

Г.СОЧИ

07-08
АПРЕЛЯ
2023

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В УРОЛОГИИ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Всероссийская научно-практическая конференция
«Неотложные состояния в урологии»

07.04.2023 - 08.04.2023

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОДЕРЖАНИЕ:

НЕОТЛОЖНЫЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19. <i>М.И.Катибов, З.М.Магомедов, М.М.Алибеков.</i>	5
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19. <i>М.И.Катибов, З.М.Магомедов, М.М.Алибеков.</i>	7
ВЫБОР МЕТОДА ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ. <i>А.В.Бершадский, И.Н.Новоселова, В.А.Баженов.</i>	9
ТАКТИКА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ МОЧЕКИСЛЫМ УРОЛИТИАЗОМ. <i>И.В.Феофилов, С.С.Шкуратов, А.К.Почивалов.</i>	11
МИНИ-ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. <i>И.В.Феофилов, С.С.Шкуратов, А.К.Почивалов.</i>	13
ПАЦИЕНТЫ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ. <i>С.В.Шкодкин, С.А.Чопанов, А.В.Полищук, Е.Г.Пономарёв, К.С.Шкодкин, В.Ю.Нечипоренко, Т.Б.Рахмонов.</i>	16
МОЧЕПУЗЫРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ. <i>С.В.Шкодкин, А.В.Полищук, Е.Г.Пономарёв, В.Ю.Нечипоренко, К.С.Шкодкин, Ж.К.Аскарри, Х.А.Мухамедов.</i>	17
СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ И ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ МОШОНКИ КАК ВОПРОС НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. <i>П.В.Трушин, И.В.Феофилов, Ю.В.Чикинёв, Т.С.Лебер, Р.Н.Назармовлов.</i>	18
РАЗЛИЧИЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ COVID-19 В ПЕРИОД 2020-2022 ГОДЫ. <i>А.Б.Доронин, С.В.Щелков, А.А.Кузнецов, Е.А.Морозов, И.В.Александров, Д.В.Перлин.</i>	20
УРГЕНТНЫЕ ПАЦИЕНТЫ С УРОЛИТИАЗОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ. <i>С.В.Шкодкин, А.В.Полищук, Е.Г.Пономарёв, В.Ю.Нечипоренко, С.А.Чопанов, К.С.Шкодкин, Т.Б.Рахмонов.</i>	22
ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ЛЕВОГО ЯИЧКА У ПАЦИЕНТА С COVID 19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ). <i>Т.И.Деревянко, В.А.Путилин, О.А.Симонов, С.В.Придчин.</i>	23
ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРЕТРЫ И ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. <i>Т.И.Деревянко, Э.В.Рыжкова, В.А.Путилин, О.А.Симонов, С.В.Придчин.</i>	24
АБСЦЕССЫ ПРОСТАТЫ В СТРУКТУРЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. <i>С.М.Алферов, С.А.Левицкий, Р.Р.Губайдуллин, Н.О.Симонова, И.Ю.Насникова, Н.Ю.Маркина.</i>	25
ОПТИМАЛЬНЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЧЛС НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ. <i>С.М.Алферов, С.А.Левицкий, О.В.Крючкова, Н.Ю.Маркина.</i>	27
УРОСЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. <i>С.М.Алферов, С.А.Левицкий, Р.Р.Губайдуллин, Н.О.Симонова, М.А.Смирнова.</i>	29
ИШЕМИЧЕСКИЙ ПРИАПИЗМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-АНДРОЛОГА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. <i>Р.А.Гурицкой, В.А.Бугаенко.</i>	31
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. <i>Д.В.Перлин, И.В.Александров, В.П.Зипунников, А.О.Шманев, П.А.Куликов</i>	33

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ. <i>Д.О.Архипов, А.И.Неймарк, В.В.Прокопьев, И.Э.Сибуль.</i>	34
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СОТРУДНИКОВ МВД РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ. <i>Е.Д.Бакуров, С.В.Масленников, Х.Е.Хлиян, Д.В.Сафонов, В.И.Мирошниченко, А.В.Тегай.</i>	36
СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ. <i>С.Н.Яровой, Ф.Р.Асфандияров, В.В.Лшенко.</i>	38
СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ. <i>С.Н.Яровой, Ф.Р.Асфандияров, В.В.Лшенко.</i>	41
МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ. <i>Р.А.Гурцкой, В.Н.Горностаев, О.В.Теодорович.</i>	44
ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: «ТРАДИЦИОННАЯ» ДРЕНИРУЮЩАЯ ТАКТИКА – ЗА И ПРОТИВ. <i>В.В.Левченко, П.П.Моргун, А.В.Волдохин, А.Я.Абу Траби, И.С.Гадаев.</i>	46
ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: МЕСТО БЕЗДРЕНАЖНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ. <i>В.В.Левченко, П.П.Моргун, Г.С.Журавлев.</i>	48
КРИТЕРИИ SIRS И CRP В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. <i>Р.А.Ачмиз, С.Ш.Данелян.</i>	53
ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ ТРАВМАХ МОЧЕТОЧНИКА, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>Г.М.Микаелян, С.Ш.Данелян.</i>	55
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МАКРОГЕМАТУРИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. <i>Д.О.Архипов, А.И.Неймарк, И.Э.Сибуль, А.Г.Родькин.</i>	57
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. <i>М.Б.Попова, И.Э.Мамаев, Е.В.Милаков, К.И.Глинин.</i>	59
ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: СТЕНТИРОВАТЬ ИЛИ НЕТ? <i>Н.А.Гончаров, А.А.Кузнецов, Е.А.Морозов.</i>	60
ТРАВМА ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ. <i>Д.С.Лабузов, И.О.Афанасенкова, Е.С.Титова.</i>	62
ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЗАБРЮШИНОЙ ГЕМАТОМЫ. <i>П.Д.Бессонов, И.В.Баженов, А.В.Зырянов, С.А.Бурце, Д.А.Деминов, И.И.Кузуб, Е.С.Филиппова, В.Е.Шерстобитов.</i>	64
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОМИОЛИПОМ ПОЧЕК. <i>П.Д.Бессонов, И.В.Баженов, А.В.Зырянов, С.А.Бурце, Д.А.Деминов, И.И.Кузуб, Е.С.Филиппова.</i>	66
ВОЗМОЖНОСТИ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ. <i>Н.Ю.Костенков, С.Х.Аль-Шукриг, Е.С.Невирович, И.Н.Ткачук, А.В.Новицкий</i>	68
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРЕННАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ТРАНСПЛАНТАТА. <i>Д.В.Перлин, И.В.Александров, А.В.Терентьев.</i>	70

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ (AAST 4 СТ) У ПАЦИЕНТКИ 12 ЛЕТ С ТРОМБОЗОМ ПОЧЕЧНОГО СОСУДА. <i>М.И.Боташев, Б.М.Калниязов, Х.А.Найманов.</i>	71
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. <i>И.А.Довлад, А.И.Елисеев, М.Г.Аврамиди, А.Х.Темиров, Б.С.Пашиалиев, М.К.Герасимиди.</i>	73
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА – ОПЫТ ОДНОЙ КЛИНИКИ. <i>Н.А.Гончаров, А.А.Кузнецов, Е.А.Морозов.</i>	74
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПУТЕМ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ (ШКАЛА ROST). <i>И.С.Собенников, В.Б.Филимонов, Р.В.Васин.</i>	76
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК. <i>С.В.Котов, Р.А.Перов, П.Ю.Низин.</i>	78
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МКБ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ. <i>С.В.Котов, Р.А.Перов, П.Ю.Низин.</i>	80
ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ВО ВЗРОСЛОЙ ПРАКТИКЕ. ЧТО ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ? <i>И.Э.Мамаев, Е.В.Милаков.</i>	81
СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК. <i>С.В.Котов, Р.А.Перов, П.Ю.Низин.</i>	83
НЕОТЛОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИИ. <i>К.И.Глинин, И.Э.Мамаев, С.В.Котов.</i>	85
ФАКТОРЫ РИСКА РЕИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПО ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. <i>И.Э.Мамаев, Э.М.Алекберов, Г.Ш.Сайпулаев, С.В.Котов.</i>	87
ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И МОШОНКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. <i>А.С.Аль-Шукри, С.В.Стома, Н.И.Дуб, А.В.Максимова.</i>	88
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРЕННАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. <i>Д.В.Перлин, В.П.Зипунников, И.В.Александров, П.А.Куликов, А.В.Терентьев.</i>	90
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА ОЦЕНКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. <i>В.Л.Медведев, Г.Д.Дмитренко, Г.А.Палагута, А.А.Витаев.</i>	91
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПРОСТАТЫ. <i>В.Л.Медведев, Г.Д.Дмитренко, Г.А.Палагута, А.А.Витаев.</i>	93
КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. <i>М.Э.Ситдыкова, И.Р.Нуриев, Р.М.Шайдуллин, А.Ю.Зубков.</i>	95
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ МОШОНКИ. <i>Д.В.Сизякин, С.И.Костюков, О.И.Пипченко, Р.Г.Фомкин.</i>	97

НЕОТЛОЖНЫЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

М.И.Катибов¹, З.М.Магомедов^{1,2}, М.М.Алибеков^{1,2}

¹ГБУ РД «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Россия.

²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала, Россия.

Введение: Коронавирусная болезнь (COVID-19) вызвала чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения и необходимости перепрофилирования многих медицинских учреждений в инфекционные госпитали для лечения пациентов с COVID-19. Наше учреждение было перепрофилировано под инфекционный госпиталь для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. В связи с этим актуальным представляется анализ собственного опыта оказания неотложной урологической помощи пациентам с COVID-19 в эпицентре «красной зоны».

Цели: Проанализировать особенности проявления неотложных урологической состояний при COVID-19.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ всех случаев оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 с сопутствующей неотложной урологической патологией за 18-месячный период (с мая 2020 года по октябрь 2021 года) в Городской клинической больнице города Махачкалы, которая в полной коечной мощности (900 коек) была перепрофилирована в инфекционный госпиталь для лечения пациентов с COVID-19. Данный период сравнивали с 18-месячным периодом (с октября 2018 года по март 2020 года) работы урологического отделения (60 коек) данной больницы до пандемии COVID-19 по частоте и структуре урологических urgentных заболеваний, частоте и характеру выполненных оперативных вмешательств.

Результаты: Неотложные урологические состояния за анализируемый период были диагностированы среди пациентов с COVID-19 в 5,7 раз реже, чем за аналогичный по длительности период до начала COVID-19 – 652 и 114 наблюдений до и во время пандемии соответственно ($p=0,001$). Меньшее значение данного показателя в абсолютном выражении за период пандемии объясняется тем, что наше учреждение было предназначено для лечения пациентов с COVID-19, а пациентов урологического профиля без COVID-19 маршрутизировали в другие учреждения. По относительной частоте встречаемости острой урологической патологии достоверные различия выявлены только по гнойно-воспалительным заболеваниям почки и гематурии, доля которых в структуре urgentной урологической патологии была больше в период COVID-19. Частота гнойно-воспалительных заболеваний почки составила 0,3% и 4,4% до и во время пандемии соответственно ($p<0,05$), гематурии – 20,2% и 30,7% до и во время пандемии соответственно ($p<0,05$). Среди пациентов с urgentной урологической патологией потребность в проведении срочного оперативного вмешательства оказалась достоверно выше в период пандемии: 17,6% (115/652) и 28,9% (33/114) до и во время пандемии COVID-19 соответственно ($p=0,048$).

Выводы: Ургентная урологическая патология в период COVID-19 отличается от периода до начала пандемии в качественном и количественном отношении. У пациентов с COVID-19 тяжелой или среднетяжелой степени отмечается ургентные урологические заболевания протекают в более тяжелой форме и чаще требуют срочного оперативного вмешательства.

**ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ
УРОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19**

М.И.Катибов¹, З.М.Магомедов^{1,2}, М.М.Алибеков^{1,2}

¹ГБУ РД «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Россия.

²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала, Россия.

Введение: Коронавирусная болезнь (COVID-19) привела к необходимости перепрофилирования многих медицинских учреждений в инфекционные госпитали для лечения пациентов с COVID-19. Среди пациентов с COVID-19 зачастую встречались различные сопутствующие заболевания, в том числе неотложного характера. Актуальным представляется анализ собственного опыта оказания специализированной медицинской помощи при различных неотложных урологических состояниях у пациентов с COVID-19 в «красной зоне».

Цели: Определить частоту и характер оперативных вмешательств при неотложных урологических состояниях у пациентов с COVID-19 в «красной зоне».

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ между 18-месячным периодом работы урологического отделения Городской клинической больницы города Махачкалы (60 коек) до пандемии (с октября 2018 года по март 2020 года) и таким же по длительности периодом (с мая 2020 года по октябрь 2021 года) работы больницы во время пандемии, когда больница в полной коечной мощности (900 коек) была перепрофилирована в инфекционный госпиталь для лечения пациентов с COVID-19. Данные периоды сравнивали по частоте и характеру выполненных urgentных оперативных вмешательств по поводу неотложной урологической патологии. Относительная частота каждой операции в процентах рассчитана от числа всех пациентов с urgentной патологией в соответствующий период времени, а не от числа всех выполненных операций. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ StatSoft STATISTICA v. 13.3. Изучаемые признаки представлены в виде их абсолютной и относительной частот. При сравнении групп пациентов по указанным признакам использовали критерий χ^2 . При этом различие между группами считали достоверным при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: По urgentным показаниям по поводу урологических заболеваний всего было проведено 115 оперативных вмешательств до пандемии и 33 вмешательства – в период пандемии. Среди пациентов с urgentной урологической патологией доля лиц с потребностью в проведении срочного оперативного вмешательства оказалась достоверно выше в период пандемии: 17,6% (115/652) и 28,9% (33/114) до и во время пандемии соответственно ($p=0,048$). Оперативные вмешательства по поводу urgentных урологических заболеваний были выполнены со следующей частотой (первый показатель – до пандемии, второй – во время пандемии): нефрэктомия/декапсуляция почки по поводу гнойного пиелонефрита – 0% и 2,6%; троакарная эпицистостомия – 6,1% и 8,8%; стентирование мочеточника – 4,9% и 4,4%; контактная уретеролитотрипсия – 1,2% и 4,4%; чрескожная пункционная нефростомия – 3,1% и 6,1%;

трансуретральная резекция/лазерная абляция опухоли мочевого пузыря – 0,6% и 1,8%; трансуретральная резекция/лазерная абляция предстательной железы – 0,5% и 0,9%; другие оперативные вмешательства – 1,2% и 0%. Не установлено значимых различий между сравниваемыми периодами по указанным вариантам оперативных вмешательств, что, возможно, обусловлено небольшим числом наблюдений по всем видам операций.

Выводы: У пациентов с COVID-19 сопутствующие урологические заболевания протекают в более тяжелой форме и чаще требуют ургентного оперативного вмешательства. При этом следует учитывать возможность более частого проявления гнойно-воспалительных заболеваний почки, служащих показаниями для оперативного лечения.

ВЫБОР МЕТОДА ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.В.Бершадский¹, И.Н.Новоселова³, В.А.Баженков²

¹Клиника «УГМК-Здоровье», г. Екатеринбург, Россия.

²ЦГБ №6, г. Екатеринбург, Россия.

³НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва, Россия.

Введение: В последнее время на территории РФ появилось большое количество реабилитационных отделений неврологического профиля. В эти отделения пациенты поступают после перенесенных острых неврологических состояний (ОНМК, Травма спинного мозга, операции на головном и спинном мозге). Одним из проявлений неврологического дефицита является нарушение мочеиспускания, как в остром, так и в дальнейших периодах заболеваний. Обструктивные формы нарушений мочеиспускания являются наиболее опасными для нижних и верхних мочевых путей, что заставляет врачей-специалистов прибегать к дренированию мочевого пузыря в разные сроки лечения пациента. Проблемой неправильно подобранного метода дренирования мочевого пузыря могут стать различные осложнения со стороны мочевых путей, среди которых - травма уретры, воспалительные заболевания НМП, МКБ.

Цели: - Оценить распространенность различных методов дренирования мочевого пузыря у пациентов неврологического профиля, поступающих в отделение медицинской реабилитации - оценить влияние метода дренирования мочевого пузыря на процесс реабилитационного лечения пациента - оценить влияние метода дренирования мочевого пузыря на качество жизни пациента

Материалы и методы: Нами проанализированы все пациенты с уретральными дренажами, поступившие на различные этапы реабилитации в отделение медицинской реабилитации. Мы оценивали вид дренирования мочевого пузыря, сроки установки уретральных дренажей, наличие и активность инфекции мочевых путей. В зависимости от выявленных нарушений мочеиспускания (и основной неврологической патологии), мы индивидуально подбирали каждому пациенту, наиболее подходящий и безопасный, метод дренирования мочевого пузыря, с учетом разработанных показаний и противопоказаний для постоянных и временных мочевых дренажей. Также мы проанализировали распространенность и активность инфекции мочевых путей у пациентов, поступивших с мочевыми дренажами, и также у тех, у кого мочевой пузырь был катетеризирован ранее, до момента госпитализации. Далее мы формировали рекомендации по ведению нарушений мочеиспускания и работы с мочевыми дренажами на следующих этапах оказания медицинской помощи. На основании вышеупомянутых наблюдений и имеющихся клинических рекомендаций, мы сформировали правила ведения пациентов с урологическими дренажами на различных этапах медицинской неврологической реабилитации, помогающие снизить количество возможных инфекционных осложнений и обеспечить приемственность в лечении пациента.

