

Цель исследования — анализ результатов лечения обструктивного мегауретера у детей в зависимости от состояния мочевой системы.

Материалы и методы. В исследование включены 84 пациента (60 мальчиков и 24 девочки) от 1 мес. до 17 лет, проходившие лечение в урологическом отделении ДОКБ г. Тверь с 2003 по 2018 г. Левосторонний мегауретер диагностирован у 40 (47,6 %) детей, правосторонний — у 33 (39,3 %) и двусторонний — у 11 (13,1 %). В зависимости от анатомо-функционального состояния мочевой системы выделены группы больных с компенсированным состоянием мочевой системы — 36 (42,9 %), с субкомпенсированным — 36 (42,9 %) и декомпенсированным — 12 (14,3 %) с ХПН 1–2-й стадий.

На этапах диагностики заболевания и контроля результатов лечения в послеоперационном периоде использовали УЗИ с определением состояния паренхимы почки, ее кровоснабжения, оценки сократительной способности мочеточника, инфузионную урографию, микционную цистоуретрографию, статическую и динамическую нефросцинтиграфию.

Способ оперативного лечения выбирали в зависимости от возраста пациента и состояния мочевой системы. До 2010 г. детям с мегауретером проводили в основном открытые оперативные вмешательства (45 детей — 90 операций), а в последние годы предпочтение отдаем эндоскопическим способам (39 пациентов — 86 операций) — бужированию, баллонной дилатации интравезикального отдела мочеточника с последующим установлением короткого или высокого катетера-стента. Пациентам с компенсированным состоянием мочевой системы выполнены эндоскопические вмешательства. В группе пациентов с субкомпенсированной и декомпенсированной формами преобладали этапные операции — наложение уретеростомы (иногда с двух сторон) с последующей уретероцистостомией (методика Политано – Лидбеттера и Коэна) — 78 операций 45 детям.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 15 лет.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения больных с мегауретером проводили

по следующим критериям. Хорошим считался результат, когда дети имели нормальное мочеиспускание, наблюдалось улучшение анатомо-функционального состояния почек и мочеточников по сравнению с исходным состоянием. Отмечена ремиссия пиелонефрита. Удовлетворительный результат зарегистрирован у больных с разными стадиями заболевания, когда анатомо-функциональное состояние мочевых путей имело тенденцию к улучшению, но наряду с нормальным диаметром струи мочи сохранялось расстройство акта мочеиспускания в виде ночного или дневного недержания мочи. Периодически в анализах мочи появлялась умеренная лейкоцитурия. Неудовлетворительным считали результат при сохранении или нарастании дилатации верхних мочевых путей, снижении их моторной активности, лейкоцитурии, бактериурии. Такие результаты в основном отмечены у больных с декомпенсированной стадией заболевания.

В группе пациентов с компенсированной формой (36 больных) результаты лечения были следующими: хороший — 26 больных (72,2 %), удовлетворительный — 10 (27,8 %) больных. Из 36 пациентов с субкомпенсированной формой хороший результат достигнут у 25 (69,4 %), удовлетворительный — у 11 (30,6 %). Худшие результаты получены у детей с декомпенсированной формой (12 больных): удовлетворительный — у 9 (81,9 %) и неудовлетворительный — у 3 (18,1 %).

Характер послеоперационных осложнений зависел от способа вмешательства и состояния мочевой системы: после эндоскопических операций наблюдалось обострение пиелонефрита (7 больных — 17,9 %). После открытых вмешательств — стенозирование уретероцистического соустья — у 4 (8,9 %), ПМР — у 7 (15,6 %), тампонада мочевого пузыря — у 2 (4,4 %), обострение хронического пиелонефрита — у 30 (66,7 %) детей.

Заключение. Рациональный выбор способа коррекции обструктивного мегауретера с учетом функционального состояния мочевой системы и возраста ребенка позволяет добиться положительных результатов лечения у 96,5 % пациентов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ

© *М.В. Савельев, Д.Р. Бузинов, С.П. Боковой, М.В. Будько*

ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» (Архангельск);
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (Архангельск)

Введение. В настоящее время отмечается рост заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). В Архангельской области общая заболеваемость

МКБ за 10 лет возросла на 16,9 %: в 2005 г. показатель заболеваемости составлял 590 случаев на 100 000 населения, в 2014 г. — 690 случаев. В на-

стоящее время стандартным методом лечения камней почек размером 2 см и более является перкутанная нефролитотомия (ПНЛТ). Несмотря на то что накоплен значительный опыт проведения данных операций, количество послеоперационных осложнений остается достаточно большим.

