

викс Передний» в оперативном лечении цистоцеле.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 69 пациенток, прооперированных по поводу пролапса тазовых органов. Средний срок наблюдения составил 6 мес. (от 2 до 12 мес.). Всем больным по бестроакарной методике (билатеральная фиксация с помощью полимерных якорей к сакроспинальным связкам и obturatorным мембранам) производилась имплантация эндопротеза «Пелвикс Передний» (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург). Эндопротез был имплантирован пациенткам с цистоцеле 3-й и 4-й степеней (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*). Оценка качества жизни проводилась с помощью опросников Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20).

Результаты исследования. Интраоперационно в процессе имплантации гарпунного элемента в сакроспинальную связку возникло одно кровотечение объемом 400 мл в области сакроспинальной фиксации. В раннем послеоперационном периоде у двух больных развилась атония мочевого пузыря. В отдаленном послеоперационном периоде у одной пациентки наблюдался стойкий болевой синдром в ягодичной области. Все осложнения разрешены консервативно. У 8 больных развилась стрессовая инконтиненция *de novo*. У 4 боль-

ных в послеоперационном периоде наблюдались явления ГАМП. Дважды потребовалась повторная установка сетчатого эндопротеза. В первом случае произошел отрыв в зоне фиксации эндопротеза к парацервикальному фиброзному кольцу. Во втором случае на фоне обострения хронического бронхита в раннем послеоперационном периоде у пациентки произошла миграция протеза.

Средняя продолжительность операции составила 41 мин. Средняя продолжительность койко-дня равняется 3. Количество баллов (PFDI-20) до операции — $126,25 \pm 46,39$, через 6 месяцев — $27,12 \pm 30,10$. По данным урофлоуметрии скорость мочеиспускания до операции Q-aver 12,1 мл/с (6–24), через 6 мес. — Q-aver $24,3 \pm 8,2$ мл/с (13–29). Снижение объема остаточной мочи с $120,3 \pm 46,2$ мл (0–180) до операции против $20,0 \pm 20,6$ мл (0–50) после оперативного лечения.

Выводы. Бестроакарная методика имплантации эндопротеза «Пелвикс Передний» является высокоэффективным и безопасным способом коррекции пролапса тазовых органов. При данных операциях достигается высокая анатомическая и субъективная эффективность, сокращается койко-день и длительность реабилитации пациенток.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИКИСТОЗОМ И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

© *Е.С. Губанов, Р.С. Низамова, Е.А. Боряев, А.Л. Иванчиков*

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ (г. Самара)

Актуальность. Инфекционно-воспалительные процессы в собственных почках больных терминальной почечной недостаточностью (ТХПН) могут приводить к сепсису после трансплантации донорской почки. Лапароскопическая нефрэктомия как метод санации таких пациентов перед трансплантацией и ее особенности являются актуальной темой научного исследования.

Цель исследования. Проанализировать особенности лапароскопической нефрэк-

томии у больных терминальной почечной недостаточностью.

Материалы и методы. В Самарском центре трансплантации органов и тканей с 2006 г. по настоящее время выполнено 359 аллотрансплантаций почки. Лист ожидания, включающий больных ТХПН, содержит 190 человек. В 2014–2016 гг. нами выполнено 25 превентивных лапароскопических нефрэктомий. Все пациенты на момент операции находились в листе ожидания трансплантации почки.

В настоящее время многим из них успешно выполнена трансплантация. Показания к нефрэктомии: мочекаменная болезнь, в том числе коралловидный нефролитиаз, поликистоз почек, инфицированный гидронефроз, рецидивирующие пиелонефриты. Всем пациентам перед операцией выполнялась компьютерная томография. Следует отметить, что при поликистозе оценка кист производилась по классификации Bosniak. Известно, что при категории I — риск малигнизации кист почек менее 2 %. При категории II риск малигнизации 18 %. Кисты с категорией III требуют оперативного лечения с обязательным гистологическим исследованием материала. Кисты почек при категории IV Bosniak имеют риск озлокачествления 92 %. В исследуемой группе мы выявили у 9 больных кисты III, а у 3 — IV категории. Все пациенты получали заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа через артериовенозную фистулу. Сеанс гемодиализа без гепарина проводился в день перед операцией, далее пациенты получали стандартный гемодиализ через день. Операции производились с применением ультразвукового скальпеля Harmonic и клипс Hem-o-lock. Анестезиологическое пособие — эндотрахеальный наркоз.

Результаты. Продолжительность операции составила от 180 до 360 мин. К особенностям операции следует отнести выраженные рубцовый и спаечный процессы вокруг почки и в брюшной полости, атипичное расположение лоханки и мочеточника, обусловленные как основным заболеванием, так и предшествующими оперативными вмешательствами.

Например, один из пациентов ранее перенес восемь открытых оперативных вмешательств на удаляемой почке. Отмечалась повышенная кровоточивость тканей. Аномалия развития сосудистой ножки в виде дополнительных артерий и вен наблюдалась у 12 пациентов. Во время оперативного вмешательства у 3 пациентов отмечалась выраженная гипотензия, на фоне чего развился тромбоз AV-фистулы. В раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов возникло желудочно-кишечное кровотечение, несмотря на профилактический прием гастропротекторов. Гемодиализ увеличивал риск кровотечения. Потребовалось переливание компонентов крови и проведение соответствующей терапии. Несмотря на проводимое лечение, 1 пациент погиб. Положительные аспекты лапароскопии: ранняя активизация пациентов, маловыраженный болевой синдром, отсутствие обширных раневых поверхностей.

Выводы. Таким образом, можно отметить следующие особенности лапароскопической нефрэктомии у пациентов с ТХПН: выраженные рубцовый и спаечный процессы, аномалии развития сосудистой ножки, высокий риск тромбоза AV-фистулы и кровотечения во время операции, необходимость программного гемодиализа, высокий риск желудочно-кишечных кровотечений. По нашему мнению, больным поликистозом и ТХПН необходимо проводить лапароскопическое удаление почек перед трансплантацией для уменьшения риска инфекционно-септических процессов в нативных почках, а также их малигнизации на фоне иммуносупрессивной терапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

© *Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецки, А.Ю. Заикин*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) остается основным методом хирургического удаления крупных (>2,0 см), множественных и коралловидных камней почек. Для ПНЛ,

несмотря на ее малоинвазивность, характерны такие осложнения, как кровотечение, обострение хронического пиелонефрита, травмы соседних органов и плевральной полости. Среди