

применение эндоскопических методик разрушения камней. В этих условиях перкутанная нефролитотомия может рассматриваться как вариант лучшего оперативного подхода к лечению МКБ.

За несколько лет в нашей клинике проходили лечение семь военных летчиков с подобными особенностями. В результате обследования диагностировались чашечные камни различной локализации до 5 мм в диаметре. Ранее для оказания медицинской помощи проводилась ДЛТ без положительного эффекта. Компьютерная томография (КТ) почек с внутривенным контрастированием исключила расположение конкрементов в «отшнурованных» чашечках и диагностировала ряд анатомических особенностей строения чашечно-лоханочной системы — узкие и длинные шейки чашечек, «острый» калико-инфундибулярный угол. Для определения возможности и подбора предполагаемого хода при формировании нефростомического канала во время проведения перкутанной нефролитотомии нами выполнялась КТ почек с 3D-моделированием.

Анализ результатов позволил правильно определить расположение пациента на операционном столе с целью формирования наименее травматичного нефростомического канала к чашечному камню, что позволило всем пациентам выполнить одномоментную перкутанную нефролитотомию. В одном случае для санации разных групп чашечек одной почки были сформированы два нефростомических хода. Послеоперационный период протекал без особенностей, через два месяца все пациенты были допущены к «летней работе». Следует отметить, что применение операционных эндоскопов меньшего диаметра, типа «мини-перк», «ультра-мини-перк» а также фибронефроскопов более оправданно ввиду малой травматизации почки.

Таким образом, совершенствование и внедрение в практику видеоэндоскопических методик лечения МКБ способствует сохранению «летнего долголетия» военных летчиков и пилотов гражданской авиации, что является одной из важных государственных задач у данной категории пациентов.

## НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ИХ ХАРАКТЕР В ГРУППЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

© *В.В. Ромих, А.В. Захарченко, Л.Ю. Борисенко, В.В. Пантелеев, Ф.Д. Ромих*

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва)

**Введение.** Неосложненная инфекция мочевыводящих путей (НИМП) часто встречается у женщин репродуктивного возраста. У 25–40 % женщин после первого эпизода НИМП отмечается рецидив заболевания в ближайшие 6–8 месяцев.

К факторам, способствующим развитию рецидивирующего бактериального цистита, помимо вирулентности и патогенности возбудителей мочевой инфекции, относят как анатомические, так и функциональные нарушения: анатомо-физиологические особенности уретры (близость к естественным резервуарам инфекции — анус, влагалище, короткая уретра), травматические повреждения, включая

ятрогенные; нарушения уродинамики нижних мочевых путей (органические или функциональные).

Клинический диагноз НИМП в основном базируется на сборе анамнеза и данных лабораторного исследования. Чаще всего женщины предъявляют жалобы на частое болезненное мочеиспускание, боли в надлобковой области, неприятный запах мочи или наличие мутной мочи, предшествующие инфекции мочевых путей в анамнезе, иррадиацию болей во влагалище, терминальную макрогематурию. Нередко рецидив цистита связывают с половым актом и отмечают развитие симптомов на вторые-третьи сутки после коитуса. Одна-

ко, несмотря на достаточный выбор антимикробных препаратов, различные схемы профилактики рецидивов цистита, фитотерапию, эстрогенотерапию, вакцинотерапию и прочее, дизурия у многих женщин сохраняется. Возможно, это связано с недооценкой функционального состояния нижних мочевых путей.

**Цель.** Изучить характер и частоту выявляемости уродинамических нарушений у женщин с хроническим рецидивирующим циститом.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 50 женщин с диагнозом «хронический рецидивирующий цистит» и жалобами на учащенное мочеиспускание, дискомфорт, боли. Возраст пациенток составил от 22 до 63 лет. Всем женщинам было выполнено комбинированное уродинамическое исследование в объеме «свободной» урофлоуметрии, цистометрии наполнения, микционной цистометрии, профилометрии уретрального давления.

**Результаты.** По данным уродинамического исследования были выявлены различные нарушения и их сочетания. У 12 пациенток (24 %) — гиперсенсорный мочевой пузырь со снижением цистометрической емкости, что может являться как следствием хронического воспалительного процесса, так и сопутствующим нарушением. У 38 (76 %) пациен-

ток выявлены выраженные уродинамические нарушения, соответствующие нейрогенной дисфункции мочевого пузыря: высокоамплитудная детрузорная гиперактивность — 4 пациентки (10,5 %), высокое микционное давление — 7 (18 %), сочетание высокого микционного давления и детрузорной гиперактивности — 5 (13 %), детрузорная гиперактивность в сочетании с функциональной инфравезикальной обструкцией высокой степени — 22 (58 %).

**Выводы.** Комбинированное уродинамическое исследование является важным инструментом диагностики нарушений мочеиспускания у женщин, страдающих хроническим рецидивирующим циститом. Подход к выбору метода лечения данной категории пациенток должен быть комплексным с учетом имеющихся нарушений уродинамики нижних мочевых путей. По данным нашего исследования, у 76 % пациенток помимо основного диагноза имелись выраженные расстройства мочеиспускания функционального характера, которые также требуют адекватного лечения. Этот факт должен приниматься во внимание при лечении симптомов рецидивирующего цистита, что может существенно улучшить результаты лечения.

## МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

© *В.В. Ромих, Л.Ю. Борисенко, А.В. Захарченко, В.В. Пантелеев, Н.В. Поляков*

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва)

**Введение.** Нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря у детей часто имеет функциональную природу и преимущественно связано с нарушениями расслабления мышц тазового дна. При этом уродинамические исследования, в том числе комбинированные с электромиографией, регистрируют различные типы функциональной инфравезикальной обструкции: отсутствие расслабления, неполное расслабление, отсутствие длительного расслабления, дискоординацию тазового дна.

Трудный «старт», прерывистое затрудненное мочеиспускание, мочеиспускание с натуживанием, неполное опорожнение и даже «подкапывание мочи» являются клиническими проявлениями функциональной обструкции. При функциональных дефектах опорожнения мочевого пузыря высокой степени и/или длительном их течении может наблюдаться вторичное подавление активности детрузора и нарушение функции верхних мочевых путей. У детей подобные нарушения возникают