Результаты: Анализ пациентов проводился с 2018 года. За это время из 2109 в отделение ОМР с уретральными дренажами поступило 416 пациентов, на методе периодической катетеризации -

10 человек. Из этих пациентов только у 17 (0,8%) в выписном эпикризе было указано о проведении дренирования мочевого пузыря, без сроков установки и сроков замены. Практически все пациенты поступили с бессимптомной бактериурией и лишь у 10% было зафиксировано симптоматическое обострение ИНМП во время нахождения на этапе реабилитации, что потребовало назначения антибактериальной терапии. Среди группы поступивших, в большинстве случаев были нарушены правила установки уретральных дренажей и сроки их замены. Мало у кого соблюдался срок установки 7 дней, что четко нормируется инструкцией по эксплуатации уретрального катетера. Те пациенты, которые поступили на периодической катетеризации, не были полностью обучены. Ни у одного пациента, до реабилитационного лечения не было сформировано долгосрочной программы работы с уретральными дренажами.

Выводы: Внедрение правил ухода и установки уретральных дренажей для пациентов с острой неврологической патологией, с соблюдением показаний и противопоказаний, позволяет минимизировать инфекционные осложнения от дренирования мочевого пузыря, улучшить реабилитационный потенциал пациента, повысить его качество жизни, вовремя полноценно оценить имеющиеся нарушения мочеиспускания и заняться их коррекцией, не нарушая реабилитационного процесса. Нарушение правил работы с уретральными дренажами, игнорирование показаний и противопоказаний к отдельным методам дренирования, не соблюдение инструкции по эксплуатации уретрального катетера ведет к увеличению процента инфицирования нижних мочевых путей, ухудшает возможности проведения реабилитационных мероприятий, заставляет дополнительно тратить время на дообследование и переобследование поступивших пациентов и значительно снижает качество жизни самого пациента. Одним из важных выводов проведенного анализа, является необходимость обязательного указания проведенного дренирования мочевого пузыря любым методом, с уточнением вида дренажа, сроков замены и учтенного диуреза, также, как мы указываем проведенное лечение и обследование в наших выписных эпикризах.

ТАКТИКА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ МОЧЕКИСЛЫМ УРОЛИТИАЗОМ.

И.В.Феофилов^{1,2}, С.С.Шкуратов^{1,2}, А.К.Почивалов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск, Россия.

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия.

Введение: Мочекаменная болезнь занимает 2-е место среди всех заболеваний мочеполовой системы и первое место при заболеваниях, требующих стационарного лечения. Около 3-х % населения в мире страдает мочекаменной болезнью (в эндемических зонах до 20-25%), в Российской Федерации - 0,6%. В среднем около 75% пациентов, страдающих МКБ, в анамнезе отмечали приступ почечной колики, которая занимает 9-е место по частоте неотложных обращений пациентов в приемное отделение среди других причин и составляет примерно 1.7% от всех неотложных обращений в стационар. В структуре заболеваемости МКБ отмечается увеличение частоты мочекислотного нефролитиаза до 20-30%. Камни, состоящие из мочевой кислоты, являются единственными мочевыми конкрементами, которые можно растворить при назначении цитратных препаратов в специально подобранных дозировках. По мнению большинства авторов единственным недостатком литолиза является его длительность (от 1 до 6 месяцев), что является не применимым в экстренных случаях.

Цели: Определить оптимальную лечебную тактику при обструкции верхних мочевых путей у коморбидных пациентов с мочекислым уролитиазом.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 17 историй болезней пациентов (возраст от 59 до 90 лет), которые были госпитализированы в урологическое отделение ГНОКБ по экстренным показаниям с почечной коликой в период с 2019 – 2021 гг. Критериями включения были: 1) «коморбидность» состояния, обусловленная хронической сердечной недостаточностью – 3 пациента (17,6%), некорригированной артериальной гипертензией – 4 (23,5%), перенесенным инфарктом миокарда давностью менее 6 мес. – 2 (11,7%), анемией средней тяжести – 2 (11,7%), дыхательной недостаточностью – 2 (11,7%), тахиформой мерцания предсердий – 1 (5,9%), политопной желудочковой экстрасистолией – 1 (5,9%), язвенным поражением желудка – 1 (5,9%), острым почечным повреждением на фоне ХБП – 1 (5,9%) (у большинства больных было выявлено два и более сопутствующих соматических заболевания); 2) плотность камня по данным МСКТ до 550 НУ. Всем пациентам было выполнено обследование согласно клиническим рекомендациям.

Результаты: Локализация конкрементов: лоханка 4 (23,5%) случая, лоханочно-мочеточниковый сегмент – 3 (17,6%), верхняя треть мочеточника – 2 (11,7%), средняя треть – 3 (17,6%) и нижняя треть – 5 (29,4%). Размеры конкрементов от 7 до 22 мм. Всем больным выполнено дренирование полостной системы почки: катетеризация почки – 2 (11,7%), стентирование – 9 (52,9%), перкутанная нефростомия – 6 (35,3%). Показанием к дренированию

явилось: рецидивирующий болевой симптом – 3 (17,6%), инфекция мочевых путей и острый пиелонефрит – 8 (47,1%), в остальных шести (35,3%) случаях, несмотря на купирование почечной колики и отсутствие инфекционно-воспалительных изменений, показанием мы выставили – невозможность выполнения плановых оперативных пособий из-за коморбидности пациентов и гемолиз камней на фоне дренирования мочевых путей с целью профилактики инфекционных осложнений и почечной колики. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии для коррекции соматической патологии, с назначением в том числе цитратной смеси с индивидуальным подбором дозировки под контролем рН мочи на уровне 7,0-7,2 сроком на 1-2 мес. В установленные сроки на повторную госпитализацию по неизвестной причине не явился 1 пациент. Из 16 пациентов по данным МСКТ (натив) у 15 (93,7%) отмечено отсутствие исходного камня, им стент-катетеры или нефростомы удалены. Клинический пример. Пациент А., дата рождения: 09.08.1941 г., находился на лечении в урологическом отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии с 07.01.2019. по 24.01.2019. Диагноз основной: N20.1 МКБ. Камень верхней трети левого мочеточника. Осложнение основного диагноза: Гидронефроз слева 2 ст. Вторичный хронический пиелонефрит, активное течение. ОПП сложного генеза (преренальное, ренальное, постренальное), фаза полиурии на фоне ХБП за. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. ИБС: СН ФК 3. ПИКС неизвестной давности, ЧТКА со стентированием ПНА 2016г. Неполная АВ блокада 1 ст. Полная блокада левой ножки пучка Гисса. ХСН II а. ФК II. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия. СД 2 тип, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5%. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ТУР простаты, цистолитотрипсия 2012г.). По данным МСКТ (натив) в верхней трети левого мочеточника камень 10 x 16 мм, плотностью 490 НУ, расширение левой полостной системы. 07.01.2019г. – стентирование левой почки. На фоне лечения в ОРИТ и урологическом отделении улучшение. 24.01.2019г. выписан на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии. Рекомендован гемолиз цитратной смесью в течение 1,5 мес. Госпитализирован 11.03.2019г., при МАСТ (натив) исходного конкремента нет, при цистоскопии удален стент-катетер. Выписан в удовлетворительном состоянии. Одному пациенту со стабилизированной соматической патологией выполнена лазерная контактная уретеролитотрипсия в нижней трети мочеточника. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Литолитическая терапия при мочекишлом уролитиазе является высокоэффективным методом лечения больным с данной формой мочекаменной болезни. Оптимальной тактикой у коморбидных пациентов, поступающих по экстренным показаниям с обструктивным синдромом на фоне мочекишлого уролитиаза, является дренирование почки стент-катетером или нефростомой и проведение гемолиза цитратными смесями.

МИНИ-ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.

И.В.Феофилов^{1,2}, С.С.Шкуратов^{1,2}, А.К.Почивалов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск, Россия.

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия.

Введение: Заболеваемость мочекаменной болезнью колеблется от 1 до 20%, мужчины болеют чаще, чем женщины (соотношение около 3:1) и наиболее часто проявляется в возрасте 40–50 лет. Рецидивирование мочекаменной болезни отмечается в 30% - 50% в течение 5-10 лет после первого эпизода. Большинству больных с уролитиазом требуется хирургическое лечение. На замену традиционным «открытым» оперативным методикам лечения, в частности, нефролитиаза были внедрены такие лечебные опции как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), ретроградная интравенальная хирургия, перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ) и лапароскопическая пиелолитотомия. Это позволило значительно повысить эффективность и безопасность лечения пациентов с нефролитиазом. Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ) является первой линией в лечении камней почек, особенно крупных, при этом все большую распространенность приобрела мини-перкутанная нефролитотрипсия. Несмотря на свою малоинвазивность, ПНЛТ является потенциально опасной в плане возможных осложнений и, особенно, такого как кровотечение (интра- и послеоперационного), которое по различным данным встречается от 0,5 до 25%. Среди множества факторов, которые могут приводить к развитию кровотечения при ПНЛТ, отмечают в том числе размер перкутанного рабочего канала. Множество исследований доказывают прямую зависимость развития кровотечения и объема кровопотери от диаметра амплац-трубки и, соответственно, нефроскопа – чем меньше размер оборудования, тем меньше осложнений.

Цели: Проанализировать частоту послеоперационных кровотечений после мини-ПНЛТ и оптимальную тактику при их развитии.

Материалы и методы: За три года (2020-2022) в урологическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (основная база кафедры урологии НГМУ) было выполнено 715 мини-перкутанных лазерных нефролитотрипсии. Размеры камней от 8 до 30 мм, плотностью от 450 до 1600 НУ. При этом были оценены послеоперационные массивные кровотечения, потребовавшие дополнительных манипуляций (III класс по Rinaldo - Dindo – Clavien). Мини-ПНЛТ выполнялась в рентген-эндоскопической операционной по общепринятой методике под эпидуральной анестезией. После предварительной катетеризации лоханки интересующей почки мочеточниковым катетером №5 Ch и установки уретрального катетера больной укладывается на операционный стол в положении на живот. После стандартной обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина, под рентген-телевизионным контролем и при необходимости ультразвуковой поддержкой по заднее-аксилярной линии в XI, реже ниже XII

ребра, после надреза кожи до 7-8 мм поисковой иглой пунктируется лоханка пораженной почки через необходимую чашечку (предварительно полостная система вновь контрастируется). Через просвет поисковой иглы в полостную систему заводится рабочая струна-проводник, по которой после удаления поисковой иглы вводится игла-канюля. После удаления мандрена иглы-канюли через ее просвет вводится страховая струна, игла удаляется. Расширение раневого хода осуществляется одномоментно металлическим бужом №16, устанавливается трубка-кожух №16 Ch и вводится мини-нефроскоп. Для разрушения камней использовался отечественный лазерный литотриптор FiberLase U1, полученные фрагменты удаляются наружу. После выполнения основного этапа операции и контрольной пиелоскопии почка дренируется нефростомой (катетер Фолея или Нелатона №12–14 Ch). В 142 (19,8%) случаях нефростомия не выполнялась.

Результаты: Угрожающее массивное кровотечение после выполнения мини-перкутанной нефролитотрипсии развилось у 5 (0,69%) пациентов в сроки от 1 до 7 суток. Величина кровопотери от 400 до 800 мл. У 3-х больных кровотечение появилось при наличии нефростомы и у 2-х после ее удаления и выписки из стационара. Всем пациентам выполнена аортография, селективная ангиография почки со стороны поражения – диагностирована артерио-венозная фистула – выполнена суперселективная эмболизация – кровотечение полностью купировано. Клинический пример. Пациент В., 52 лет (сотрудник Росгвардии) находился в урологическом отделении ГНОКБ с 05.04.2022г. по 12.02.2022г. с диагнозом: МКБ. Камни чашечек правой почки. Вторичный хронический пиелонефрит, ремиссия. МСКТ МВС: в верхней и нижней чашечке правой почки камни размером 12 x 8 мм и 13 x 7 мм плотностью до 1500 НУ. 06.04.2022г. выполнена мини-перкутанная лазерная нефролитотрипсия, нефростомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений. 11.04.2022г. нефростома удалена, на следующий день пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание. 15.04.2022г. пациент поступает по экстренным показаниям с жалобами на боль в правой поясничной области, примесь крови в моче, повышение температуры тела до 38,2С. По данным УЗИ в полости мочевого пузыря сгусток крови 80*50*76 мм, установлен уретральный катетер Фолея № 22 Ch, мочевого пузырь отмыт. Постельный режим, консервативная терапия с положительной динамикой. 20.04.2022г. повторный эпизод кровотечения. Учитывая рецидив макрогематурии, решено выполнить ангиографию почки. Операция: Эндоваскулярная эмболизация артерио-венозной фистулы правой почки при помощи микроспиралей. После обработки операционного поля, под местной анестезией sol. Lidocaini 1%-10 ml и ТВА, пунктирована правая бедренная артерия, в неё установлен интродьюсер 6F. Диагностическим катетером 5F выполнена ангиография правой почечной артерии. Отмечается артерио-венозная фистула в правой почке. 0.035 гидрофильный проводник проведён в фистулу. Далее установлен диагностический катетер 5F. Выполнена эмболизация артерио-венозной фистулы правой почки, при помощи микроспиралей: 8 x 10 мм и 8 x 10 мм. На контрольной ангиографии определяется хороший ангиографический результат, симптом "стоп-контраст". Операция завершена. Катетер, проводник, интродьюсер удалены. Место пункции ушито. Асептическая давящая повязка на место пункции правой бедренной артерии. Без ухудшения состояния больного. Контрастное вещество: Ультравист 370 мг/мл – 350 мл.

Выводы: Несмотря на свою малоинвазивность, мини-перкутанная нефролитотрипсия может сопровождаться таким осложнением, как послеоперационное кровотечение, источником которого является артерио-венозная фистула. При развитии такого осложнения показано проведение ангиографии почки и выполнение суперселективной эмболизации артерио-венозной фистулы.

ПАЦИЕНТЫ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

С.В.Шкодкин^{1,2}, С.А.Чопанов¹, А.В.Полищук¹, Е.Г.Пономарёв¹, К.С.Шкодкин¹, В.Ю.Нечипоренко¹, Т.Б.Рахмонов¹

¹ ФГАОУ ВО НИУ БелГУ, г. Белгород, Россия.

² ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия.

Введение: В условиях пандемии SARS-CoV-2, оказание урологической помощи диктует определённые подходы.

Цели: Оказание специализированной помощи в условиях пандемии SARS-CoV-2, особенно в старших возрастных группах сопряжено с риском инфицирования, что делает актуальным сокращение или исключение стационарного этапа лечения.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты лечения 167 пациентов с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ) в условиях оказания ургентной урологической помощи за период с май 2020 года по февраль 2023 года. В анализ не включены пациенты с гематампонадой мочевого пузыря.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $67,1 \pm 8,2$ года. Все пациенты были обследованы в условиях приемного отделения: общий анализ крови, ЭКГ, УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты, ректальное исследование. Подавляющему большинству 141 (84,4%) этиологическим фактором ОЗМ была признана ДГПЖ, в 19 (11,4%) наблюдениях установлен диагноз рака простаты и в 7 (4,2%) – стриктура уретры. Катетеризация мочевого пузыря до направления в стационар была выполнена 128 (76,6%) пациентов, причем двукратно у 37 (22,2%), а три и более раз у 23 (13,8%) больных. Мы ориентировали пациентов на постановку троакарной эпицистостомы, в качестве альтернативной схемы рассматривали трансуретральное дренирование с приемом альфа-1-аденоблокаторов в течении недели. Первичная троакарная эпицистостома 26-30 Ch с использованием лапароскопического троакара 12-15 мм в условиях перевязочной приемного отделения установлена 112 (67,1%) пациентов, еще 41 (24,6%) манипуляция выполнена этапно в связи с рецидивом ОЗМ и лишь у 14 (8,4%) восстановлено самостоятельное мочеиспускание. В зависимости от конституции и наполнения мочевого пузыря использовали УЗ-контроль. Интраоперационных осложнений и дисфункций дренажа не регистрировали, все пациенты отпущены на амбулаторное лечение, время пребывания в приемном отделении составило $72,7 \pm 28,1$ минуты. Кроме того нами выполнено еще 4 ре-эпицистостомии пациентам с дисфункцией эпицистостомы 12 Ch. Этапное радикальное лечение в последующем выполнено 125 (74,9%) пациентам, в остальных случаях имелись соматические противопоказания или отказ от дальнейшего лечения.

Выводы: Считаем, что постановка троакарного дренажа 26-30 Ch является эффективной и безопасной манипуляцией у пациентов с ОЗМ. Мы имели незначительные (8,4%) положительные результаты от постоянного трансуретрального дренирования и использования альфа-1-аденоблокаторов.

МОЧЕПУЗЫРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

С.В.Шкодкин^{1,2}, А.В.Полищук¹, Е.Г.Пономарёв¹, В.Ю.Нечипоренко¹, К.С.Шкодкин¹, Ж.К.Аскари¹, Х.А.Мухамедов¹

¹ ФГАОУ ВО НИУ БелГУ, г. Белгород, Россия.

² ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия.

Введение: Оказание неотложной урологической помощи при условиях пандемии требует укорочение сроков диагностики и оказание максимально эффективного, малоинвазивного лечения в амбулаторных условиях.

Цели: Оптимизация потоков urgentных пациентов в условиях пандемий.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты лечения 126 пациентов с гематурией в условиях оказания urgentной урологической помощи за период с май 2020 года по февраль 2023 года.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $61,6 \pm 12,5$ года. Пациенты были обследованы в условиях приемного отделения: общий анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты, ректальное исследование. У 95 (75,4%) пациентов сгустки в мочевом пузыре отсутствовали, что стало поводом не включения в данный обзор. Гемотампонада мочевого пузыря (ГМП) зарегистрирована у четверти пациентов (24,6%). Причиной ГМП выступили опухоль мочевого пузыря у 26 (83,9%), опухоль предстательной железы у 3 (9,7%) и ДГПЖ у 2 (6,5%). Диагностированная ГМП послужила показанием для экстренного оперативного лечения. Пациентам с патологией предстательной железы выполнена цистотомия с устранением ГМП и у 2 пациентов с неверифицированным гистологически диагнозом рака простаты трансвезикальная ее пункция. Мочевой пузырь дренировали трубкой 36 Ch, необходимость трансуретрального дренирования отсутствовала. Пациентам с опухолью мочевого пузыря выполнено эндоскопическое устранение ГМП в 22 (84,6%) с удалением всего объема опухоли и у 4 (15,4%) пациентов с тотальным поражением мочевого пузыря с биопсией и остановкой кровотечения. Продолжительность трансуретрального дренирования и, соответственно, нахождения в стационаре в этой группе составила $3,5 \pm 0,5$ дней. Пациенты после открытой операции выписаны на $4,2 \pm 0,7$ сутки. Семеро пациентов с верифицированным мышечно инвазивным уротелиальным раком в последствии получили радикальное хирургическое лечение. У 3 (9,7%) положительный ПЦР тест к SARS-CoV-2, потребовал амбулаторного лечения с бессимптомной формой заболевания.

Выводы: Считаем, что успех в лечении пациентов с ГМП связан со временем получения адекватного лечения и ухудшается при попытках «консервативного» устранения ГМП

СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ И ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ МОШОНКИ КАК ВОПРОС НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

П.В.Трушин^{1,2}, И.В.Феофилов^{1,2}, Ю.В.Чикинёв^{1,2}, Т.С.Лебер¹, Р.Н.Назармовлов¹

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Новосибирск, Россия.

²ОКБ, г. Новосибирск, Россия.

Введение: Острые заболевания органов мошонки у детей представляют собой ряд инфекционных и неинфекционных заболеваний, соответствующей локализации, которые сопровождаются схожими клиническими проявлениями и имеют относительно «унифицированную» локальную симптоматику. Вопросы эффективности лечения острых заболеваний яичка у детей актуальны и в настоящее время.

Цели: Провести анализ причин, которые вызвали синдром отечной и гиперемированной мошонки, давность заболевания и хирургическую тактику в зависимости от нозологии.

Материалы и методы: Анализу подверглись результаты лечения 1891 пациента поступившие в профильные детские стационары г. Новосибирска, оказывающие неотложную помощь, с диагнозом – «Синдром отечной и гиперемированной мошонки» в период с 2018 по 2022 годы. Все больные оперированы по ургентным показаниям. Критерием включения в исследование являлось оперативное лечение патологии. Критерием исключения из исследования консервативный характер лечебных мероприятий.

Результаты: Наибольшую группу пациентов - 1720 человек, составляли дети, которым был установлен диагноз «Поражение гидатиды Морганьи». Давность заболевания, на момент обращения, составила от 4 часов до 5 суток ($\mu = 2,11$ суток), возраст пациентов от 8 месяцев до 14 лет ($\mu = 8,42$ года). Всем пациентам выполнено оперативное лечение в объёме – скрототомии, ревизии органов мошонки, удаление гидатиды. В данной группе пациентов, при ревизии органов мошонки, каких-либо изменений, кроме поражения гидатиды, не было обнаружено. Послеоперационное течение без осложнений, у всех пациентов наступило выздоровление. 110 человек поступили с орхоэпидимитом, осложненным остро возникшей вторичной водянкой оболочек яичка. Давность заболевания, на момент обращения, составила от 1 до 4 суток ($\mu = 2,55$ суток), возраст пациентов от 2 до 14 лет ($\mu = 9,5$ лет). У 78 (77,2%) детей, оперативное лечение заключалось в скрототомии, ревизии органов мошонки, удаление измененной гидатиды Морганьи. У данной группы больных орхоэпидимит расценен как вторичный, причиной которого явилось поражение гидатиды Морганьи. У 32 (22,8%) пациентов при ревизии органов мошонки выявить причину не удалось, орхоэпидидимит расценен как первичный. Послеоперационное течение без осложнений, все пациенты выписаны из стационара с улучшением. 40 мальчиков поступили с клиникой остро возникшего перекрута яичка. Давность заболевания, на момент обращения, составила от 4 часов до 1 суток ($\mu = 9$ часов), возраст пациентов от 1 года до 15 лет ($\mu = 9,5$ лет). Все больные оперированы по экстренным показаниям. Объём оперативного лечения составил – ревизия органов мошонки, ликвидация перекрута

яичка, блокада семенного канатика. Во всех случаях (100%), на момент операции, была сохранена жизнеспособность яичка. Послеоперационное течение без осложнений, все пациенты выписаны из стационара с выздоровлением. У 21 пациента была диагностирована изолированная травма органов мошонки. Давность заболевания, на момент обращения, составила от 12 часов до 3 суток ($\mu = 1$ сутки), возраст пациентов от 6 до 15 лет ($\mu = 12$ лет). Объем оперативного лечения заключался в скрототомии, ревизии органов мошонки, дренировании пораженной стороны. Послеоперационное течение без осложнений, все пациенты выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы: 1. Острые заболевания органов мошонки являются распространенной патологией, в период с 2018 по 2022 годы, у 1, 2 % детского населения мужского пола была выявлена данная патология. 2. Наиболее частой причиной скрототомий в детском возрасте является поражение гидатиды Морганьи. 3. Наименьшая давность заболевания, на момент обращения, была у такой патологии, как перекрут яичка.

РАЗЛИЧИЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ COVID-19 В ПЕРИОД 2020-2022 ГОДЫ

А.Б.Доронин¹, С.В.Щелков¹, А.А.Кузнецов¹, Е.А.Морозов¹, И.В.Александров¹, Д.В.Перлин¹

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград, Россия.

Введение: В период пандемии изменилось количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью с симптомами, не связанными с COVID-19, что привело к развитию осложненного течения различных заболеваний, в том числе мочекаменной болезни (МКБ). Пандемия в России продолжалась более 2 лет. Меняется течение болезни, а также меняются подходы к лечению COVID-19. Также и меняются подходы к коморбидному течению новой коронавирусной инфекции у урологических больных в зависимости от штамма вируса.

Цели: Изучить особенности лечения осложнений МКБ у больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в разные периоды пандемии.

Материалы и методы: Всего, в период с начала пандемии и до декабря 2022 года, нами было пролечено 85 пациентов с осложнениями МКБ (обструктивный пиелонефрит, паранефрит). Больные были разделены на три когорты. Всего было исследовано 85 пациентов с осложнённым течением МКБ и верифицированным COVID-19, которые получали лечение в условиях перепрофилированных инфекционных стационаров (1, 2, 3 волны – 2020, 2021 и 2022 годы соответственно).

Результаты: Из осложнений МКБ у больных с COVID-19 часто встречались пиелонефрит и в 1 волну паранефрит. В 1 группе пиелонефрит имел место в 43,3% наблюдений, во 2 в 93,3%, в 3 в 90%. Стоит отметить статистически значимое увеличение количества случаев с пиелонефритом во вторую и третью волны относительно первой. Отмечается увеличение сочетанных осложнений мочекаменной болезни от 40% в 1 волну, 51,1% во вторую волну до 80% в третью. Однако данная разница не является статистически значимой. При сравнении 1,2 и 3 волн стоит отметить, что статистически значимо возросла частота встречаемости инфекционно-воспалительных осложнений во 2 и 3 волну в целом и пиелонефрита в частности. Консервативная терапия МКБ использована у чуть более половины больных (от 50% до 60% в зависимости от волны, статистически не значимо). Для выполнения оперативных вмешательств зачастую требовались переводы в инфекционные стационары с урологическим отделением, что, возможно, могло влиять на выбор метода операции и соответственно её результат. Трансуретральные вмешательства также были использованы в 46,6%, 46,7% и 30 % наблюдений соответственно. Среди трансуретральных манипуляций преобладали варианты трансуретрального дренирования (36,6%, 26,7% и 40% случаев) и контактная литотрипсия (10%, 20% и 0% наблюдений). В проведенном исследовании ЧПНС как метод дренирования почек был использован только у 2,2% больных во время первой и второй волн, в третью волну – у 10%. У больных с осложнённой МКБ и COVID-19 в первую волну пандемии приходилось выполнять люмботомию с открытой нефростомией (у 13,8% пациентов) из-за наличия вторичного гнойно-деструктивного процесса в

почечной паренхиме с распространением на забрюшинное пространство. У больных во многом из-за COVID-19, который утяжеляет общий коморбидный фон, частота встречаемости осложнений, относящихся к III-V классу по Clavien-Dindo, составила от 2,2% до 30%. Летальность также была выше среди пациентов в 1 волну (30 %), чем в последующие (13,3% и 0% соответственно), что объясняется более тяжелым течением пневмонии в 1 волну, что и являлось непосредственной причиной смерти.

Выводы: Характерными отличиями пациентов с осложнениями МКБ и COVID-19 являются превалирование в клинике явлений пиелонефрита и паранефрита, а также наличие нескольких сочетанных осложнений МКБ и наличие синдрома взаимного отягощения, ухудшающего прогноз лечения. Сравнивая разные периоды пандемии, отмечено, что у пациентов 3 волны статистически значимо возросла частота инфекционно-воспалительных осложнений в целом и пиелонефрита в частности. Также стало меньше открытых операций и больше эндоскопических. При подозрении на конкуренцию COVID-19 и МКБ нужно госпитализировать в красную зону многопрофильного стационара. Операция выбора - экстренное чрезкожное или трансуретральное дренирование верхних мочевых путей.

УРГЕНТНЫЕ ПАЦИЕНТЫ С УРОЛИТИАЗОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

С.В.Шкодкин^{1,2}, А.В.Полищук¹, Е.Г.Пономарёв¹, В.Ю.Нечипоренко¹, С.А.Чопанов¹, К.С.Шкодкин¹, Т.Б.Рахмонов¹

¹ ФГАОУ ВО НИУ БелГУ, г. Белгород, Россия.

² ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия.

Введение: Мочекаменная болезнь имеет лидирующие позиции в структуре нозологии требующие оказания неотложной урологической помощи. Правильная организация своевременной диагностики в короткие сроки и всевозможного первичного оказания неотложной урологической помощи в амбулаторной практике в условиях пандемии, доказала свою актуальность.

Цели: Оценка оказания пациентам с уролитиазом неотложной урологической помощи в условиях пандемии.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты лечения 258 пациентов с осложненным уролитиазом в условиях оказания ургентной урологической помощи за период с май 2020 года по февраль 2023 года.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $42,5 \pm 15,1$ года. Все пациенты были обследованы в условиях приемного отделения: анализ крови, мочи, УЗИ почек, мочевого пузыря, обзорная урография или СКТ в нативном режиме. Последняя ввиду загрузки приемного отделения использована у пациентов с воспалительными осложнениями и анурией. Этим же пациентам дополнительно выполнены ЭКГ, коагулограмма, биохимический анализ крови. Почечная колика прогнозируемо явилась наиболее частой причиной уролитиаза и была диагностирована у 212 (82,2%) пациентов, обструктивный пиелонефрит и анурия встречались у 34 (13,2%) и 12 (4,7%) больных соответственно. Всем пациентам с почечной коликой проводили спазмолитическую терапию, что позволило купировать болевой синдром и рекомендовать амбулаторное обследование и лечение 201 (94,8%) из них. Нужно отметить, что повторно с рецидивом колики обратились 35 (16,5%) больных, которые в своем большинстве были плохо комплаентны и не соблюдали рекомендации по обследованию и лечению. Время пребывания в приемном отделении пациентов с почечной коликой составило 75 ± 19 минут. Остальным 35 (16,5%) больных с почечной коликой, а так же пациентам с обструктивным пиелонефритом и анурией выполнено перкутанное дренирование почки дренажем 10-20 Ch в зависимости от содержимого лоханки. Время до постановки нефростомы составило 94 ± 68 минут, что определялось занятостью рентген операционной. Среди осложнений по Clavien – необходимость гемостатической терапии у 15 (18,5%, 1 класс), трансфузия СЗП у 2 (2,5%, 2 класс) и ренектостомия по поводу миграции дренажа у 5 (6,2%, 3а класс). Средний койко-день $3,6 \pm 1,7$.

Выводы: Полноценное обследование пациентов с уролитиазом в приемном отделении сокращает неоправданную госпитализацию.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ЛЕВОГО ЯИЧКА У ПАЦИЕНТА С COVID 19 **(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Т.И.Деревянко¹, В.А.Путилин¹, О.А.Симонов¹, С.В.Придчин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» г. Ставрополь, Россия.

Введение: Инфаркт яичка это острое патологическое состояние гонады пациента, входящее в нозологическую группу заболеваний под названием «Острая мошонка». Он может наблюдаться у пациентов разного возраста, но по статистике у взрослых встречается реже 7 - 10% наблюдений, а у детей гораздо чаще – до 20% наблюдений. Существует два вида инфаркта яичка – геморрагический и ишемический. По степени поражения ткани яичка он делится на сегментарный и тотальный. Ишемический инфаркт возникает как правило в результате острого нарушения кровоснабжения органа из тестикулярной артерии, чаще в результате перекрута яичка, или механическая компрессия его сосудов. Геморрагический инфаркт случается вследствие нарушения микроциркуляции, или в результате эмболизации артерий или артериол яичка и чаще носит сегментарный характер. Причин для этого достаточно много, в том числе и нарушение свертываемости крови в результате определенных патологических состояний пациента. Известно, что SARS-COV-2 (Covid 19) вызывает патологическое свертывание крови в организме больного и наиболее опасным его осложнением является тромбообразование в различных кровеносных сосудах органов больного, вызывая их острую ишемию, что нередко и является причиной летального исхода данных пациентов.

Цели: Осветить влияние SARS-COV-2 (Covid 19) на репродуктивные органы мужчины.

Материалы и методы: За период 2021 – 2022 годы мы наблюдали 3 клинических случая геморрагического инфаркта яичка у 3 пациентов, страдавших SARS-COV-2 (Covid 19), находившихся на интенсивной терапии в специализированном отделении. У всех пациентов соответственно на 9, 11 и 12 сутки заболевания возникла клиника острого инфаркта левого яичка. Диагноз был подтвержден дуплексным сканированием – определилось снижение степени пульсации левой тестикулярной артерии, кровоизлияния и некроз паренхимы гонады. Всем троим пациентам в экстренном порядке была выполнена орхэктомия слева. Перекрута семенного канатика не выявлено, но очевидны все признаки геморрагического инфаркта левого яичка. Диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования операционного материала.

Результаты: Геморрагический инфаркт яичка в наших наблюдениях явился результатом нарушения микроциркуляции и эмболизации артерий или артериол яичка у пациентов с тяжелым течением SARS-COV-2 (Covid 19).

Выводы: Геморрагический инфаркт левого яичка в нашем наблюдении может рассматриваться как осложнение COVID 19, или его клиническое проявление в органах репродуктивной системы мужчины.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРЕТРЫ И ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.

Т.И.Деревянко¹, Э.В.Рыжкова¹, В.А.Путинин¹, О.А.Симонов¹, С.В.Придчин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» г. Ставрополь, Россия.

Введение: Острая задержка мочи это urgentное состояние, требующее не только немедленного решения, но и тщательной диагностики этиологии этого состояния. Острая задержка мочи у женщин встречается реже, чем у мужчин, но причин для этого состояния у женщин гораздо больше чем у мужчин. Она может произойти у пациенток как детского возраста, так и у пациенток фертильного и зрелого возраста.. Причины этого состояния различны в разные периоды жизни женщины. Нередко ими становятся заболевания женской промежности, уретры и парауретральной области.

Цели: Выявить основные причины острой задержки мочеиспускания у женщин разного возраста.