Цель — анализ осложнений и эффективности ПНЛТ, выполняемых в Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич (Архангельск).

Пациенты и методы. Проанализированы результаты 182 ПНЛТ, выполненных с 2015 по 2018 г. на базе урологического отделения Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич (Архангельск). Конкременты чаще всего локализовались в лоханке. Камни из верхней трети мочеточника предварительно перемещали в лоханку корзинкой Дормиа. Было прооперировано 9 пациентов с коралловидными камнями в стадиях К1–К4. Выполнено 5 бездренажных ПНЛТ. Одному пациенту выполнена ПНЛТ в подковообразной почке. Право- и левосторонний нефролитиаз встречался практически в одинаковом количестве случаев. Конкременты в размере до 10 мм были в 57 (31,3 %), от 11 до 20 мм — в 101 (55,5 %), более 20 мм — в 24 (13,2 %) случаях, причем у 4 (2,2 %) больных максимальный размер камня составил более 40 мм.

Результаты. Успешно пунктировать чашечно-лоханочную систему удалось во всех случаях. Средняя продолжительность операции составила 33,5 минуты. Средний послеоперационный койко-день составил 8,4 дня. Полное удаление конкрементов достигнуто у 174 (95,6 %) больных, причем у пациентов с одиночным камнем получен 100 % результат. У больных с коралловидными и множественными камнями полная элиминация конкрементов отмечена в 78,2 % случаев. В подавляющем большинстве случаев (96,2 %, $n = 175$) операция проведена через один доступ в чашечно-лоханочную систему, в 4 (2,2 %) случаях коралловидного нефролитиаза и множественных камнях потребовалось 2 доступа в почку. У 169 (92,9 %) пациентов

оперативное лечение было проведено за один этап операции. Повторные вмешательства в среднем проводили на 8-е сутки после первой операции.

Проанализированы осложнения ПНЛТ, которые классифицированы по системе Клавиен – Диндо. Послеоперационные осложнения выявлены у 68 (59,6 %) больных. Большинство осложнений отнесено к I категории (73,5 % $n = 50$), а именно послеоперационная лихорадка, купированная антипиретиками в первые сутки после операции и не потребовавшая коррекции антибактериальной терапии. Среди осложнений II степени (11,3 %, $n = 8$) у 6 пациентов выявлено обострение хронического пиелонефрита, потребовавшее коррекции антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной терапии, у 2 — выраженная макрогематурия, купированная дополнительной гемостатической терапией. Осложнения IIIa степени отмечены у 4 пациентов (5,9 %), у которых сформировался свищ нефростомического хода, потребовавший стентирования мочеточника сроком на 1 месяц. Осложнение IIIb степени (абсцесс почки) зарегистрировано у 1 пациента (1,5 %), по поводу которого была выполнена открытая операция — люмботомия, ревизия почки и дренирование абсцесса под общей анестезией. Осложнений IV и V степеней не было. При анализе результатов ПНЛТ не установлено зависимости частоты развития осложнений от возраста пациентов, давности заболевания и индекса массы тела. Частота осложнений достоверно зависела от длительности и количества этапов оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, ПНЛТ является высокоэффективной и достаточно безопасной операцией для большинства пациентов с камнями почек. Частота и характер осложнений, возникших при выполнении ПНЛТ в нашем исследовании, сопоставимы с мировыми данными. ПНЛТ можно рассматривать как операцию выбора для пациентов с камнями чашечно-лоханочной системы размером более 1 см.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Г.К. Садыкова¹, А.А. Олина²

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава РФ (Пермь);

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» (Санкт-Петербург)

Введение. Эндометриозом называют процесс, при котором происходит доброкачественная пролиферация ткани, по морфологическим и функ-

циональным свойствам схожей с эндометрием, за пределами его нормальной локализации. В большинстве случаев наблюдают генитальный эндо-