

ЭКСТРАКЦИЯ ВНУТРЕННЕГО МОЧЕТОЧНИКОВОГО СТЕНТА У ЖЕНЩИН ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПОСЛЕ БЕЗДРЕНАЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ

© *Н.К. Гаджиев¹, В.Е. Григорьев¹, В.В. Дмитриев¹, Н.С. Тагиров², В.Д. Король¹, В.М. Обидняк³, А.В. Писарев⁴, С.С. Бровкин¹, Х.Н. Байрамов¹, С.Б. Петров¹*

¹ ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РФ (г. Санкт-Петербург);

² СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы» (г. Санкт-Петербург);

³ СПб ГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (г. Санкт-Петербург);

⁴ ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Цель исследования. Разработать быстрый и безопасный способ удаления мочеочниково-вого стента у женщин после бездренажной перкутанной нефролитотомии.

Материалы и методы. С февраля 2014 по март 2016 г. 122 пациентки со стентами после литотрипсий включены в ретроспективное исследование: 46 — в контрольной группе (стент был удален стандартным способом — цистоскопом 22 Sn) и 76 — в экспериментальной группе (стент был удален с помощью «спиралевидной петли» 15 Sn под ультразвуковым контролем). Критерии исключения: пролапс тазовых органов \geq II по шкале POPQ и осложненные стенты (со смещением или инкрустацией). Оценивали длительность удаления стентов, сумму баллов по визуальной аналоговой шкале боли, а также вероятность развития осложнений.

Результаты. Удаление стента было успешно во всех рассмотренных случаях. Ни в одном случае осложнений не наблюдалось. В экспериментальной группе длительность удаления стента была выше, чем в контрольной, примерно на 4 с ($p = 0,0056$). Различия были статистически значимыми, однако клинически неважными. Более существенным оказалось различие по данным визуальной аналоговой шкалы в пользу экспериментальной группы ($p = 0,00004$).

Заключение. Предложенный метод удаления мочеочниково-вого стента петлей под ультразвуковым контролем у женщин после бездренажной перкутанной нефролитотомии является безопасным, быстрым и более комфортным по сравнению с классическим способом и может быть рекомендован для удаления стентов в рутинной амбулаторной практике.

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *Т.Г. Гиоргобиани, Р.Э. Амдий*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Введение. После хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) расстройства мочеиспускания сохраняются у 15–35 % больных. Чаще всего выявляют такие симптомы, как дневное

и ночное учащение мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание, затруднение мочеиспускания и недержание мочи.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 123 пациента после трансуретраль-

ной резекции предстательной железы и открытой аденомэктомии, у которых сохранялись жалобы на дневную и ночную поллакиурию, затруднение мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы на мочеиспускание, а у 18 пациентов — на недержание мочи. Средний возраст больных составил $64,2 \pm 2,3$ года. Оперативное лечение было выполнено этим больным в среднем за $2,1 \pm 0,63$ года до уродинамического исследования (от 6 месяцев до 11 лет). 91 (73,9 %) больному была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы, 32 (21,1 %) — открытая аденомэктомия. Длительность заболевания составляла $4,3 \pm 0,5$ года (от 4 месяцев до 10 лет).

Комплексное урологическое обследование включало ультразвуковое исследование почек, предстательной железы и мочевого пузыря, определение уровня простатического специфического антигена, уродинамическое исследование с выполнением урофлоуметрии и микционной цистометрии (исследования «давление — поток»), у больных с недержанием мочи измеряли профиль уретрального давления.

Результаты. Выбор метода лечения осуществляли в зависимости от причин расстройств мочеиспускания, выявляемых по результатам уродинамического исследования. 46 пациентов с гиперактивностью детрузора, ургентным недержанием мочи и отсутствием инфравезикальной обструкции получали антихолинергическую терапию (солифенацин 5 или 10 мг 1 раз в сутки, 3 месяца). Выраженное улучшение симптоматики было выявлено у 23 пациентов. При недостаточной эффективности назначали селективный агонист бета-3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца). Положительный эффект отмечен у 19 больных. 4 пациентам с недостаточной эффективностью медикаментозной терапии выполнили внутридетрузорное введение ботулинического токсина (ботокс) в дозе 100 Ед во всех случаях с хорошим симптоматическим результатом. 17 пациентам с гипоактивностью детрузора назначали альфа-адреноблокатор (тамсулозин, 400 мкг 1 раз в сутки 3 месяца), симптоматическое улучшение было достигнуто у 10 пациентов.

21 пациенту при сочетании гиперактивности детрузора в фазу наполнения мочевого пузыря и гипоактивности в фазу опорожнения мочевого пузыря проводилась периферическая нейростимуляция *N. tibialis posterior* 1 раз в неделю в течение 3 месяцев. 10 больным с недостаточной эффективностью периферической нейростимуляции назначали селективный агонист бета-3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца) с положительным эффектом. 20 пациентам, у которых была выявлена инфравезикальная обструкция, выполняли внутреннюю оптическую уретротомию/трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря. 9 больным со стрессовым недержанием мочи рекомендовали выполнение упражнений для мышц тазового дна и проводили их электростимуляцию. Данные мероприятия оказались неэффективными у 3 пациентов, всем им провели установку сетчатого слинга в бульбозном отделе уретры.

Заключение. Уродинамическое обследование больных по поводу неудовлетворительных результатов оперативного лечения позволило определить причину дизурии. Расстройства мочеиспускания у больных после хирургического лечения ДГПЖ в основном были обусловлены патологией детрузора: гиперактивностью и снижением сократимости, которые были диагностированы у 46 (37,4 %) и у 17 (13,8 %) больных соответственно. У 31 (25,2 %) пациента по результатам уродинамического исследования было диагностировано сочетание гиперактивности и снижения сократимости детрузора. Менее частой причиной сохранения дизурии была инфравезикальная обструкция, выявленная у 20 (16,3 %) пациентов. Стрессовое и смешанное недержание мочи с преобладанием стрессового компонента было выявлено у 9 (7,3 %) пациентов. Для установления причины нарушений мочеиспускания после оперативного лечения по поводу ДГПЖ всем таким больным показано полное уродинамическое обследование. Точная уродинамическая диагностика особенностей и причин нарушения функции нижних мочевых путей у таких пациентов определяет эффективность последующего лечения.