Материалы и методы: За период 2018 – 2022 годы на базе урологического отделения краевой клинической больницы Ставропольского края мы наблюдали 46 пациенток с острой задержкой мочи. У 32 пациенток причиной этого состояния стали заболевания промежности, уретры и парауретральной области. У пациенток детского возраста причиной острой задержки мочи были: уретероцеле, выпавшее и ущемившееся в уретре – 3 пациентки, синнехии больших и малых половых губ, осложнившиеся поствоспалительным меатостенозом – 2 пациентки, острый вульвовагинит – 6 пациенток, инородное тело уретры – 1 пациентка. У взрослых пациенток репродуктивного возраста причины острой задержки мочи были следующие: нагноившаяся парауретральная киста – 3 пациентки, острый склинеит – 2 пациентки, гигантская кондилома Бушке-Левенштейна парауретральной области и преддверия влагалища – 2 пациентки, инородное тело уретры – 1 пациентка. У пациенток пожилого и старческого возраста причины острой задержки мочи были следующие: камень уретры – 4 пациентки, цистоцеле с обструкцией уретры – 2 пациентки, пациентки с воспалительным инфильтратом и инородным телом парауретральной области после некорректной slingовой операции по поводу недержания мочи - 6. Всем пациенткам была устранена острая задержка мочи и выявлена ее основная причина, по поводу которой всем было проведено лечение.

Результаты: 69% пациенток с острой задержкой мочи имели различные заболевания уретры и парауретральной области.

Выводы: Острая задержка мочи у женщин это urgentное состояние, которое может происходить по множеству причин. Весьма часто причиной острой задержки мочи являются различные заболевания уретры и парауретральной области. Для каждого периода жизни женщины характерны свои заболевания этой области, вызывающие острую задержку мочи и требующие специальных подходов к диагностике и лечению.

АБСЦЕССЫ ПРОСТАТЫ В СТРУКТУРЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.М.Алферов¹, С.А.Левецкий¹, Р.Р.Губайдуллин¹, Н.О.Симонова¹, И.Ю.Насникова¹, Н.Ю.Маркина¹

¹ ФГБУ ЦКБ с поликлиникой, г. Москва, Россия.

Введение: В структуре заболеваний предстательной железы острый простатит (ОП) составляет ~7% . У 5 % больных развиваются абсцедирующие формы. У пациентов с ОП проникновение препаратов в ткань затруднена структурными особенностями простаты, отмечается высокая резистентность микрофлоры к антибактериальным препаратам. Бактерии, длительно персистирующие в протоках предстательной железы, способны образовывать «биофильмы» с низким уровнем метаболизма микробных клеток, что определяет невысокую эффективность традиционной антибактериальной терапии.

Цели: оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при деструктивных формах острого простатита

Материалы и методы: нами проведён анализ результатов лечения группы больных из 417 мужчин (80 больных – 2015 год; 52 больных – 2016, 47 больных – 2017, 53 больных – 2018, 42 больных – 2019, 49 больных - 2020, 41 пациент - 2021г, 51 пациент - 2022г) находившихся в отделении урологии с острым простатитом. Всем больным при поступлении назначалась стандартная эмпирическая антибактериальная терапия фторхинолонами (левофлоксацин парентерально) согласно внедрённой в нашей клинике в 2018г системе СКАТ. В различной степени у всех пациентов отмечалось нарушение уродинамики нижних мочевых путей, что диктовало различные формы диверсии мочи. У 406 больных (~97 %) удалось консервативно восстановить адекватный отток мочи путём проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии и назначением селективных α -адреноблокаторов. Троякарная эпицистостомия потребовалась 9 (2,2%) больным. У 2 больных, ранее установлена цистостома по поводу острой задержки мочеиспускания, на фоне аденомы простаты.

Результаты: в 18 (4,3%) случаях выявлен абсцесс предстательной железы. Выполнялись стандартные обследования: анализы крови, мочи, бактериологические исследования мочи, крови, отделяемого из уретры, проведение ТРУЗИ с доплерографией. Всем пациентам с подозрением на абсцесс предстательной железы определялся уровень прокальцитонина (0,25 – 6,1 нг/мл), CR – белка (1 – 151 мг/л), д-димеров (400 – 6540 мкг/л). 17 из 18 больных с выявленным абсцессом простаты выполнялась трансректальная пункция очага под УЗ-наведением с аспирацией содержимого. В одном случае гнойно-деструктивный простатит осложнился флегмоной промежности, что потребовало проведения открытого хирургического вмешательства. Полученный аспирационный материал подвергался микроскопическому и бактериологическому исследованию. При бактериологическом исследовании аспирационного материала: у 4 (22%) больных была выделена *E. Coli*, у 6 (33%) больных выделена *Kiebsiella spp.*, и у 5 (27%) больных *Enterococcus faecalis*. В 3-х случаях роста микрофлоры не выявлено. Пятерым пациентам трансректальная пункция абсцесса простаты выполнялась дважды.

Выводы: осложнения острого простатита с формированием очагов деструкции может стать причиной развития гнойно-септических осложнений и распространения гнойно-деструктивного очага. Неблагоприятный прогноз заболевания диктует необходимость своевременной и эффективной антибактериальной терапии, основанной на клинических рекомендациях, микробиологическом пейзаже стационара и результатах бактериологического исследования. Трансректальная пункция абсцесса простаты под УЗИ-контролем, выполняемая в экстренном порядке, и своевременное назначение антибактериальных препаратов, позволяет избежать и успешно бороться с грозными осложнениями острого простатита. Дренирование полости абсцесса с помощью трансуретральных или открытых хирургических методик мы считаем необоснованным ввиду контакта гноя с открытой раневой поверхностью и повышением риска диссеминации. При остром простатите своевременно выявленный формирующийся абсцесс позволяет избежать дренирующих операций, что положительно сказывается на дальнейшем течении заболевания.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЧЛС НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

С.М.Алферов¹, С.А.Левицкий¹, О.В.Крючкова¹, Н.Ю.Маркина¹

¹ *ФГБУ ЦКБ с поликлиникой, г. Москва, Россия.*

Введение: при почечной колике происходит нарушение оттока мочи по верхним мочевыводящим путям, которое приводит к повышению давления в чашечно-лоханочной системе, следствием чего может быть апоплексия чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки. Спонтанные разрывы почки, не связанные с травматическими повреждениями, крайне редко встречаются в клинической практике, однако тактика обследования и лечения данной категории больных в литературе практически не встречается.

Цели: Мы проанализировали все случаи апоплексии ЧЛС у пациентов с почечной коликой, находившихся на лечении в нашем отделении за период с 2010г по 2023г.

Материалы и методы: группу мониторинга составили 5073 больной с мочекаменной болезнью, проходившие лечение в отделении урологии ЦКБ УДП РФ с 2010 по 2023г. В первые часы с момента поступления всем пациентам выполнялось экстренное УЗИ почек и мочевого пузыря, нативная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов мочевой системы (100% больных в первые часы от момента поступления (в 91% случаев < 60 минут)). В первые сутки, при отсутствии противопоказаний, выполнялась экскреторная урография. У 15 больных (0,29% от общего числа пролеченных больных) была выявлена апоплексия ЧЛС почки

Результаты: клиническая картина при спонтанных разрывах ЧЛС имеет ряд особенностей, и заметно отличается от классического течения почечной колики. Отмечается выраженный болевой синдром, который купируется на короткое время только наркотическими анальгетиками. Лабораторно в общем анализе крови особенных отличий не выявлено. В общем анализе мочи изменений выявлено не было. Бактериологические посевы мочи, взятые при поступлении больных в стационар, оказались стерильными. При ультразвуковом исследовании почек, на фоне выраженного расширения ЧЛС, у пациентов с апоплексией выявлялись УЗ-признаки паранефрального выпота. Нативная МСКТ почек не имела явных отличий в сравнении с «классической» коликой. Отмечена тяжесть паранефрия и признаки отёчности паренхимы со стороны колики. Экстравазация контраста и паранефральный затёк фиксировался при проведении экскреторной урографии, а в дальнейшем подтверждался при МСКТ с контрастированием. Всем больным, при выявлении нарушения целостности ЧЛС, нами выполнялось экстренное дренирование повреждённой почки мочеточниковым катетером-стентом (в трёх случаях устанавливался наружный катетер-стент, в 11 случаях – внутренний катетер-стент). Чрескожное дренирование почки (ЧПНС) было выполнено одному пациенту. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (согласно внедрённой в нашей клинике в 2018г системе СКАТ) препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия.

Выводы: Апоплексия ЧЛС при почечной колике - это крайне редкое осложнение мочекаменной болезни, однако оно может встретиться в практике любого уролога. Основными методами диагностики спонтанных разрывов ЧЛС являются рентгенконтрастные методы (экскреторная урография, МСКТ с в/в контрастированием). Предпочтительным методом диагностики апоплексии ЧЛС мы считаем мультиспиральная компьютерная томография с в/в контрастированием. Тактика лечения данной категории больных иная, нежели у больных с классическим течением почечной колики. При обструкции мочеточника камнем без нарушения целостности ЧЛС основные мероприятия направлены на дезинтеграцию конкремента и восстановление адекватного пассажа мочи из почки, тогда как при выявлении апоплексии почки необходимо выполнить экстренное дренирование с обязательным назначением антибактериальных препаратов широкого спектра действия. В послеоперационном периоде тактика ведения данной категории больных должна соответствовать ведению больных с травмой почки.

УРОСЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.М.Алферов¹, С.А.Левицкий¹, Р.Р.Губайдуллин¹, Н.О.Симонова¹, М.А.Смирнова¹

¹ ФГБУ ЦКБ с поликлиникой, г. Москва, Россия.

Введение: Пожилой возраст, по данным ВОЗ - это возраст от 60 до 74 лет, старческий возраст - от 75 до 90 лет, старше 90 лет - долгожители. Тяжесть течения любых заболеваний находятся в прямой корреляции с возрастом пациента. Старение - это разрушительный процесс.

Цели: изучение течения уросепсиса у возрастных пациентов, определение оптимального алгоритма лечения.

Материалы и методы: с 2020 по 2022г (ноябрь) в наше отделение было госпитализировано 748 пациентов (28% от общего числа госпитализированных) в возрасте от 60 до 74 лет, 735 пациентов (~ 27,5 %) в возрасте от 75 до 90 лет, 21 пациент (~ 0,6%) старше 90 лет. У 23 (0,65%) пациентов старше 60 лет диагностирован уросепсис. Возрастно-половой состав: 16 мужчин/7 женщины. Мужчины в возрасте от 73 до 91 года. Женщины в возрасте от 74 лет до 81 года. Лабораторно у пациентов в общем анализе крови (ОАК) - лейкоцитоз от $11,2$ до $24,4 \cdot 10^9$, с п/я сдвигом от 7 до 23%. В б/х крови отмечалась азотемия разной степени (креатинин от 148,1 до 778 мкмоль/л, мочевины от 8,44 до 61 ммоль/л), прокальцитонин от 0,7 до 186,7 нг/мл, СР-белок от 67,9 до 448 мг/л. Также у больных определялась активность эндотоксина (ЕАА) (ЕА) (от 0,33 до 0,68). Всем пациентам выполнен бактериологический посев крови. По результатам - у 8 пациентов выявлен рост *Klebsiella pneumoniae*, у 14 пациентов – *E.coli*, и только в 1 случае посев крови роста не дал. 21 пациенту в первые часы выполнено экстренное дренирование почки нефростомой в 19 случаях, и в 2 случаях выполнена установка наружного катетера-стента. Всем пациентам интраоперационно выполнялось взятие мочи для бактериологического посева.

Результаты: после дренирования очага инфекции в ОРИТ проводилась эмпирическая антибактериальная терапия. Назначалась комбинация 2 а/б препаратов (Цефепим/сульбактам или меропенем + линезолид или ванкомицин). 14 больным проводилась селективная гемосорбция липополисахаридов (адсорбер Alteco) в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина (сорбционные картриджи Toxamuxin). Очищение крови от эндотоксина тормозит развитие септического каскада, запускаемого липополисахаридом клеточной стенки, и улучшает клинический исход. У всех 14 пациентов отмечена быстрая стабилизация гемодинамики, очень быстрое улучшение лабораторных показателей. Данные методики, в настоящий момент, недостаточно изучены, а в нашей стране имеют единичные случаи использования, хотя сорбционные методики изучаются и используются в мире уже более 20 лет. В одном наблюдении летальный исход отмечен в первые сутки (пациентка 83 лет после операции Брикера). В 1 наблюдении летальный исход наступил на 9 сутки от вирусно-бактериальной пневмонии (пациент с covid-19). В 1 наблюдении летальный исход наступил на 12 сутки после кратковременного улучшения (пациент 91 года). В 9 случаях удалось вывести пациентов из септического состояния и перевести в общесоматическое отделение. Наиболее быстрое выздоровление отмечено у пациентов, которым проводилась селективная гемосорбция

липополисахаридов в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина. У данной группы пациентов нормализация лабораторных показателей (например, нормализация уровня прокальцитонина) и перевод из ОРИТ отмечены в срок от 5 до 7 дней.

Выводы: Основными методами борьбы с уросепсисом остаются дренирование очага инфекции с проведением мощной а/б терапии. Повышению эффективности борьбы с сепсисом способствует комбинация общепринятых методов с селективной гемосорбцией липополисахаридов в сочетании с гемофильтрацией с прямой сорбцией эндотоксина. Комбинацию дренирования очага, а/б терапии и гемосорбционных методик считаем наиболее перспективной и заслуживающей внедрения в рутинную практику при лечении граммотрицательного сепсиса. Единственным минусом данного метода является высокая стоимость, что мешает его повсеместному внедрению и использованию.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ПРИАПИЗМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-АНДРОЛОГА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Р.А.Гурцкой¹, В.А.Бугаенко¹

¹ ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Приапизм — длительная, болезненная эрекция, продолжающаяся более 4–6 часов, не сопровождающаяся сексуальным желанием и не исчезающая после эякуляции. По данным различных авторов, частота встречаемости приапизма составляет 0,11–0,4% среди всех больных урологического профиля. Исходом любой формы приапизма является разной степени выраженности фиброз, а впоследствии и склероз кавернозных тел, что в свою очередь приводит к развитию стойкой, резистентной к лекарственной терапии эректильной дисфункции. В современной литературе данное заболевание слабо освещено, что связано с низкой частотой данного заболевания. Поэтому практикующие врачи-урологи не всегда имеют подготовку, достаточную для оказания адекватной медицинской помощи. Лечение ишемического приапизма начинается с пункции и отмывания кавернозных тел растворами адреномиметиков и прямых антикоагулянтов. Эффективность такого лечения в течение первых суток составляет 67-78%, однако с увеличением времени заболевания резко снижается (до 6% на 3-е сутки). При неэффективности выполняется спонгиокавернозный анастомоз по методике Al-Chorab, при повторном рецидиве — сафенокавернозный анастомоз по методике Grayhack. Данная этапность оперативных направлена на минимизацию инвазивности вмешательств.

Цели: Изучить особенности течения и лечения ишемического приапизма на примере клинического случая.

Материалы и методы: Клиническое наблюдение. Пациент Г. 29 лет, обратился в консультативное отделение по поводу нарушения эрекции. Данную симптоматику отмечает в течение 6 месяцев. При осмотре патологии наружных половых органов не выявлено, кавернозные тела без участков фиброза. Признаков андрогендефицита нет. При проведении дополнительных методов исследования (УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря) данных о патологии нет. Пациент консультирован эндокринологом — признаков нарушения эндокринной функции нет, общий тестостерон тестостерон = 19,47 нмоль/л. Учитывая полученные результаты, пациенту рекомендовано выполнение УЗИ кавернозных тел с определением их гемодинамики после интракавернозного введения вазоактивных лекарственных средств. По результатам исследования патологии со стороны гемодинамики не выявлено, установлен диагноз: психогенная эректильная дисфункция.

Результаты: Спустя 4 часа после исследования, пациент повторно обратился к андрологу с жалобами на продолжающуюся эрекцию, боли в области полового члена. При осмотре кавернозные тела резко напряжены, при пальпации болезненны. Установлен диагноз: ишемический приапизм. Пациенту выполнена пункция и отмывание кавернозных тел с введением адреномиметиков и гепарина. Спустя 30 минут после манипуляции пациент отметил

уменьшение болевого синдрома, напряженность кавернозных тел снизилась. Спустя сутки после развития данного состояния никаких признаков ишемического приапизма не наблюдалось.

Выводы: При амбулаторном обследовании пациентов с эректильной дисфункцией и выполнении УЗИ кавернозных тел с введением вазоактивных средств необходимо наблюдение пациента в течение 4 часов. В течение первых суток от момента манифестации ишемического приапизма методом выбора является пункция кавернозных тел с ирригацией симпатомиметиков и прямых антикоагулянтов. При непрекращении состояния необходимо выполнение шунтирующих операций в условиях стационара.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.В.Перлин^{1,2}, И.В.Александров^{1,2}, В.П.Зипунников^{1,2}, А.О.Шманев^{1,2}, П.А.Куликов¹

¹ ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», Волгоградская обл., г. Волжский, Россия.

² ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград, Россия.

Введение: Радикальная цистэктомия является стандартом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП). Однако существует когорта пациентов, которым невозможно выполнить радикальное оперативное лечение. Причиной гибели, этих пациентов может явиться массивное, не купируемое консервативными методами кровотечение. Единственным методом остановки кровотечения из распадающейся опухоли является перевязка внутренних подвздошных артерий.

Цели: В сообщении мы приводим наш собственный опыт применения лапароскопического клипирования подвздошных артерий у пациентов не купирующимся кровотечением из опухоли мочевого пузыря.

