

У пациентов 1-й группы восстановление проходимости семявыносящих путей отмечено у 15 пациентов (60 %). Во 2-й группе аналогичные результаты получены у 12 человек (54,5 %). Однако у больных 1-й группы, получавших те-

рапию препаратом Лонгидаза по описанной выше методике, отмечено более раннее восстановление проходимости в сравнении с мужчинами 2-й группы (у 8 (32 %) и 3 (13,6 %) больных в 1-й и 2-й группах соответственно).

Таблица 2

Динамика показателей концентрации, общей и прогрессивной подвижности сперматозоидов в эякуляте у пациентов 1-й и 2-й групп на разных сроках наблюдения

Показатели спермограммы	1-я группа (N = 15)			2-я группа (N = 12)		
	3 мес. (N = 8)	4 мес. (N = 5)	6 мес. (N = 2)	3 мес. (N = 3)	4 мес. (N = 5)	6 мес. (N = 4)
Концентрация сперматозоидов, млн/мл	3,1 ± 1,2	10,4 ± 2,9	17,6 ± 3,8	1,1 ± 0,4	8,3 ± 1,7	15,7 ± 2,4
Общая подвижность сперматозоидов, %	12,5 ± 3,6	28,3 ± 2,2	38,8 ± 3,1	8,3 ± 1,4	19,6 ± 3,1	35,2 ± 3,7
Прогрессивно-подвижные формы сперматозоидов, %	5,3 ± 1,8	12,8 ± 1,9	18,2 ± 2,4	3,2 ± 0,9	10,1 ± 2,3	16,5 ± 2,9

При анализе показателей спермограммы через 3 и 4 месяца у пациентов 1-й группы в сравнении с больными 2-й группы отмечаются более высокие концентрация, общая и прогрессивная подвижность сперматозоидов.

Побочных эффектов, связанных с использованием препарата Лонгидаза для внутримышечных инъекций и потребовавших его отмены, ни у одного пациента отмечено не было. Однако у 3 пациентов наблюдалась локальная

гиперемия в зоне инъекции, разрешившаяся самостоятельно в течение нескольких суток.

Выводы. Результаты, полученные в ходе исследования, подтверждают клиническую эффективность применения препарата Лонгидаза 3000 МЕ (внутримышечные инъекции) в комплексном лечении больных с обструктивной азооспермией, перенесших реконструктивно-пластическую операцию на семявыносящих путях.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

© *Н.А. Филатова*¹, *М.П. Кучинский*¹, *А.Н. Котин*^{1,2}, *Е.А. Солнцева*¹

¹ СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1» (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Введение. Нарушение эвакуации мочи на уровне пиелоретерального сегмента является наиболее распространенной причиной обструктивной уропатии у детей. Открытая пиелопластика по Хайнцу — Андерсену ретроперитонеальным доступом до настоящего времени считалась оптимальным и практически единственным методом лечения данной патологии, однако внедрение в хирургическую практику и совершенствование эндоскопических методик на сегодняшний день позволя-

ет все шире использовать лапароскопический доступ для лечения гидронефроза у детей, вытесняя травматичный люботомический доступ. При этом принципы операции — разобщающая пиелопластика с резекцией пиелоретерального сегмента, несущего стеноз и наложение пиелоретероанастомоза, — остаются прежними.

Материалы и методы. С 2014 года в Детской городской больнице № 1 произведено 36 лапароскопических операций по поводу

гидронефроза 35 детям. Из них детей до года было 12, в возрасте от года до 3 — 6 детей, старше 3 лет — 17 детей. Из них было 7 девочек, 28 мальчиков. Детей с IV степенью гидронефроза было прооперировано 13 (37 %), с III степенью — 21 (63 %).

Для установления диагноза все дети проходили стандартное обследование, включающее в себя ультразвуковое исследование с доплерографией сосудов (в некоторых случаях производилась диуретическая ультрасонография), инфузионную урографию и цистографию для исключения пузырно-мочеточниковых рефлюксов. Установление диагноза гидронефроза III–IV степеней являлось показанием к операции.

Двум детям предварительно выполнялась пункционная нефростомия под контролем УЗИ-навигации на первых месяцах жизни в связи с выраженным снижением функции почки, и пиелопластика осуществлялась отсроченно через 3–4 месяца. 33 детям выполнен классический вариант операции Хайнца — Андерсена (разобшающая пиелопластика), у двух детей интраоперационно выявлено, что пиелоуретеральный сегмент свободно проходим, а причиной гидронефроза являются aberrantные нижнеполярные сосуды; этим детям выполнена транспозиция нижнеполярных сосудов. Один ребенок оперирован дважды в связи с развившимся рецидивом гидронефроза, при повторной операции выполнялись адгезиолизис в зоне пиелоуретероанастомоза, стентирование мочеточника.

Все операции мы проводили лапароскопическим доступом, люмбоскопию не использовали. Всем детям (кроме носителей нефростомы) перед операцией проводились цистоскопия, ретроградное стентирование мочеточника. Вход в брюшную полость осуществлялся из нижней пупочной точки. Использовалось три порта, троакар 5 мм для видеосистемы и два рабочих троакара 3 мм. Вход в забрюшинное пространство осуществлялся путем мобилизации участка ободочной кишки. После мобилизации пиелоуретерального сегмента выполнялась типичная пиелопластика по Хайнцу — Андерсену с на-

ложением пиелоуретероанастомоза двумя непрерывными швами (на переднюю и заднюю губу анастомоза) нитью PDS 5/0. Всем детям оставлялся страховочный дренаж к зоне анастомоза. Мочеточниковый стент удалялся через 30–40 суток, нефростома и пиелостома — через 14 суток.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции составила 120 минут, минимальная — 80 минут, максимальная — 190 минут. Интраоперационных осложнений, потребовавших конверсии, не отмечалось. Средний срок пребывания в стационаре после операции составил 6 суток. Осложнения: миграция стента через два часа после операции с развитием несостоятельности анастомоза; формирование забрюшинной гематомы, источником которой являлись поясничные мышцы в месте постановки страховочного дренажа; нарушение проходимости пиелоуретероанастомоза после удаления стента, что потребовало повторного продленного стентирования мочеточника; рецидив гидронефроза, что потребовало повторной операции. Таким образом, процент осложнений составил 6,4 %, повторного оперативного лечения потребовал один ребенок. Рецидивы гидронефроза, потребовавшие повторной операции составили 3,2 %.

Заключение. Результаты лапароскопической пиелопластики сравнимы с результатами открытых операций при гидронефрозе по данным нашей клиники, хотя наш опыт в использовании лапароскопических операций при гидронефрозе на настоящее время недостаточен. Однако явные преимущества лапароскопической пиелопластики перед открытой — косметичность, малая травматичность, уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома, сокращение послеоперационного койко-дня — позволяют нам считать эту методику перспективной для широкого использования в детской урологии. До настоящего времени основным недостатком является длительность операции, однако совершенствование техники и накопление опыта, с нашей точки зрения, позволит в скором времени минимизировать роль этого фактора.