

Развитие и совершенствование медицинской техники в последние десятилетия приводят к изменению в тактике лечения мочекаменной болезни. Внедрение в практику мультиспиральной компьютерной томографии, аппаратов для дистанционной нефролитотрипсии, нового медицинского инструментария изменили многие подходы к лечению МКБ с учетом функционального состояния почки, размера камня, его плотности и архитектоники. Внедрение в широкую практику методов перкутанной литотрипсии привело к значительному сокращению числа открытых оперативных вмешательств. Вместе с тем наблюдается тенденция к миниатюризации используемого инструментария, позволяющая сократить длительность операции и послеоперационного периода, уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений.

Продолжительность лечения пациентов при выполнении оперативного лечения МКБ необходимо знать для планирования деятельности клиники, ресурсного обеспечения. Цель данного исследования — сравнить продолжительность стационарного лечения при выполнении чрескожной нефролитолапаксии стандартным инструментарием в сравнении с мини-перкутантными вмешательствами.

Материал и методы. В исследование включены (ретроспективно) 154 взрослых пациента, которым в 2014–2016 годах в ФМБЦ им. А.И. Бурназяна были выполнены в течение одной госпитализации операции чрес-

кожной нефролитолапаксии. Оперативному лечению подвергались пациенты с камнями в почках от 20 до 42 мм. Дезинтеграция камней проводилась ультразвуковым литотриптором KARL STORZ Calcuson и лазером LUMENIS VersaPulse PowerSuite 100. Размеры, расположение и плотность камня оценивались по результатам компьютерной томографии. Всем больным проводилось послеоперационное дренирование полостной системы почек. В результате оперативного вмешательства достигнут stone free.

Результаты. Общая продолжительность оперативного вмешательства составляла от 45 до 110 минут, коррелировала с размерами камня и не зависела от метода доступа.

Различия наблюдались в длительности послеоперационного периода, составившего 4,3 дня у больных после стандартной нефролитолапаксии и 2,7 дня после мини-перкутанного вмешательства. Сокращение длительности послеоперационного периода было обусловлено меньшей выраженностью геморрагии и более ранним удалением дренажа.

Заключение. Длительность операции чрескожной нефролитолапаксии зависит от размеров камня и анатомических особенностей пациента. Продолжительность послеоперационного периода лечения пациентов после чрескожной нефролитолапаксии достоверно ниже при использовании мини-перкутанной техники.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТЕРИАЛА И СИНТЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

© *И.И. Мусин, К.А. Гайсина*

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ (г. Уфа)

Исследование было проведено ретроспективно для оценки эффективности оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин репродуктивного возраста. Уретропексия синтетическим лоскутом была проведена 57 женщинам репродуктивного возраста,

не планирующим беременность в будущем. Для уретропексии применялась синтетическая петля трансобтураторным доступом «изнутри кнаружи», так как данный доступ более безопасным по сравнению с методом «снаружи внутрь».

Интраоперационные осложнения были в виде кровопотери более 150 мл — в 5 (8,8 %) случаях, травмы мочевого пузыря, уретры и крупных сосудов не было. В раннем послеоперационном периоде формирование гематом в области парауретральных каналов не было выявлено, гнойные осложнения — в 2 (3,5 %) случаях, эрозии стенки мочевого пузыря и влагалища не было. Лишь в 2 случаях из 3 (5,2 %) наблюдали острую задержку мочеиспускания в течение 2 дней, которая была успешно купирована консервативно. Ранний послеоперационный период был направлен на быстрое восстановление самостоятельного мочеиспускания. Поздние послеоперационные осложнения в виде пролабирования протеза, эрозий стенки влагалища были у 11 (19,2 %), уретровлагалищный свищ был в 1 (1,7 %) случае.

Появление ургентных расстройств мочеиспускания с императивными позывами, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря или эпизоды недержания мочи у пациенток в различные сроки после операции не были выявлены. При анализе результатов оперативного лечения стрессовой мочевого инконтиненции синтетическим лоскутом отмечается уменьшение максимальной объемной скорости потока мочи до 25,5 мл/с и удлинение времени достижения максимальной скорости до 15,5 с, при этом объем мочевого пузыря оставался на уровне 243,1 мл. При анализе отмечается восстановление равновесия между мочевым пузырем и уретрой. Таким образом, можно отметить, что после оперативной коррекции синтетическим лоскутом наблюдается улучшение уродинамических показателей. По-

сле проведенного лечения отмечается удлинение уретры до 2,98 см и уменьшение проксимального отдела до 0 см, уретровезикальный угол 127°. Таким образом, при проведении контрольного ультразвукового исследования отмечается удлинение уретры и уменьшение проксимального отдела уретры после оперативной коррекции в обоих случаях.

Анализ результатов операции по поводу недержания мочи показывает хорошие непосредственные результаты операций, выполненных предложенным методом. После реконструкции отмечается изменение положения проксимального отдела, увеличение длины уретры и уменьшение максимальной объемной скорости потока мочи. Эффективность sling-операций с применением синтетического протеза составила 51 (89,5 %). Данную эффективность мы связываем с прогрессированием заболевания и наступлением пременопаузы.

Внедрение в практику коллагенового материала с целью коррекции стрессового недержания мочи позволило значительно повысить эффективность лечения данной категории больных и улучшить качество жизни пациенток. В 83,7 % случаях удалось полностью ликвидировать стрессовое недержание мочи коллагеновым материалом и в 89,5 % — с применением синтетического материала. Полученные результаты свидетельствуют о том, что методика оперативного лечения с применением коллагенового материала является безопасным и достаточно эффективным способом хирургической коррекции стрессового недержания мочи у женщин репродуктивного возраста.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ЕЕ ПОТЕНЦИАЛ В ИДЕНТИФИКАЦИИ УРОЛИТОВ *IN VIVO*

© Т.Х. Назаров, И.В. Рычков, М.У. Агагюлов

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

Введение. Компьютерная томография (КТ) — метод послойного исследования внутренней структуры объекта, основанный на измерении

и компьютерной обработке разности ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями. До внедрения в клини-