Материалы и методы: В период с 2019 г. по 2022 г. в клинике ГБУЗ «ВОУНЦ» были выполнены 2 операции лапароскопического клипирования внутренних подвздошных артерий двум пациентам с повторными кровотечениями при МИРМП. Возраст пациентов составил 78 и 81 год, все пациенты имели серьезные сопутствующие заболевания. У одного пациента на момент оперативного вмешательства были выявлены метастазы в парааортальные лимфатические узлы. Диагноз у пациентов был ранее гистологически верифицирован. Причиной проведения оперативного вмешательства явилось массивное кровотечение. У обоих пациентов попытки электрокоагуляции источника кровотечения при цистоскопии оказались безуспешными. Кроме того, у одного из пациентов ранее была выполнена двухсторонняя селективная эмболизация пузырных артерий, сопровождавшаяся снижением интенсивности кровотечения.

Результаты: Все операции были выполнены полностью лапароскопическим доступом, в ходе операции были выделены и клипированы при помощи клипс Гемолок внутренние подвздошные артерии. Операции длились 36 и 42 минуты, кровопотери и осложнений в ходе операции отмечено не было. Одному пациенту в дальнейшем была проведена паллиативная дистанционная лучевая терапия.

Выводы: Лапароскопическое клипирование внутренних подвздошных артерий может являться эффективным методом ликвидации или существенного снижения интенсивности не купируемых кровотечений у пациентов с противопоказаниями для выполнения «спасительной» цистэктомии или неоперабельным МИРМП.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Д.О.Архипов¹, А.И.Неймарк², В.В.Прокопьев², И.Э.Сибуль¹

¹КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2», г. Барнаул, Россия.

²ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, Россия.

Введение: Простатит – заболевание, которое характеризуется наличием клинических и/или лабораторных симптомов воспаления/инфекции предстательной железы, – является одним из наиболее частых урологических заболеваний у мужчин репродуктивного возраста. Заболевание классифицируется на острый и хронический, по различным данным, острый встречается у 10% мужчин в течении жизни, хроническим простатитом страдают от 8 до 35% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Однако большинство работ посвящено исследованию микрофлоры при хроническом простатите, а исследований состояния микрофлоры при остром бактериальном простатите остается недостаточным.

Цели: Целью данного исследования является оценка микрофлоры пациентов с острым простатитом и актуальности этой проблемы.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2», г. Барнаул, где с диагнозом острый простатит было пролечено за 2018 год – 88 пациентов, за 2019 год – 95 пациентов, за 2020 год – 110 пациентов, за 2021 пациентов – 122 пациента, за 2022 – 123 пациента. Объектом исследования стали 27 мужчин с возрастом от 32 до 72 лет, средний возраст 53.2963 ± 11.1487 лет. Критериями включения являлись жалобы на выраженную дизурию, повышение температуры тела до фебрильных цифр, лейкоцитурию, лейкоцитоз и наличие изменений по данным УЗИ характерных для острого простатита. Всем пациентам было выполнено бактериальное исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты: В каждом случае был зафиксирован рост микрофлоры. *E. coli* выявлена в 54%, *E. Faecalis* в 18%, *Proteus spp* в 8%, *Klebsiella spp* в 8%, *Streptococcus spp*, не гемолитический в 4%, *S. Pyogenes* в 4% случаев, *Staphylococcus aureus* в 4% случаях. Большинство патогенов было чувствительно ко всем рекомендованным препаратам рекомендованными первой линии терапии острого бактериального простатита, в случае же с *e. coli* была замечена резистентность к одному или двум препаратов первой линии – в 70% случаев патоген был нечувствителен к цефалоспорином, среди них в 50% случаев помимо этого определялась резистентность к фторхинолонам или аминогликозидам.

Выводы: Анализируя динамику госпитализаций пациентов – ежегодное увеличение численности выявленных больных, был сделан вывод о сохраняющейся актуальности проблемы заболеваемости острым простатитом. По данным исследований, ведущую микробиологическую

роль в патогенезе развития острого простатита продолжает играть роль *e. coli*, всегда резистентная к одной из основных групп препаратов рекомендованных для лечения острого бактериального простатита, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения данного направления.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СОТРУДНИКОВ МВД РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Е.Д.Бакуров, С.В.Масленников, Х.Е.Хляян, Д.В.Сафонов, В.И.Мирошниченко, А.В.Тегай

¹Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ростовской области» г. Ростов-на-Дону, Россия.

² БСМП г. Таганрога, Россия.

Введение: Мочекаменная болезнь составляет до 30 % от всех заболеваний органов мочевой системы. Учитывая то обстоятельство, что служба сотрудников МВД зачастую связана с неблагоприятными климатическими условиями, диссонансом режима труда и отдыха, нарушением режима диеты; все это повышает риск заболеваемости, в частности, мочекаменной болезни, проявление которой, например, в виде почечной колики, при выполнении профессиональных обязанностей (схватка с преступником, боестолкновение и т.п.) может стать невыполнимой и привести к фатальным исходам. С 2020 по 2022 год в Госпитале создана база данных больных данной категории, насчитывающая, гораздо более минимальной трехзначной цифры. За данный период времени в БСМП г. Таганрога была оказана неотложная помощь 56 пациентам, 32 из которых оказана стационарная; другая, большая часть, получала соответствующую терапию в условиях специализированной лечебной сети г. Ростова – на - Дону, с последующим ведением в амбулаторных условиях, требующая плановой литотрипсии или консервативной литокинетической терапии.

Цели: выработать оптимальную динамику наблюдения и терапию больных с мочекаменной болезнью, действующих сотрудников МВД. Уменьшить ВУТ больных с данной патологией.

Материалы и методы: создана база данных историй больных, сотрудников МВД Ростовской области с численностью пятизначной цифры, лечившихся в Госпитале, Поликлинике, медицинской Амбулатории г. Таганрога ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ростовской области» и БСМП г. Таганрога с мочекаменной болезнью и калькулезным пиелонефритом.

Результаты: Временная утрата нетрудоспособности, лечившихся в стационарных условиях в среднем составляла 8 дней; в амбулаторных условиях 28 дней. Повторная госпитализация в один и тот же год составляет 6%. Выработанная тактика лечения и профилактики, в целом, сократило общую временную утрату трудоспособности до 18 %.

Выводы: Учитывая вышеизложенные особенности службы сотрудников МВД, выработана следующая тактика лечения и профилактики данной категории больных: 1. Пациенты с данной нозологией входят в группу высокого риска возникновения рецидива заболевания. 2. Больные с конкрементами мочевой системы, не зависимо от локализации и размеров, должны находиться под постоянным контролем специалиста. 3. Профессиональная специфика диктует необходимость полной санации мочевой системы вне зависимости от размеров и локализации конкремента с момента верификации, методами литотрипсии, литоэкстракции, литолизующей терапии. 4. В результате динамического наблюдения данной категории пациентов на уровне амбулаторно-поликлинического звена возникла целесообразность

дополнения к действующим клиническим рекомендациям: общелабораторные исследования 1 раз в месяц; УЗИ контроль мочевой системы 1 раз в три месяца. 5. Проведение обязательного базового урологического обследования перед служебными командировками и выполнения спецзаданий. 6. Проведение курсов метафилактики мочекаменной болезни перед предстоящими сменами локаций (смена географических, часовых поясов). 7. Учитывая профессиональную особенность и специфику выполнения задач, данной категории служащих, диктует необходимость рассматривать мочекаменную болезнь по значимости на уровне с сердечнососудистыми заболеваниями и ранним онкоскринингом.

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ.

С.Н.Яровой¹, Ф.Р.Асфандияров^{1,2}, В.В.Лишенко¹

¹ГБУЗ АО «Александрo-Маринская областная клиническая больница», г. Астрахань, Россия.

²ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ России.

Введение: Частота повреждений мочевого пузыря (МП) составляет от 3 до 16 % в структуре травм органов живота. Наиболее распространенной причиной разрыва МП является травма (96%). Внебрюшинный разрыв МП происходит в 60-65% случаев, а внутрибрюшинный разрыв – в 25%. Спонтанный разрыв МП является редким и опасным для жизни событием. По данным литературы частота спонтанных разрывов составляет менее 1%, встречаемость оценивается примерно в 1 случай на каждые 126 000 человек; большинство из пациентов – это мужчины среднего возраста. В основе спонтанных разрывов лежит слабость стенки МП. Спонтанный разрыв происходит иногда даже во время мочеиспускания. Например, китайские исследователи, обобщив статистические данные с 1945 по 2020 год, наиболее частыми причинами спонтанных разрывов указывают следующие: алкогольная интоксикация (39,27%), обструкция нижних мочевых путей (18,37%), опухоль или воспаление МП (12,76%), причины, связанные с беременностью (7,57%), дисфункция МП (5,89%), лучевая терапия органов малого таза (3,51%), хирургическое вмешательство на МП в анамнезе или дивертикул МП (3,37%), неврологические или психиатрические заболевания (1,4%), напряженная деятельность (0,56%), инвазия опухолей органов малого таза (0,42%), идиопатический разрыв (6,59%). Проблема спонтанных разрывов МП в литературе освещена фрагментарно, отсутствует единый общепринятый подход к диагностике.

Цели: Улучшить раннюю диагностику и результаты лечения спонтанных разрывов МП.

Материалы и методы: В данном ретроспективном наблюдательном исследовании обобщаются литературные данные и результаты анализа 4 клинических случаев спонтанных разрывов МП, имевших место в практике ГБУЗ АО АМОКБ г. Астрахани с 2020 по 2022 гг. Клинические случаи: 1. Пациентка Х. Поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота, отсутствие самостоятельного стула, не отхождение газов, рвоту. Температуру до 38С. An.morbi: Большой себя считает 10 дней, когда стала повышаться температура. Предварительный диагноз: Частичная кишечная непроходимость. Заключительный диагноз. Нейрогенный МП. Гнойно-некротический цистит. Спонтанный разрыв МП. Выполнена диагностическая лапароскопия, санация дренирование брюшной полости, цистостомия. При лапароскопии в брюшной полости более 1 л гнойно-фибринозного экссудата. Визуализировано перфорационное отверстие на брюшинной части МП размерами 0,8*0,6 см с поступлением из него гнойной мочи. Санация брюшной полости. Назоинтестинальная интубация. При ревизии МП слизистая гнойно некротически изменена, устья не дифференцируются. Дефект ушит узловыми швами до дренажей, установленных в МП. Дренирование брюшной полости: малый таз 2 дренажа и в левое и правое поддиафрагмальные пространства 2 дренажа. Выписана на амбулаторное наблюдение. Пациентка У. Контакт с больной затруднен вследствие перенесенного инсульта. Жалобы на боли

в левой половине живота, повышение температуры тела до 38,0С. An.morbi: ранее выписана из травматологического отделения, где проходила лечение с диагнозом перелом шейки бедра справа со смещением, на протяжении 2 суток отсутствует самостоятельное мочеиспускание и более 4 суток стул. Предварительный диагноз: Тромбоз мезентериальных сосудов? Перитонит? Анурия. Заключительный диагноз: Нейрогенный МП. Острая задержка мочи. Некротический цистит. Спонтанный разрыв МП. Выполнена диагностическая лапаротомия, санация дренирование брюшной полости, цистостомия. Произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости во всех отделах гнойный выпот с фибрином около 1,5 литров. При ревизии органов брюшной полости патологии не выявлено. Обнаружены участки некроза стенки МП в области дна размерами около 3см и два до 1см в диаметре. Произведена назогастроинтестинальная интубация. Дренажи в левый боковой канал, в малый таз и правое поддиафрагмальное пространство. Вскрыт МП, в его полости тотально гнойно некротические сливающиеся без четких границ очаги, стенки атоничные, дряблой консистенции. Два дренажа в полость МП, швы до дренажей. Дренаж в предпузырное пространство и малый таз. Летальный исход. Пациент О. Жалобы на боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, температура 37,8С, слабость, вздутие живота. An. morbi Больным себя считает в течение 4 суток, после тяжелой алкогольной интоксикации. Маркеров травмы нет. Предварительный диагноз: Острый панкреатит. Панкреонекроз? Заключительный диагноз: Алкогольная интоксикация. Острая задержка мочи. Спонтанный разрыв мочевого пузыря. Выполнена диагностическая лапароскопия, санация дренирование брюшной полости, цистостомия. При лапароскопии в брюшной полости во всех отделах большое количество светло-желтой жидкости. Отсосом выполнена санация брюшной полости, эвакуирована до 2000 мл жидкости. При ревизии малого таза выявлен дефект мочевого пузыря до 1,0см, из которого обильна поступает моча. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Имеется внутрибрюшинный разрыв МП в области верхушки правее срединной линии размерами 1 x 1 см, дренаж в пузырь, который ушит с реперитонизацией. Брюшная полость дренирована. Выписан на амбулаторное наблюдение. Пациент К. Жалобы на боли в эпигастрии в правой подвздошной области, температура 37,4С, слабость, вздутие живота. An. morbi Больным себя считает в течение 2 суток, когда появились боли в эпигастрии, тошнота, рвота. Предварительный диагноз: Острый аппендицит? Заключительный диагноз: Опухоль мочевого пузыря. Спонтанный разрыв МП. Выполнена диагностическая лапаротомия, санация дренирование брюшной полости, цистостомия. В брюшной полости во всех отделах большое количество светло-желтой жидкости. При ревизии брюшной полости червеобразный отросток не изменен, при ревизии малого таза выявлен дефект стенки МП 5,0x4,0см с участками фибрина и опухолевой ткани, образование на широком основании 5 см в диаметре, выполнена резекция мочевого пузыря в пределах здоровых тканей. В МП установлен дренаж. Рана мочевого пузыря ушита до дренажа. Дренажи установлены в брюшную полость, по правому и левому боковому каналу, в малый таз. Выписан на амбулаторное наблюдение.

Результаты: Разрывы локализуется на покрытой брюшиной верхней или верхнезадней стенке органа по срединной линии или вблизи нее, где мышечный слой наименее развит, вследствие чего этот участок оказывает наименьшее сопротивление внезапно возросшему внутрипузырному давлению. При внутрибрюшинном разрыве МП кровотечение обычно невелико. Трудность

оценки болевого симптома у больных с внутрибрюшинными разрывами МП состоит прежде всего из-за внезапных и острых, иногда схваткообразных болей в животе без определенной локализации. Практически всегда на первом месте подозрение на наличие острого хирургического заболевания. Важным симптомом внутрибрюшинного разрыва МП является отсутствие самостоятельного мочеиспускания, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Выводы: Во всех случаях диагноз спонтанного разрыва не был заподозрен изначально – пациенты были госпитализированы с диагнозом острой хирургической патологии. Урологическая патология выявлена лишь при диагностической лапароскопии или лапаротомии с последующей ревизией брюшной полости. Во всех представленных случаях были затруднения со сбором анамнестических данных, что не позволило применить традиционные диагностические методики для правильной постановки диагноза в предоперационном периоде. На тактике лечения и исходах это не отразилось.

**МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОНКРЕМЕНТАХ ВЕРХНИХ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОСЛОЖНЕННЫХ
ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ.**

Р.А.Гурицкой¹, О.В.Теодорович², А.С.Шуруев¹

¹ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону, Россия.

²ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ.

Введение: Мочекаменная болезнь – распространенное заболевание мочевыводящих путей, при которой конкременты могут быть различного диаметра и локализации. По видам локализации камни делятся на конкременты чашечно-лоханочной системы, мочеточника, мочевого пузыря и уретры. В данных тезисах мы разберем конкременты мочеточника различной локализации, вызывающих ургентные состояние у пациента, таких как почечная колика и острый обструктивный пиелонефрит. При конкрементах верхних мочевыводящих путей, вызывающих обструкцию, выделяют несколько видов неотложных вмешательств, таких как: трансуретральная эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия с использованием ультразвукового зонда либо тулиевого волоконного лазера, чрескожная пункционная нефростомия, установка стента внутреннего дренирования в верхние мочевыводящие пути. Важными факторами выбора метода оказания помощи ургентному больному при почечной колике является: локализация и диаметр конкремента; наличие осложнения в виде острого обструктивного пиелонефрита; то, насколько выражены патологические изменения в лабораторно-инструментальных исследованиях. Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия с использованием ультразвукового зонда или тулиевого волоконного лазера - малоинвазивная методика, направленная на фрагментацию с последующими литоэкстракцией конкрементов мочеточника и установкой стента внутреннего дренирования в верхние мочевыводящие пути. В настоящий момент данная операция является «золотым стандартом» лечения мочекаменной болезни. Использование лазерной энергии позволяет раздробить конкремент любой плотности (>1200 HU) и получить отличные послеоперационные результаты. Чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) – методика дренирования полостной системы почки, при острых обструктивных пиелонефритах, обусловленных конкрементами различной локализации в верхних мочевыводящих путях; при выраженных гидронефрозах на фоне стриктуры мочеточника или лоханочно-мочеточникового сегмента. Кроме того, данное вмешательство является первым этапом перед другими операциями: трансуретральной уретеролитотрипсии, биопсия чашечно-лоханочной системы почки, антеградной фибролитотрипсии при конкрементах лоханочно-мочеточникового сегмента и чашечно-лоханочной системы, пластики мочеточника. Установка мочеточникового стента внутреннего дренирования мочеточника – это малоинвазивная эндоскопическая манипуляция, направленная на восстановление адекватного пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям. Выполняется при острых обструктивных пиелонефритах и является первым этапом перед трансуретральной эндоскопической лазерной фибропиелокаликотрипсией. При конкрементах верхней трети мочеточника, не осложненных острым обструктивным пиелонефритом, методами выбора будут являться: трансуретральная уретеролитотрипсия с использованием тулиевого волоконного лазера, с последующей установкой стента внутреннего

дренирования, чрескожная пункционная нефростомия с последующей антеградной фибролитотрипсией (при конкрементах лоханочно-мочеточникового сегмента). При конкрементах средней трети мочеточника, так же не осложненных острым обструктивным пиелонефритом метод выбора - трансуретральная уретеролитотрипсия с использованием тулиевого волоконного лазера либо ультразвукового зонда и последующая установка стента внутреннего дренирования мочеточника. При конкрементах нижней трети и интрамурального отдела мочеточника, не осложненных острым обструктивным пиелонефритом, возможно выполнение трансуретральной эндоскопической уретеролитоэкстракции, трансуретральной уретеролитотрипсии с использованием тулиевого волоконного лазера либо ультразвукового зонда, с последующей установкой стента внутреннего дренирования мочеточника. Во всех вышеперечисленных случаях препятствиями для выполнения уретеролитотрипсий могут быть протяженные стриктуры мочеточника, не преодолимые для уретероскопа и острый обструктивный пиелонефрит. При таких осложнениях методами выбора будут являться чрескожная пункционная нефростомия или установка стента внутреннего дренирования в верхние мочевыводящие пути.

