту выполнена ПНЛЛ в подковообразной почке. Право- и левосторонний нефролитиаз встречался практически в одинаковом количестве случаев. Конкременты в размере до 10 мм были в 57 (31,3 %), от 11 до 20 мм — в 101 (55,5 %), более 20 мм — в 24 (13,2 %) случаях, причем у 4 (2,2 %) больных максимальный размер камня составил более 40 мм.

Результаты. Успешно пунктировать чашечно-лоханочную систему удалось во всех случаях. Средняя продолжительность операции составила 33,5 минуты. Средний послеоперационный койко-день составил 8,4 дня. Полное удаление конкрементов достигнуто у 174 (95,6 %) больных, причем у пациентов с одиночным камнем получен 100 % результат. У больных с коралловидными и множественными камнями полная элиминация конкрементов отмечена в 78,2 % случаев. В подавляющем большинстве случаев (96,2 %, $n = 175$) операция проведена через один доступ в чашечно-лоханочную систему, в 4 (2,2 %) случаях коралловидного нефролитиаза и множественных камнях потребовалось 2 доступа в почку. У 169 (92,9 %) пациентов

оперативное лечение было проведено за один этап операции. Повторные вмешательства в среднем проводили на 8-е сутки после первой операции.

Проанализированы осложнения ПНЛЛ, которые классифицированы по системе Клавиен – Диндо. Послеоперационные осложнения выявлены у 68 (59,6 %) больных. Большинство осложнений отнесено к I категории (73,5 % $n = 50$), а именно послеоперационная лихорадка, купированная антипиретиками в первые сутки после операции и не потребовавшая коррекции антибактериальной терапии. Среди осложнений II степени (11,3 %, $n = 8$) у 6 пациентов выявлено обострение хронического пиелонефрита, потребовавшее коррекции антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной терапии, у 2 — выраженная макрогематурия, купированная дополнительной гемостатической терапией. Осложнения IIIa степени отмечены у 4 пациентов (5,9 %), у которых сформировался свищ нефростомического хода, потребовавший стентирования мочеточника сроком на 1 месяц. Осложнение IIIb степени (абсцесс почки) зарегистрировано у 1 пациента (1,5 %), по поводу которого была выполнена открытая операция — люмботомия, ревизия почки и дренирование абсцесса под общей анестезией. Осложнений IV и V степеней не было. При анализе результатов ПНЛЛ не установлено зависимости частоты развития осложнений от возраста пациентов, давности заболевания и индекса массы тела. Частота осложнений достоверно зависела от длительности и количества этапов оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, ПНЛЛ является высокоэффективной и достаточно безопасной операцией для большинства пациентов с камнями почек. Частота и характер осложнений, возникших при выполнении ПНЛЛ в нашем исследовании, сопоставимы с мировыми данными. ПНЛЛ можно рассматривать как операцию выбора для пациентов с камнями чашечно-лоханочной системы размером более 1 см.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Г.К. Садыкова¹, А.А. Олина²

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава РФ (Пермь);

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» (Санкт-Петербург)

Введение. Эндометриозом называют процесс, при котором происходит доброкачественная пролиферация ткани, по морфологическим и функ-

циональным свойствам схожей с эндометрием, за пределами его нормальной локализации. В большинстве случаев наблюдают генитальный эндо-

метриоз (92–94 %), однако встречаются и экстрагенитальные локусы (6–8 %), например, пупок, послеоперационные рубцы, кишечник, мочевой пузырь, мочеточники, легкие и другие органы. Диагностический поиск у пациенток с эндометриозными гетеротопиями достаточно сложен ввиду нетипичной клинической картины, которая определяется локализацией патологического процесса, может скрываться под масками различных заболеваний, но всегда характеризуется схожими с эндометрием циклическими процессами. Успех при ведении таких пациенток определяется своевременным назначением специфической терапии.

Клиническое наблюдение. Больная М., 37 лет, госпитализирована в многопрофильный стационар с жалобами на ноющие боли внизу живота, ациклические кровотечения. Пациентка указала, что в течение 6 месяцев менструации стали обильными и продолжительными (до 22 дней), появились дизурические явления (боль, жжение) во время мочеиспускания, гематурия, общая слабость. Из анамнеза: соматические заболевания отсутствуют, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 3 медицинских хирургических аборта (в возрасте 20–25 лет), 1 самопроизвольный выкидыш (2015), 2 родов (2013 г., 2017 г., родоразрешение путем кесарева сечения). После медицинских аборт — в течение 10 лет вторичное бесплодие, по поводу которого была проведена лапароскопическая операция с диагностической целью, выявлены аденомиоз, эндометриоз маточных труб. Принимала дидрогестерон (дюфастон) в режиме 10 мг два раза в сутки с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 месяцев, затем с целью подготовки к беременности с 14-й по 25-й день в течение 6 циклов. На фоне приема дидрогестерона в 2013 г. наступила беременность, окончившаяся благополучно. Последующие беременности наступили без прегравидарной подготовки.

По результатам общеклинических анализов выявлены железодефицитная анемия средней степени тяжести, макрогематурия, лейкоцитурия. При ультрасонографии мочевого пузыря обнаружено образование с повышенной эхогенностью в области задней стенки мочевого пузыря диаметром 0,9–1,0 см. С диагностической и лечебной целью проведена цистоскопия, образование удалено. При гистологическом исследовании полученного материала верифицирована ткань эндометрия в фазу пролиферации.

Окончательный диагноз. Основной: «Аденомиоз, эндометриоз маточных труб». Осложнение основного заболевания — эндометриоз мочевого пузыря. Назначено лечение: антигонадотропины (даназол) по 200 мг 2 раза в день. Пациентка выписана из отделения с рекомендациями продолжить лечение в течение 6 месяцев, после чего рекомендована повторная консультация гинеколога и уролога с эхографическим контролем.

Заключение. Циклическость клинических проявлений при экстрагенитальном эндометриозе позволяет заподозрить генез патологического процесса, что, безусловно, определяет успех диагностического и лечебного процесса. Однако остается дискуссионным вопрос о выборе препарата для лечения эндометриоза негенитальной локализации. В инструкциях к препаратам, зарегистрированным в РФ для лечения этого заболевания, отсутствует информация об их влиянии на экстрагенитальные гетеротопии. Так как в клинической практике все чаще встречаются пациентки с различными проявлениями эндометриоза, необходимо продолжить научные исследования в направлении совершенствования методов диагностики и лечения экстрагенитального эндометриоза. Необходимо внесение дополнительной информации в действующий клинический протокол «Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация» (2013) по диагностике и терапии экстрагенитальных форм эндометриоза.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕТОДУ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

© Р.В. Салюков^{1, 2}, Г.Е. Тищенко², А.В. Самко², Ю.Р. Салюкова³

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (Москва);

² АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва);

³ ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава РФ (Москва)

Основным методом лечения нарушения функции опорожнения мочевого пузыря при неврологических состояниях признана периодическая катетеризация (ПК) (EAU, 2018). К известным пре-

имуществам метода относятся: возможность самостоятельного и достаточно комфортного проведения современного катетера для ПК по уретре в мочевой пузырь, низкий процент осложнений метода при