

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. Стецик, 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

них наиболее частым является активизация инфекционного процесса, что связано с техническими особенностями ПНЛ (постоянное промывание полостной системы почки, повышение внутрилоханочного давления). Однако обострение хронического пиелонефрита наблюдается не у всех пациентов, которым выполняется ПНЛ. Цель нашей работы заключалась в установлении предоперационных критериев, позволяющих прогнозировать развитие инфекционных осложнений после ПНЛ.

Материалы и методы. В исследование включены 96 (7,1 %) из 1358 больных, которым производилась ПНЛ в нашей клинике. Им выполнялся посев мочи из мочевого пузыря до операции и лоханки после пункции полостной системы почки, а также микробиологический анализ осколка удаленного камня. При отборе больных учитывали их возраст и пол, индекс массы тела, наличие в анамнезе эндоскопических или открытых операций на почке, степень гидронефроза, локализацию камня и его размеры, количество выполненных перкутанных доступов и резидуальных конкрементов, интраоперационные осложнения (кровотечение, перфорация полостной системы почки, продолжительность операции, установка мочеточникового стента). В исследование не включали пациентов, которые исходно имели нефростому, предыдущие операции на верхних мочевых путях, камни или опухоли мочевого пузыря, хроническую почечную недостаточность, конкременты в контралатеральной почке и мочеточнике. Также были исключены больные с сахарным диабетом. Пациенты были распределены в две группы: I — без повышения температуры тела после ПНЛ; II — с высокой лихорадкой ($t^{\circ} > 38,0$). Анализировали связь изучаемых показателей

с послеоперационным повышением температуры. Для сравнения количественных данных в исследуемых группах с нормальным распределением использовали критерий Стьюдента.

Результаты. Полученные результаты показали, что частота инфекционных осложнений после ПНЛ не зависела от пола больных и их возраста, размеров камней и индекса массы тела. Длительность ПНЛ в обеих группах была также практически одинаковой и статистически недостоверной ($58,4 \pm 28,6$ мин — I группа, $62,4 \pm 30,6$ мин — II группа). Количество осложнений во второй группе было высоким (36,4 против 18,8 %), однако эта разница была недостоверной. Посевы мочи из мочевого пузыря и лоханки, микробиологический анализ самого камня были позитивными у 24 (25,0 %), 18 (18,7 %) и 16 (16,7 %) больных соответственно. Высокая лихорадка вследствие ПНЛ была у 11 (11,5 %) из 96 больных. У больных с высокой лихорадкой только в 45,4 % случаев в посеве мочи из мочевого пузыря отмечался рост микроорганизмов, а при позитивных анализах мочи из лоханки и самого камня температура повышалась у 63,6 % больных. У больных с позитивными микробиологическими анализами лихорадка отсутствовала в 19 (22,4 %), 11 (12,9 %) и 9 (10,6 %) случаев соответственно.

Заключение. Таким образом, при позитивных анализах мочи из лоханки и самого камня вероятность повышения температуры тела достоверно выше, чем при инфицированной моче из мочевого пузыря. Кроме того, результаты посевов мочи из лоханки и самого камня могут быть применены для смены антибиотика в тех случаях, когда температура на фоне эмпирической противовоспалительной терапии сохраняется.

ПЕРКУТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

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

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

Введение. Хирургическая тактика при коралловидных камнях (КК) почек до сих пор

остается дискуссионной. В настоящее время еще остаются сторонники открытой нефро-