Цели: Целью нашего исследования является оценка эффективности различных методов оказания неотложной помощи при конкрементах верхних мочевыводящих путей, осложненных почечной коликой

Материалы и методы: В исследование включены данные 120 пациентов, поделенных на 3 группы: 30 пациентов с конкрементами верхней трети мочеточник и лоханочно-мочеточникового сегмента, 25 больных с конкрементами средней трети мочеточника, 65 пациентов с конкрементами нижней трети и интрамурального отдела мочеточника. Эти группы в свою очередь разделены на подгруппы. Из 30 пациентов с конкрементами в/3 мочеточника и ЛМС, 20 перенесли уретеролитотрипсию с использованием лазерного волокна с последующей установкой стента внутреннего дренирования мочеточника; 10 больных прооперированы методом чрескожной пункционной нефростомии, которым через 14 дней с моменты выписки была выполнена антеградная фиброуретеролитотрипсия. Пациенты с конкрементами средней трети разделились на 2 группы: 10 больных перенесли трансуретральную уретеролитотрипсию с использованием ультразвукового зонда, 15 прооперированы методом лазерной уретеролитотрипсии. В обеих группах после литотрипсии устанавливался мочеточниковый стент внутреннего дренирования. И группа пациентов с конкрементами нижней трети мочеточника и интрамурального отдела мочеточника в свою очередь разделены на группу из 45 пациентов после лазерной уретеролитотрипсии, 15 пациентов после уретеролитотрипсии с использованием ультразвукового зонда и 5 больных после установки стента внутреннего дренирования мочеточника в связи с выраженными стриктурами нижней трети мочеточника. Результаты оценивались по двум параметрам: отсутствие резидуальных фрагментов конкремента, послеоперационные осложнения. Оценка избавления пациента от конкрементов производилась на следующие сутки после операции, рентгенологическими методами.

Результаты: В первой группе у 2 пациентов из 20 перенесших уретеролитотрипсию с использованием лазерного волокна выявлены резидуальные конкременты мигрировавшие в

нижнюю группу чашечек. У всех пациентов получивших неотложную помощь методом ЧПНС и в последующем прооперированных с использованием фиброскопа антеградно, конкременты ликвидированы полностью. Во второй группе у 5 пациентов из 10 прооперированных с помощью ультразвукового зонда выявлены резидуальные конкременты, мигрировавшие в полостную систему почки и лишь у 1 пациента из 15, получивших помощь с помощью лазерной уретеролитотрипсии, выявлен мигрировавший фрагмент конкремента в нижней группе чашечек. Третья группа больных обошлась без резидуальных конкрементов при обоих методах уретеролитотрипсии. Из 5 больных с протяженными стриктурами, 4 выполнена лазерная уретеролитотрипсия, 1 пациенту выполнено рестентирование в связи с сохраняющимся выраженным сужением нижней трети мочеточника и последующей пластикой нижней трети мочеточника.

Выводы: На основании вышеуказанных данных исследований, мы доказали, что различия клинической эффективности в зависимости от выбора метода литотрипсии при различной локализации конкрементов проявляется в виде большей доли резидуальных фрагментов конкрементов после оперативного вмешательства.

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

Р.А.Гурцкой¹, В.Н.Горностаев¹, О.В.Теодорович²

¹ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону, Россия.

²ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Введение: Одним из часто встречаемых заболеваний в практике уролога является мочекаменная болезнь (МКБ), занимая первое место по числу госпитализаций [1]. С развитием новых малоинвазивных технологий (дистанционной литотрипсии (ДЛТ), чрескожной нефролитотрипсии, лапароскопии, совершенствование методик уретероскопии и контактной уретеролитотрипсии), снизился процент выполняемых “традиционных” оперативных вмешательств до 5-15% [2,3,4]. Доказанная высокая эффективность использования контактных методов лечения мочекаменной болезни позволила всё шире применять её в рутинной клинической практике. Этому также способствует усовершенствование инструментария: «мини-перк», «микро-перк», лазерная литотрипсия, что позволяет с минимальной травматичностью получить высокие результаты с минимальным пребыванием в стационаре [5]. Физиотерапевтические методы успешно применяются в до- и послеоперационном периоде, позволяя добиваться более высоких результатов и предупреждать развитие осложнений, рецидивов.

Цели: Оценка восстановления больных на фоне комплексной терапии (сочетанное применение ВЛОК, озонотерапии, светолечения (биофотон цептор)), после выполнения контактной уретеролитотрипсии.

Материалы и методы: . С 2021 по 2023гг. на базе Дорожного урологического центра ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» было прооперировано 1300 больных с различными формами МКБ, что составило 42% от всех госпитализированных больных. Из них 516 пациентам была выполнена контактная уретеролитотрипсия. В процессе дробления 60 пациентов были разделены на три условно равноценные группы пациентов - по возрасту, размеру конкрементов, и составу камней. В первой группе пациенты получали стандартную терапию: спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, по показаниям антибиотики. Пациентам во второй группе к стандартной терапии добавлены внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), озонотерапия. Пациенты 3 группы стандартная терапия, внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), озонотерапия, светотерапия (биофотон цептор). Для контроля проводимой терапии использовались общеклинические анализы (ОАК, ОАМ), УЗИ сканирование почек с оценкой степени дилатации полостной системы почки.

Результаты: Сочетанное применение ВЛОК, озонотерапии и светолечения в комплексной терапии больных мочекаменной болезнью после контактной уретеролитотрипсии позволило сократить период восстановления больного, что позволило ранее удаление дренажей и выписки пациента из стационара. В итоге сократились интервалы между дроблениями, уменьшился общий койко-день пребывания пациентов в стационаре. Пациенты, пролеченные с

использованием эфферентных методов лечения, субъективно оценивали своё состояние как хорошее.

Выводы: Предложенное сочетанное применение ВЛОК, озонотерапии, светолечения (биофотонотерапия) в комплексной терапии больных мочекаменной болезнью позволило сократить сроки восстановления, улучшение клинико-лабораторных, субъективных и объективных данных.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: «ТРАДИЦИОННАЯ» ДРЕНИРУЮЩАЯ ТАКТИКА – ЗА И ПРОТИВ.

В.В.Левченко¹, П.П.Моргун¹, А.В.Волдохин¹, А.Я.Абу Траби¹, И.С.Гадаев¹

¹ГБУ РО «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Гестационный пиелонефрит (ГП) сохраняет и сегодня свою чрезвычайную актуальность в период гестации. Это заболевание занимает 2 место (после анемии) среди экстрагенитальной патологии беременных и является одной из ведущих причин госпитализации в период вынашивания беременности. С ГП связывают такие серьёзные осложнения как острое поражение почек, сепсис, РДС-синдром, анемию беременных, самопроизвольный (спонтанный) аборт, преждевременные роды, и наиболее грозные из них: риски внутриутробной гибели плода и летального исхода для матери. При достаточно высокой общей публикационной активности, посвященной пиелонефриту беременных, вопросы построения тактических решений, дренирования верхних мочевых путей при лечении ГП — темы, которые не часто освещаются в литературе. Имеющиеся источники, как правило, основаны на персональном опыте и личном мнении исследователей. В подобных условиях рождается большая вариативность тактических решений.

Цели: Определить эффективность распространённого варианта «традиционной» дренирующей тактики ведения пиелонефрита беременных, и оценить число осложнений данной патологии для матери и плода при выбранном тактическом подходе.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ медицинской документации беременных женщин, которым потребовалось стационарное лечение ГП на базе урологического отделения Городской больницы скорой помощи г. Ростова-на-Дону (2017-2019 гг.). В исследование включено 124 случая ГП с дилатацией чашечно-лоханочной системы, без выявления признаков мочекаменной болезни и врождённых аномалий развития верхних мочевых путей (ВМП). Средний возраст пациенток составил 25 (15–40) лет. ГП в первом триместре диагностирован у 11,3% женщин, во втором — у 57,3%, в третьем — у 31,4%. В 60,5% случаев наблюдался правосторонний ГП, в 24,2% — левосторонний ГП, а в 16,1% он был двухсторонним. Оценка дилатации ВМП выявила незначительный и умеренный гидронефроз у 94,4% больных, значительный — у 5,6%. Всем пациенткам при обращении выполнялось стентирование мочеточников. Плановую замену стента проводили через 6–8 недель от момента первичного стентирования или замены дренажа. Переход на чрескожное пункционное дренирование потребовался 4 (3,3%) пациенткам.

Результаты: Ранний дренирующий подход при ГП сопровождался относительно быстрым купированием гипертермии (96,8% в пределах 3 суток) и лейкоцитоза (88,7% больных в течение 4 суток). Средний койко-день стационарного лечения ГП составил 4,6. Замена стентов в период гестации потребовалась 77,4% пациенткам. Стент-ассоциированную симптоматику различной степени выраженности отмечали 74% женщин. Рецидивная атака пиелонефрита на стенте была отмечена у 19,4% пациенток, развитие септицемии у — 6,5%. После извлечения стента

мочеточника у 5,7% пациенток отмечено повторное развитие атаки пиелонефрита в сроке до 2 месяцев после родов. Информация о родах и состоянии ребёнка при рождении оказалась доступной по 119 женщинам. Роды в срок наблюдались у 89,5% пациенток, преждевременные спонтанные роды — у 10,5%, из них с провокацией родовой деятельности — у 8,9%, с прерыванием беременности по медицинским показаниям — у 1,6% (развитие преэклампсии, прогрессировании явлений сепсиса). Самоабортов, внутриутробной гибели плода или мертворождения не отмечено ни у одной женщины.

Выводы: Относительно быстрое купирование гипертермии, лейкоцитоза, короткий период стационарного лечения, отсутствие случаев внутриутробной гибели плода, материнской и младенческой смертностей характеризуют «традиционную» дренирующую тактику с положительной стороны. В то же время, высокий процент частоты угрозы преждевременных родов, проведения сохраняющей терапии на стента (16,1%), рецидивных атак пиелонефрита на стенте (19,6%) в период вынашивания беременности, а, также, после извлечения стента в послеродовом периоде (5,7%), других вариаций стент-ассоциированных симптомов и осложнений создают основу для размышления, поиска более оптимальных тактических и лечебных подходов.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: МЕСТО БЕЗДРЕНАЖНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

В.В.Левченко¹, П.П.Моргун¹, Г.С.Журавлев¹

¹ГБУ РО «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Гестационный пиелонефрит (ГП) сохраняет свою актуальность, занимая 2-е место по частоте встречаемости среди экстрагениальной патологии, за счет потенциально грозных осложнений для организма матери и плода. Физиологическая дилатация верхних мочевых путей возникает у 90 % женщин в 3 триместре беременности, являясь отражением комплекса адаптационных преобразований организма женщины к процессу вынашивания беременности и предстоящим родам. На практике, в большом количестве урологических клиник при выявлении дилатации верхних мочевых путей гестационному пиелонефриту присваивается статус «обструктивный» и механически переносится вся «калька» соответствующих тактических решений по дренированию ВМП. Фактически дилатация ВМП, в большинстве случаев, не сопровождается внутрисветовой гипертензией (как при классической обструкции), а является результатом увеличения ОЦК до 25 %, гипотонии и гипокинезии мочеточников и т.д. за счет эндокринной активности плаценты. Накопленный опыт лучевых методов диагностики (внутривенная урография) при обнаружении дилатированных полостных систем почек выявляли сохранность уродинамики ВМП во время беременности. Должное понимание физиологии беременности позволяет рассматривать ГП как, чаще всего, «необструктивный» процесс, и побуждать, как минимум, к первоначальной консервативной тактике.

Цели: Проанализировать литературные источники, акцентирующие внимание на современном состоянии проблемы гестационного пиелонефрита и «необходимости» дренирующих мероприятий верхних мочевых путей.

Материалы и методы: Было проанализировано 235 публикаций за период 2000-2020 гг. с использованием баз данных PubMed, Embase, eLibrary. В качестве ключевых поисковых слов использовались следующие: «pyelonephritis + pregnancy + stent», «urinary tract infection + pregnancy», «urinary tract infection + pregnancy + stent», «gestational pyelonephritis», «symptomatic hydronephrosis + pregnancy», «symptomatic hydronephrosis + pregnancy + stent», «gestational symptomatic hydronephrosis», «пиелонефрит беременных + стент», «гестационный пиелонефрит». Несмотря на значительную публикационную активность по этим темам в целом, был обнаружен дефицит работ в аспекте поставленной нами задачи. Основные ответы на вопросы удалось получить при оценке симптоматического гидронефроза беременных (СГБ), поскольку в зарубежной литературе тема болевого синдрома, атаки пиелонефрита, сепсиса при СГБ рассматриваются неразделимо. В результате было отобран ряд литературных источников, которые мы и предлагаем вашему вниманию.

Результаты: В 10 издании Урологии Кемпбелла-Уолша 2012 года указывается следующее: Большинство пациентов с симптоматическим гидронефрозом подвергаются успешному лечению консервативными мероприятиями, которые включают в/в инфузию, анальгетики и антибактериальную терапию, при наличии клинических показаний. Тем не менее, стентирование

мочеточника мо-жет стать необходимым, при безуспешности кон-сервативной терапии, особенно, при появлении признаков сепсиса и почечной недостаточности. В 2007 году Tsai Y.L. et al. было проведено рандомизированное проспективное исследование, включающее оценку 93 случаев симптоматического гидронефроза. После анализа было отобрано 50 пациенток с умеренным и значительным симптоматическим гидронефрозом беременных. Селекция пациенток проводилась согласно УЗ-классификации Zwergel T et al. Она основана на максимальном размере чашечек по данным УЗИ. При этом дилатация чашечек до 5-10 мм, 10-15 мм, более 15 мм считались незначительным, умеренным и значительным гидронефрозом, соответственно. Пациенты были разделены на две группы: 25 пациенток были включены в группу консервативного и 25 пациенток в группу хирургического лечения. У 80 % пациенток в группе консервативного лечения клиничко-лабораторная симптоматика успешно разрешилась без применения инвазивных мер. 5 пациенток из указанной группы пришлось подвергнуть стентированию, ввиду безуспешности консервативного лечения. В группе стентирования мочеточника отмечен 100 процентный успех лечебных мероприятий. Средний период стентирования составил $4,5 \pm 1,3$ месяца. Среднее время пребывания в стационаре в консервативной группе - $5,5 \pm 2,5$ суток, стентирования - $6,4 \pm 3,6$ суток. Авторы отмечают, что стентирование мочеточника показало себя более эффективным (100 %) методом лечения. Однако же, осложнения и дискомфорт хирургического лечения оставляют консервативный подход первым методом выбора. KürGat Çeçen et al. в 2014 году провели сравнение эффективности консервативного лечения и установки стента с двойным «PigTail» при исключительно гестационном симптоматическом гидронефрозе. В ретроспективное случай- контролируемое исследование были включены 53 пациентки. Исследуемую группу составили пациентки с размером чашечек по УЗИ > 15 мм, значением цифровой шкалы боли (11 бальная от 0 до 10) > 5. Стентирование мочеточника предлагалось абсолютно всем пациенткам. Справедливости ради, следует отметить, что отбор пациенток в группу консервативного лечения проводился с большой осторожностью, из пациенток, которые отказались от предложенного стентирования мочеточника. В результате отбора были сформированы две группы: 55% больных, отказавшихся от стентирования, 45% пациенток, согласившихся на стентирование. Авторы осознают условность понятия исключительно гестационного симптоматического гидронефроза, поскольку это утверждение получит право на су-ществование в результате послеродового обследования. Все пациенты подвергнуты активному динамическому наблюдению через 7 дней после выписки из стационара, далее 1 раз в 15 дней. Уролитиаз, анамнез врожденных аномалий развития верхних мочевых путей, гестационный/не гестационный сахарный диабет, преэклампсия, хроническая гипертензия, системные сосудистые заболевания и заболевания соединительной ткани были критериями исключения. Авторы сетуют на то, что в большинстве печатных работ отсутствуют четкие показания к дренированию ВМП. Таким образом, предлагая стентирование при чашечках > 15 мм, значении цифровой шкалы боли (ЦШБ) > 5, авторы постарались повысить объективность показаний. При беременности имеются ограничения использования лучевых методов диагностики, по причине нежелаемого облучения плода, рисков преждевременных родов и осложнений беременности, а также, вероятной недостаточности информации для точного диагноза. Таким образом, скорее невозможно и нецелесообразно диагностировать исключительно гестационный гидронефроз со 100 % уверенностью. В исследование не

