

магния (< 2,65 мМоль/сут) и не зависит от выраженности кальциурии. Образование фосфатных инфекционных (струвитных) камней ускоряется при низких значениях кальциурии (< 2,6 мМоль/сут) и фосфатурии (< 18,3 мМоль/сут). Тенденции к более частому формированию струвитных камней отмечены

при гипоурикурии (< 2,6 мМоль/сут,  $P = 0,0883$ ) и гипوماгниирии (< 2,65 мМоль/сут,  $P = 0,0528$ ).

Полученные выводы могут быть использованы при формировании тактики противорецидивной терапии, основанной на анализе взаимосвязей основных метаболических факторов риска мочекаменной болезни.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКОВ

© *А.В. Антонов*<sup>1,2</sup>, *Ж.П. Авазханов*<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> СПб ГБУЗ «Городская больница святого великомученика Георгия» (г. Санкт-Петербург);

<sup>3</sup> СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Мочекаменная болезнь (МКБ) остается одним из самых распространенных заболеваний как в мире, так и в России. При МКБ частота уретеролитиаза составляет не менее 50 %. Последние годы при лечении уретеролитиаза все больше используются малоинвазивные методы: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) и эндовидеохирургическая уретеролитотомия (ЭВХУ).

К наиболее частым осложнениям ДУВЛ относятся почечная колика — 2–4 % случаев, инфицирование мочевыводящих путей (обострение хронического пиелонефрита) — по данным разных авторов, от 1–2 до 14,3 %. Количество осложнений при КУЛТ, по данным Европейской ассоциации урологов и зарубежных авторов, составляет 9–25 %. Количество осложнений после ЭВХУ не превышает 1–2 %.

**Целью и задачей** нашего исследования является определение возможных осложнений малоинвазивных методов лечения крупных и длительно стоящих на одном месте камней верхних отделов мочеточников, связанных с нарушением оттока мочи из почки, и способов их профилактики.

**Материалы.** Проведен ретроспективно-проспективный анализ 130 историй болезни пациентов с крупными (от 8 до 25 мм) конкрементами, расположенными от пиелоуретрального

сегмента до уровня перекреста мочеточника с подвздошными сосудами. Соответственно выполненным вмешательствам больные были разделены на группы: 50 пациентам выполнены эндовидеохирургические операции, ДУВЛ перенесли 50, КУЛТ — 30 пациентов. Проводилось дренирование заблокированной почки до или во время оперативного вмешательства.

**Результаты.** В группе ДУВЛ 20 (40,0 %) больных поступили с уже дренированной почкой. В группах КУЛТ и ЭВХУ больных с дренированной до операции почкой было в два раза меньше — 20 %. Особенностью группы ЭВХУ явился способ дренирования почки — до операции выполнялась ЧПНС в связи с полной обструкцией верхних мочевыводящих путей конкрементом.

В группе ДУВЛ имеется четкая связь между частотой послеоперационных осложнений и дренированием почки до операции. Так, выраженный болевой синдром, потребовавший неоднократного обезболивания, у больных с недренированной почкой встречается гораздо чаще, чем с дренированной, — 25 против 83,3 %. Обострение хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде у больных с недренированной почкой встречается 6 раз чаще, чем с дренированной, — 5 % против 30 %, для купирования этих осложнений у 10 (33,3 %) больных в послеоперационном

периоде выполнено стентирование мочеточника.

В группе КУЛТ до операции мочевые пути были дренированы у 6 больных, что составило 20 %. Остальным 24 пациентам во время проведения КУЛТ дренирование мочевых путей проводилось двумя способами — мочеточниковым катетером у 9 из 30 (37,5 %) и мочеточниковым стентом у 15 из 30 (62,5 %). Таким образом, почки у всех больных до или во время операции были дренированы. В этой группе сравнение проведено между пациентами, которым дренирование почки проводилось мочеточниковым катетером и стентом.

Обострение хронического пиелонефрита у больных с катетером было у 4 (44,4 %) больных, со стентом у 6 (40,0 %) больных, выраженные болевые приступы встречались у 2 (22,2 %) больных в первом случае, во втором тоже у 2 (13,3 %) пациентов. Статистически значимой разницы по данным критериям нет ( $p > 0,05$  и  $p = 0,157$  соответственно). Но 3 (33,3 %) больным после установки мочеточникового катетера потребовалось повторное дренирование стентом.

В группе ЭВХУ до операции мочеточниковый стент установлен 5 из 50 (10,0 %) больным, нефростомический дренаж — 5 пациентам (10,0 %). В остальных 40 наблюдениях стентирование мочеточника во время операции выполнено в половине случаев. Анализ проведен между больными со стентированием и без стентирования во время операции, выявлена статистически значимая разница ( $p < 0,0001$ ) в сроках удаления забрюшинного дренажа. У больных с интраоперационно установленным стентом забрюшинный дренаж удален на 3–4-е сутки в 70 %. У больных без стентирования почки во время операции в 80 % дренажи удалены позже 5 суток и 3 больным в послеоперационном периоде пришлось установить стент в связи с подтеканием мочи по дренажам более 4 суток ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдается в группах ДУВЛ и КУЛТ и имеет достоверную зависимость от дренирования почки до или во время операции. Для профилактики послеоперационных осложнений показано дренирование почки стентом во время операций ЭВХ и КУЛТ и до выполнения ДУВЛ.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

© В.Д. Бадиков, О.Г. Захарова, Т.А. Елисеева, Н.Г. Красных

СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 11» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Гонококковая инфекция является одним из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Высокий уровень заболеваемости гонореей в мире (около 78 млн свежих случаев ежегодно), значительное влияние на репродуктивное здоровье, увеличение числа атипичных случаев, разнообразие клинической картины и рост антибиотикорезистентности возбудителя обуславливают большое значение клинико-лабораторной диагностики инфекции.

Несмотря на неуклонное снижение показателей заболеваемости гонореей в Российской Федерации (18 случаев на 100 000 населения в 2015 г.), эпидемиологическая ситуация

продолжает оставаться достаточно напряженной. Одной из наиболее значимых причин, влияющих на высокую заболеваемость гонококковой инфекцией, является устойчивость *Neisseria gonorrhoeae* к антимикробным препаратам. Контроль над распространением антибиотикорезистентных штаммов возбудителя осуществляется на международном уровне в рамках программ Всемирной организации здравоохранения, в том числе и в РФ (Russian gonococcal antimicrobial susceptibility programme, RU-GASP). Согласно рекомендациям ВОЗ препараты выбора для терапии гонококковой инфекции должны быть эффективны в отношении как минимум 95 %