включались пациентки с размером чашечек <15 мм и ЦШБ ≥ 5 , размером чашечек ≥ 15 мм и ЦШБ <5 , размером чашечек <15 мм и ЦШБ <5 мм. Следовательно, результаты не удаётся распространить на все случаи симптоматического гидронефроза. В заключении авторы указывают, что выполнение стентирования мочеточника при исключительно гестационном гидронефрозе не несет в себе преимуществ в сравнении с консервативным лечением. Основываясь на результатах своего исследования, консервативное лечение рекомендуется первой линией лечебных мероприятий. Ofer Fainaru et al. в декабре 2002 г. поделились опытом лечения 56 пациенток с симптоматическим гидронефрозом за период 29 месяцев. У 92,9% пациенток консервативная терапия привела к разрешению симптоматики. У 7,1% пациенток выполнено стентирование ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии с применением анальгезии, гидратации, антибиотиков. В результате проведения консервативной терапии симптоматика разрешалась в течение 2-5 суток. Стентирование мочеточника производилось в случаях не купирующихся признаков инфекции в течение 48 часов, скомпрометированности почечной функции, стойкого болевого синдрома. Средний период госпитализации составил $5,3 \pm 1,6$ суток в группе консервативной терапии, а в группе стентирования - 8-16 суток. У всех женщин роды состоялись в сроки 38,5-39,5 недель беременности. Из вышеизложенного следует, что стентирование мочеточника является эффективным и безопасным методом лечения симптоматического гидронефроза беременных в редких случаях рефрактерности симптоматики к проводимой терапии. Тем не менее, подавляющее число случаев острого гидронефроза беременных может быть успешно пролечено консервативно. Puskar D. et al. в 2001 году опубликовали результаты ретроспективного исследования 103 случаев симптоматического гидронефроза беременных. В 94,2% случаев проведена успешная консервативная терапия, включавшая позиционную терапию, антибиотики, анальгетики. При рефрактерности симптоматики к проводимой терапии, развитии сепсиса выполнялось стентирование у 5,8% больных. В заключении указывается, что симптоматический гидронефроз беременных, с большой долей вероятности, подвергается успешному консервативному лечению. Н.-У. Ngai et al. в 2013 году поделились опытом лечения 30 пациенток за период 2 лет (март 2008 г. - март 2010 г.). У 23 пациенток наблюдалась не разрешающаяся боль, в 6 случаях болевой синдром осложнился сепсисом. Неразрешающейся болью признавалось сохранение болевого синдрома при соблюдении постельного режима гидратации, применении парацетамола. Продолжительность стентирования колебалась от 3 до 224 дней (в среднем 47,4 дней). В послеродовом периоде у 20% пациенток были выявлены конкременты почек, у 17% - конкременты мочеточников, у 13% - конкременты почек и мочеточников. Из вышеизложенного следует, что в случаях не разрешающегося болевого синдрома, осложнённого атакой пиелонефрита, сепсисом стентирование мочеточника является безопасным методом лечения, который может быть выполнен, даже, под местной анестезией. Navalon Verdejo P. et al. в 2005 году ретроспективно оценили 162 случая симптоматического гидронефроза у беременных женщин за 12 лет. Авторы обнаружили, что консервативная терапия оказалась эффективной в большинстве случаев. Тем не менее, 24% пациенток нуждались в более агрессивном подходе лечения: 21,6% были подвергнуты стентированию мочеточников, 1,2% - пункционной нефростомии (ПН), 1,2% - уретероскопии и эндоскопическому извлечению конкрементов. Авторы считают консервативную терапию методом выбора, оставляя стентирование и ПН для

рефрактерных к проводимой терапии случаев. И в зарубежной литературе прослеживается разноречивость мнений, поэтому утверждение, что авторы едины в подходе к стартовой консервативной терапии явилось бы искажением действительности. Так, в 2018 году опубликована статья Şimşir A. et al., где обсуждалось не только дренирование ВМП, но и проведена сравнительная оценка ПН и стентирования мочеточника при лечении СГБ. Пациентки (N - 84) были разделены на две группы: А - пункционная нефростомия 45,3% больных (N - 38), группа В - стентирование мочеточника 54,7% больных (N - 46). Количество пациенток, которым потребовалось повторное вмешательство, было больше в группе В ($p = 0,001$), также, меньший интервал между вмешательствами оказался в группе В ($p = 0,002$). Число третичных вмешательств снова было больше в группе В (5/16 против 1/6), а необходимость третичных вмешательств оказалась больше у пациенток, которые перенесли стентирование мочеточника как вторичное вмешательство, в сравнении с больными перенесшими ПН (5/11 против 1/11, $p = 0,001$). Временной интервал до третичного вмешательства был больше в группе ПН ($p = 0,004$). Из чего следует, что ПН может быть более предпочтительна чем стентирование для лечения СГБ, поскольку реже требует повторные вмешательства и имеет более длительные интервалы между ними. Delakas D. et al. в 2000 году озадачились оценкой эффективности и безопасности стентирования мочеточника при СГБ. В исследование была включена 21 пациентка, среди которых 66,6% были с острым пиелонефритом, 28,6% - с нефралгией, 4,8% - с разрывом почечной лоханки. Во всех 14 случаях острого пиелонефрита лихорадка разрешилась в течение первых 24 часов после выполнения стентирования. Пациентка с разрывом лоханки перестала предъявлять жалобы через 4 часа после вмешательства. В заключение, коллеги указывают на то, что установка мочеточникового стента - эффективный и безопасный метод лечения симптоматического гидронефроза у беременных. В публикациях д.м.н. Франка М. А. можно проследить не только детальное описание тактики ведения многочисленной выборки больных, но и эволюцию собственных лечебных взглядов. Так, в диссертационной работе в 2009 году Франк М.А. описывает результаты лечения больных с гестационным пиелонефритом в период 2002-2006 гг. В исследование были включены 258 женщин. 24,4% пациенток не проводилось дренирование ВМП. 75,6% больных были подвергнуты различным способам деривации мочи из ВМП. Временное отведение мочи мочеточниковым катетером 58% произведено пациенткам на 4-5 суток с последующим извлечением дренажа. При этом, у 16,5% больных из этой подгруппы пациенток развивались повторные атаки пиелонефрита. Стентирование мочеточника выполнено 13,8% женщин, проведение ПН 21,5%, открытая ревизия почки и нефростомия - 5,6%. В 2017 году Журавлев В.Н., Франк М.А. с соавт. представляют опыт лечения больных уже в течение 15 лет (2002-2016 гг.) и у 1250 пациенток. Только 26 % больных было выполнено дренирование ВМП. Основным тезисом является то, что боль, дилатация чашечно-лоханочной системы по данным УЗИ не являются самостоятельным показанием для дренирования ВМП. Таким образом, мы видим описание дренирования 75,6 % пациенток в 2009 г и, только, 26% пациенток в 2017 году. Отдельно указывается о возможности открытого оперативного лечения. В то же время уровень понимания проблемы гестационного пиелонефрита, своевременность диагностических и лечебных мероприятий с применением отлаженной лечебной тактики привели к тому, что на протяжении последних 10 лет коллегами не было выполнено ни одного открытого оперативного вмешательства. В 2000 г. Аль-Шукри С. Х., Ткачук В. П. с соавт. публикуют результаты лечения

220 беременных женщин. Указывается о начальном консервативном подходе с применением позиционной терапии (положение тела на здоровом боку, коленно-локтевое положение). При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии применялись инвазивные методы лечения у 33,9% больных. Они включали 24,8% больных со стентированием мочеточника, а 9,1% больных произведены открытые оперативные пособия: 7% - люмботомия, декапсуляция почки, нефростомия, 2,1% - люмботомия, иссечение карбункула почки, нефростомия. В случае развития повторных атак пиелонефрита на стенде авторы у 3,6% пациентов выполнили ПН. В 2020 г профессор Коган М. И. подчеркивает: «Укоренившиеся в умах специалистов мнение о том, что острый пиелонефрит во 2 и 3 триместрах беременности, когда уже развилась та или иная степень дилатации ВМП, во всех своих проявлениях является обструктивным следует пересмотреть. Это пиелонефрит с нормальной для беременности дилатацией и поэтому он конечно необструктивный, ибо дилатация не является результатом обструкции ...». Легкое или легкое/умеренное клиническое течение острого пиелонефрита беременной должно побуждать к бездренажному ведению в первые 3 суток.

Выводы: Мы живем в эпоху персонализированной медицины, потому 100% дренирующий подход уже не является современным, и не отражает понимание физиологии беременности. Дренирующие мероприятия при пиелонефрите беременных - катетеризация, стентирование мочеточника, пункционная нефростомия – не утрачивают полностью свою актуальность и в наши дни. В то же время, ранние (стент-ассоциированные симптомы, гематурия, рефлюкс-нефропатия и пр.) и поздние (миграция, инкрустация, фрагментация стентов, проблема «забытых» стентов и т. д.) осложнения стентирования мочеточника не позволяют рассматривать этот подход идеальным решением лечебной тактики для всех клинических случаев ГП. Наличие больших групп пациенток в зарубежной и отечественной литературе, успешно пролеченных консервативным способом, без дренирования верхних мочевых путей, настраивают на оптимистичный лад и позволяют инициировать пересмотр устоявшихся «традиций» в лечении ГП, снизить количество катетер и стент-ассоциированных осложнений.

КРИТЕРИИ SIRS И СРБ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

Р.А.Ачмиз¹, С.Ш.Данелян¹

¹ ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК, г. Краснодар, Россия.

Введение: Определение С-реактивного белка сегодня является одним из основных, в диагностики тяжести воспалительного процесса. В тоже время критерии SIRS также широко применимы в клинической практике.

Цели: Проследить взаимосвязь между основными показателями системного воспалительного ответа (SIRS) и маркером острой фазы – С-реактивным протеином, для более корректного определения тяжести патологического процесса и решения вопроса о тактике ведения пациенток.

Материалы и методы: Проанализировано 382 беременные на разных сроках гестации, при этом 223 из них – с острым гестационным пиелонефритом, сопровождающимся нарушением уродинамики. Возникновение данной патологии в основном приходилось на II-III триместры беременности (после 22 недели гестации), что обусловлено преобладающим воздействием механического фактора патогенеза. Мы сравнили основные критерии SIRS (температурную реакцию, лейкоцитоз, данные ЭКГ), с основным маркером развития воспалительного процесса – С-реактивным протеином, с учетом его высокой специфичности к воспалительному процессу и быстрым ответом как при прогрессии воспаления, так и в период реконвалесценции. Все пациентки были разделены на две группы: I группу составили 55 беременных с выполненным дренированием мочевых путей, где уровень СРБ составил в среднем $108,7 \pm 9,3$ мг/л. II группу составили 168 пациенток, лечение которых проводилось консервативно и средний уровень СРБ составлял $19,3 \pm 1,8$ мг/л. Всем пациенткам уровень СРБ оценивался в 1, 3 и 5 сутки, кроме того в эти же сроки оценивался лейкоцитоз, температурная реакция и данные ЭКГ.

Результаты: Динамика уровня СРБ в I группе имела стабильную тенденцию к снижению на фоне дренирования мочевых путей и составила на 3 сутки $31,3 \pm 5,4$ мг/л, на 5 сутки $6,2 \pm 0,6$ мг/л. Во II группе динамика СРБ составила на 3 сутки $7,97 \pm 1,0$ мг/л, на 5 сутки $4,95 \pm 0,24$ мг/л. При этом показатели лейкоцитов крови, температурной реакции и данные ЭКГ-мониторинга в 68,7% случаев коррелировали с уровнем СРБ. Из II группы выделено 23 пациентки (контрольная группа) уровень СРБ у которых превышал 40 мг/л, при этом у 9 беременных ин колебался в диапазоне 40 – 70 мг/л, а у 14 пациенток превышал 70 мг/л, при этом в динамике первых суток уровень СРБ превысил 70 мг/л еще у трех пациенток. Лечение данных беременных, по различным причинам, на начальном этапе проводилось консервативно. Динамика уровня СРБ в контрольной группе составила на 3 сутки $57,6 \pm 4,3$ мг/л, на 5 сутки $39,3 \pm 3,5$ мг/л. При этом показатели SIRS в контрольной группе не имели прямой корреляции с уровнем СРБ: уровень лейкоцитов крови составил в 1 сутки $13,6 \pm 3,7 \times 10^9/l$, на 3 и 5 сутки $8,5 \pm 1,1 \times 10^9/l$; температурная реакция в 1 сутки составила $37,8 \pm 0,70C$, на 3 и 5 сутки $37,3 \pm 0,80C$; частота сердечных сокращений по данным ЭКГ в среднем в 1, 3 и 5 сутки составляло $91,3 \pm 14,8$ ударов в минуту. Лечение этих пациенток сопровождалось увеличением койко-дня в среднем на 2,7 суток, и смены более одной группы антибактериальных препаратов в 60,9% случаев. В дальнейшем, 7

пациенткам, уровень СРБ которых находился в диапазоне более 70 мг/л, при повторной госпитализации выполнено дренирование мочевых путей.

Выводы: Таким образом, СРБ с учетом его высокой специфичности к воспалительному процессу и быстрым ответом как на прогрессию воспаления, так и в период реконвалесценции у пациенток с ОГП, сопровождающимся нарушением уродинамики, не только отражает тяжесть воспалительного процесса, но может определить тактику ведения пациентки с гестационным пиелонефритом и оценить динамику результатов лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ ТРАВМАХ МОЧЕТОЧНИКА, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Г.М.Микаелян¹, С.Ш.Данелян¹

¹ ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК, г. Краснодар, Россия.

Введение: Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов обследования и лечения позволило коренным образом изменить подход к ведению больных с повреждениями мочеточников, возникших при гинекологических операциях, в большинстве случаев стало возможным восстановление целостности и проходимости мочеточника без «открытой» операции.

Цели: Показать возможности современных эндоурологических вмешательств, направленных на восстановление повреждений нижних отделов мочеточника при гинекологических вмешательствах

Материалы и методы: За последние 2 года в урологическое отделение ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК было госпитализировано 7 пациенток с повреждениями мочеточников, полученных во время гинекологических операций, проводимых в разных больницах города и края. 5 пациенток переведены к нам до 8 дней после операции, одна – через 21 дня и одна - через 2 месяца после операции. Все пациентки были госпитализированы с обструктивным синдромом. У двух больных, поступивших на 2-е сутки после операции, было выявлено краевое ранение мочеточника с вовлечением и фиксированием его в инфильтрате. Выполнена уретероскопия с восстановлением просвета мочеточника и установкой пузырно-лоханочного стента на 1,5 месяца с заменой последнего через 2 месяца. У четырех пациенток, поступивших через 8 дней после операции, было краевое прошивание мочеточника с фиксацией стенки мочеточника лигатурой. Всем была выполнена уретероскопия с удалением лигатуры и установкой пузырно-лоханочного стента на 1,5 месяца. У пациентки, госпитализированной через 23 дня после лапароскопической операции на левых придатках, при уретероскопии был диагностирован коагуляционный некроз мочеточника на протяжении 1 см. После тунелизации рубцово-склеротических тканей дистального конца и удалением коагуляционного струпа с проксимального конца мочеточника, по струне-проводнику восстановлен просвет мочеточника и установлены два дренирующих мочеточниковых катетера на 10 дней. Через 10 дней выполнена уретеропиелоскопия с установкой пузырно-лоханочного стента на 1,5 месяца. Через 1,5 месяца стент был заменен во время уретероскопии, при которой в месте коагуляции мочеточника выявлен сформировавшаяся стриктура до 7 мм, которая была бужирована тубусом уретероскопа до F10. Еще через 2 месяца стент был удален. Через месяц выполнена уретероскопия с бужированием стриктуры мочеточника и установкой стента на 1,5 месяца.

Результаты: У всех пациенток при УЗИ через 3 и 5 месяцев после удаления стента расширения чашечно-лоханочной системы не было

Выводы: Таким образом, применение эндоскопических методов в лечении больных с ятрогенными травмами мочеточника при раннем выявлении повреждений, в большинстве случаев позволяет избежать «открытых» операций и значительно сократить период реабилитации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МАКРОГЕМАТУРИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Д.О.Архипов¹, А.И.Неймарк², И.Э.Сибуль¹, А.Г.Родькин¹

¹КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2», г. Барнаул, Россия.

²ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, Россия.

Введение: Гематурия – наличие крови в моче – является нередким урологическим состоянием, которое может возникать в силу ряда причин. Необходимость тщательного обследования пациентов с гематурией обусловлена тем, что данный симптом характерен для столь опасных заболеваний, как онкозаболевания предстательной железы, мочеточника, мочевого пузыря, почки. Наиболее частой находкой является рак мочевого пузыря. Гематурия выявляется у 80 % больных раком мочевого пузыря и у 25–50 % пациентов с опухолями почки. Злокачественные опухоли почек и мочевых путей обнаруживаются приблизительно у 13 (5–16,6) % пациентов с гематурией. На данный момент отсутствуют официальные рекомендации Российского общества урологов по тактике ведения и лечения пациентов с макрогематурией.

Цели: Целью данного исследования является оценка эффективности, специализированной помощи пациентам с макрогематурией, в том числе с подозрением на поражение нижних мочевых путей и формирование рекомендаций по ведению больных с данной нозологией.

Материалы и методы: Объектом исследования стали 216 пациентов с возрастом от 18 до 87 лет, 137 мужчин и 79 женщин, средний койко-день (кд) составил 6,1. Пациенты были разделены и проанализированы по причинам возникновения гематурии следующим образом: С-г предстательной железы 12 (6%) пациентов, 5,5 средний кд, С-г мочевого пузыря 56 (26%) пациентов, 6 средний кд, Доброкачественное образование мочевого пузыря 23 (11%) пациентов, 6,4 средний кд, Острый геморрагический цистит, 25 (12%) пациентов, 6,6 средний кд, Постлучевой цистит 5 (2%) пациентов, 7,1 средний кд, Камни мочевого пузыря 34 (16%) пациентов, 5,4 средний кд, ДГПЖ 32 (15%) пациентов, 6 средний кд, Травмы МВС (ушибы почек) 6 (3%) пациентов, 7,1 средний кд, Лекарственная макрогематурия 12 (6%) пациентов, 6 средний кд, С-г почки иили мочеточника 6 (3%) пациентов, 5,6 средний кд

Результаты: Анализируя вышеуказанные данные, наиболее часто встречаемыми причинами гематурии являются онкозаболевания мочевыводящих путей (в первую очередь мочевого пузыря), ДГПЖ и инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей, что соответствует мировым данным. Тактика ведения данных пациентов заключалась в том, что в случае эффективности консервативной терапии пациентам с уже верифицированным онкозаболеванием пациент выписывался с рекомендациями получения помощи в специализированном учреждении, в случае неэффективности консервативной тактики и с впервые возникшей интенсивной гематурией, отсутствием явной причины гематурии вне нижних путей, в том числе с отягощенным онкологическим анамнезом– трансуретральная ревизия нижних мочевых путей в течении 1-2х дней, и далее в зависимости от выявленной

патологии - коагуляция кровоточащих сосудов, тур-биопсия при обнаружении образования с целью раннего выявления патологии и установлении точного диагноза. Таки образом из 216 госпитализированных пациентов, получили оперативное лечение 156 пациентов, что составило 70% оперативной активности: Добракачественное образование мочевого пузыря - 23 пациента, ДГПЖ - 32 пациента, Постлучевой цистит - 5 пациентов, Камни мочевого пузыря - 34 пациента, С-г почки и мочеточников - 2 пациента , С-г простаты - 9 пациентов, С-г мочевого пузыря - 46 пациентов.

Выводы: Наиболее частой причиной для госпитализации в урологическое отделение среди пациентов с макрогематурией являются различные патологии нижних мочевых путей, среди которых подавляющее большинство составляют онкозаболевания. Активная хирургическая тактика, при подозрении на поражение нижних мочевых путей, и исключения других явных причин, заключающаяся в ранней трансуретральной ревизии нижних мочевых путей, позволяет в кратчайшие сроки устранить причину гематурии, что значительно сокращает койко-день и позволяет установить точный гистологический диагноз, который в последствии облегчает более быстрое получение всех необходимых диагностических и лечебных процедур в профильном учреждении. Также ранее устранение причины гематурии позволяет свести к минимум рецидив кровотечения, что возможно в случае консервативного лечения направления пациента на устранение первопричины в плановом порядке. Проведенная работа позволяет рекомендовать включить в практическую работу раннюю трансуретральную ревизию в рамках экстренной госпитализации по поводу макрогематурия.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

М.Б.Попова¹, И.Э.Мамаев^{1,2}, Е.В.Милаков¹, К.И.Глинин^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ им.В.М.Буянова» ДЗМ, г. Москва, Россия.

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Кафедра урологии и андрологии лечебного факультета, г. Москва, Россия.

Введение: Преимущества лапароскопического доступа к органам брюшной полости хорошо известны: это полноценная визуализация и ревизия органов брюшной полости, сокращение сроков госпитализации, ранняя активизация пациентов и уменьшение применения наркотических анальгетиков. Одним из недостатков является необходимость наличия сотрудников владеющих данным методом.

Цели: Оценить преимущества лапароскопического доступа при ушивании разрывов мочевого пузыря по сравнению с лапаротомным.

Материалы и методы: За период с 2007 по 2023 год, в урологическом отделении ГБУЗ «ГКБ им.В.М.Буянова» были прооперированы 15 пациентов с изолированным внутрибрюшным разрывом мочевого пузыря. Из исследования исключены пациенты с ятрогенным повреждением мочевого пузыря. Лапароскопическое ушивание мочевого пузыря было выполнено у 7 (46%) из них. Мочевой пузырь ушивался непрерывным швом с проверкой герметичности и установкой страхового дренажа и цистостомы как и при лапаротомном доступе, так и при лапароскопическом.

Результаты: Во всех случаях нам удалось герметично ушить мочевой пузырь. При этом при лапаротомном доступе (при равноценных дефектах мочевого пузыря – 4,9 см) среднее время операции составило 160 мин, время нахождения в АиР и получение наркотических анальгетиков 3 дня, время стояния дренажа 3 дня, послеоперационный койко-день составил 11 дней, срок госпитализации составил в среднем 12 дней. При лапароскопическом доступе – среднее время операции составило 124 мин, время нахождения в АиР и получения наркотических анальгетиков 1 день, время стояния страхового дренажа 2 дня, послеоперационный койко-день составил 4 дня, срок госпитализации составил в среднем 5 дней. При этом конверсии не потребовалось ни в одном из случаев.

Выводы: Лапароскопический доступ для ушивания изолированного внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является оправданным и эффективным, существенно сокращает время операции, сроки госпитализации и активизации пациента, уменьшает объем потребляемых наркотических анальгетиков.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: СТЕНТИРОВАТЬ ИЛИ НЕТ?

Н.А.Гончаров^{1,2,3}, А.А.Кузнецов^{1,2}, Е.А.Морозов^{1,2,3}

¹ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1», г. Волгоград, Россия.

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград, Россия.

³ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», г. Волгоград, Россия.

Введение: Проблемы инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у беременных на настоящий момент остаются актуальными. Несмотря на невысокую заболеваемость гестационным пиелонефритом (ГП), что составляет 14 на 1000 беременностей, данное состояние занимает 2 место экстрагенитальной патологии беременных после анемии и является одной из ведущих причин госпитализации. Около 1/4 женщин, перенёсших атаку пиелонефрита, имеют повторный риск активизации ИМП во время беременности. В современных литературных источниках указываются разные подходы к ведению беременных с ГП, отсутствуют четкие критерия для стентирования мочеочника, длительности стентирования, сроков рестентирования, сроков удаления стента.

Цели: оценить целесообразность стентирования у беременных с гестационным пиелонефритом.

Материалы и методы: В урологическом отделении ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1» с января 2019 года по декабрь 2022 года было пролечено 252 пациентки с диагнозом ГП. Средний возраст пациенток составил 24,8 (min 15, max 42) лет. По срокам гестации: первый триместр беременности 22 (8,73 %) пациентки, второй триместр 129 (51,19 %), третий - 101 (40,08 %). При поступлении всем пациенткам выполнялось стандартное лабораторное обследование и ультразвуковое исследование мочевыводящей системы. Дилатация верхних мочевыводящих путей (ВМП) выявлена у 219 пациенток (86,9 %), из них двухстороннее – 32 (12,69 %), справа - 178 (70,63 %), слева - 9 (3,57 %). Гипертермия выше 37,10С наблюдалась у 188 (74,6 %) пациенток. При поступлении выполнялось лабораторное обследование крови, где средний уровень лейкоцитоза наблюдался 11,44x10⁹/л. Стартовая антибактериальная терапия чаще проводилась цефтриаксоном с учетом бактериологического посева мочи, выполненного амбулаторно в женской консультации. При отсутствии эффекта от терапии, сохранении гипертермии, лейкоцитоза, болевого синдрома в течении 2-х суток выполнялось дренирование ВМП с помощью стента или чрескожной пункционной нефростомии. 2 пациентки проходили лечение по поводу атаки пиелонефрита со стентами, установленными во время первой беременности. Одной из них установлена пункционная нефростомия под ультразвуковым контролем.

Результаты: Наш опыт ведения беременных с ГП свидетельствует, что раннее начало антибактериальной терапии приводит к положительному результату. У 206 пациенток (81,75%) на фоне антибактериальной терапии и парацетомола к 3-м суткам отмечалась нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза в крови до средних показателей (8,2x10⁹/л), значительное уменьшение болевого синдрома. При неэффективности проводимой терапии выполнялось стентирование ВМП. В первом триместре стентирование проведено у 2 (0,79 %)

пациенток, во втором у 20 (7,94 %), в третьем у 24 (9,52 %), у 2 из них потребовалось двухстороннее стентирование. Всего выполнено 46 стентирований, что составило (18,25 %). После проведенной манипуляции состояние пациенток значительно улучшилось: болевой синдром и гипертермия купировались в течение 1 суток. 16 пациенток (6,35 %) имели рецидивирующее течение ГП, что потребовало повторных госпитализаций в стационар. Следует отметить, что все эти пациентки были стентированы во время первой госпитализации, им выполнена замена стента, а после купирования воспалительных явлений его удаление. Средний срок госпитализации составил 5,96 койко-дня (min 1, max 14). У стентированных пациенток койко-день составил 7,58 дня, у нестентированных койко-день составил 5,7 дней.

Выводы: В настоящее время вопрос о стентировании ВМП у беременных вызывает много дискуссий, о чем свидетельствуют множественные литературные публикации. В нашем наблюдении стентирование потребовалось только в 18,25 % случаев. Чаще стентирование требовалось во втором и третьем триместре беременности обусловленное более выраженным нарушением уродинамики. Следует отметить, что длительность госпитализации у стентированных пациенток была несколько выше 7,58 койко-дня против 5,7 койко-дней у нестентированных. Это можно объяснить двумя причинами: тяжестью самого заболевания, а у части пациенток плохой переносимостью стента. Согласно литературным данным более 70 % пациентов очень плохо переносят стент ввиду наличия стент-зависимых симптомов. Повторные атаки ГП наблюдались у ранее стентированных пациенток, что можно объяснить формированием биофильмов на стенте и возникновением рефлюксов мочи из-за нарушения антирефлюксного механизма. У 2 пациенток развилась атака ГП на фоне стента, установленного во время первой беременности. Удаление стента у этих пациенток не представляется возможным ввиду отсутствия данных об инкрустации. Согласно полученным нами данным консервативная терапия ГП является эффективной. Показания к стентированию и длительности стентирования должны быть ограниченными и четкими, чтобы не получить более серьезные осложнения.

ТРАВМА ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Д.С.Лабузов¹, И.О.Афанасенкова¹, Е.С.Титова¹

¹ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск, Россия.

Введение: Травма органов мошонки у детей — ургентная патология, требующая оказания экстренной медицинской помощи. В структуре синдрома острой и гиперемированной мошонки травматические повреждения занимают третье место, среди них чаще тупая травмы, и встречаются преимущественно в подростковом возрасте. Самым тяжёлым видом травмы органов мошонки является разрыв яичка, что требует быстрой и точной диагностики и активной хирургической тактики. Дифференцированный подход с применением дополнительных методов и прежде всего ультразвукового обследования определяют оптимальную тактику консервативного и хирургического лечения.

Цели: Изучить механизм травмы органов мошонки у детей, виды травматизма, структуру повреждений и оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм при рассматриваемой патологии.

Материалы и методы: За период с 2018 по 2022 гг. в детском хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы на лечении находились 34 мальчика в возрасте от 2 до 15 лет с травмой органов мошонки. При поступлении у всех пациентов подробно изучался механизм полученной травмы, проводились физикальные методы исследования. При доступности на момент поступления выполнялось ультразвуковое исследование органов мошонки и, по показаниям, паховой области, далее это исследование выполнено всем поступившим пациентам.

Результаты: При изучении механизма травмы в подавляющем большинстве случаев у 29 (85,3%) пациентов имел место прямой удар или другое прямое воздействие в области мошонки. Травма нанесена ударами сверстников, братьями или сёстрами мальчиков; при падении на раму или вынос руля велосипеда или продольный предмет, предметы мебели, сдавлением ремнём крепления в детском автомобильном кресле. Тяжесть повреждения пропорционально силе наносимого удара или воздействия. Реже повреждения наносились острыми предметами верхней заострённой частью забора и фехтовальной рапирой. Как роковое стечение обстоятельств, у одного малыша при падении и контакте мошонки с биметаллическим радиатором отопления произошла травматической ампутации яичка. Распределение по видам травматизма: уличный у 12 (35,3%), спортивный у 9 (26,5%), бытовой у 6 (17,6%), школьный у 6 (17,6%) и дорожно-транспортный у 1 (2,9%) пациента. В структуре в основном встречались закрытые повреждения травм органов мошонки у 27 (79,4%) из всей группы в виде ушиба мягких тканей, гематомы поверхностных оболочек и ушиба яичка. В нашей клинике нет в круглосуточной доступности ультразвукового исследования и дифференцировать характер повреждения в острый период, в отсутствие УЗИ, приходится по анамнестическим данным и клиническим проявлениям. Учитывается сила травмирующего агента, интенсивность боли, иррадиация в паховую и

подвздошную область, интенсивность нарастания отёка мошонки. Ушиб мягких тканей, гематома оболочек и ушиб яичка рассматриваются в итоге, как потенциальный ушиб яичка. Учитывается сочетание травмы мошонки с повреждениями паховой области, полового члена и промежности. В последующем всем пациентам выполняется сонография с уточнением характера повреждения. При оценке ультразвуковых данных в динамике — реакция ткани яичка и придатка в виде увеличения размеров, изменение эхогенности, умеренное количество жидкости под оболочками отмечены у 15 (55,6%) пациентов из 27. У этой группы пациентов правомочно говорить о посттравматическом орхоэпидидимите. Консервативное лечение проведено у 24 (88,9%) и включало: полупостельный режим, антибактериальную терапию, НПВС, магнито-лазерную физиотерапию. Эксплоративная скрототомия с ревизией и дренированием полости мошонки была выполнена у 3 (11,1%) мальчиков. Разрыв яичка диагностирован у 3 (8,8%) и разрыв придатка 1 (2,9%) мальчика. У этих пациентов отмечался резко выраженный болевой синдром с иррадиацией болей в паховую и подвздошную области, выраженный отёк и гематома мошонки. Ультразвуковое исследование выполнено у 2 пациентов с разрывом яичка и выявлены: эхопризнаки наличия анэхогенного участка с включениями (гематоцеле), локальная нечеткость контура яичка, неоднородность его эхоструктуры. У одного мальчика обнаружены признаки гематомы семенного канатика. Выполнено оперативное лечение: ревизия органов мошонки, опорожнение гематоцеле, ушивание белочной оболочки яичка, ткани придатка и дренирование. В послеоперационном периоде применялся вышеуказанный комплекс консервативного лечения с программной анальгезией (промедол). Ультразвуковое исследование проводилось в динамике в послеоперационном периоде и при выписке. Проникающее ранение мошонки было у 2 (5,9%) мальчиков: рваная рана мошонки, нанесённая верхней заострённой частью забора и колотая рана мошонки, причинённая рапирой. Эти пациенты оперированы: в результате ревизии повреждений органов мошонки не обнаружено, выполнено ушивание ран и дренирование с последующей антибактериальной терапией. У мальчика 3-х лет при падении с подоконника и фиксации мошонки между пластинами радиатора отопления — произошла травматическая ампутация яичка. Произведена ревизия раны, визуализация и перевязка семенного канатика, ушивание раны мошонки с дренированием.

Выводы: В подавляющем большинстве случаев у 29 (85,3%) пациентов в механизме травмы имелся прямой удар в область мошонки. Из видов травматизма лидирующие уличный у 12 (35,3%) и спортивный у 9 (26,5%). В структуре травм органов мошонки в основном встречались закрытые повреждения у 27 (79,4%). Анамнестические и клинические данные при поступлении имеют большое значение, они обязательно должны во всех случаях сочетаться с ультразвуковым исследованием органов мошонки и семенного канатика. В острый период травмы эхография позволяет установить характер и степень повреждения яичка и придатка и чётко обосновать показания к хирургическому лечению, а в послеоперационном периоде позволяет оценить динамику, скорректировать лечение и прогнозировать исход.

ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОМИОЛИПОМАХ ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЗАБРЮШИНОЙ ГЕМАТОМЫ

П.Д.Бессонов¹, И.В.Баженов¹, А.В.Зырянов², С.А.Бурцев¹, Д.А.Деминов¹, И.И.Кузуб¹, Е.С.Филиппова², В.Е.Шерстобитов¹

¹ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» г. Екатеринбург, Россия.

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Кафедра урологии, г. Екатеринбург, Россия.

Введение: Ангиомиолипома составляет 3-5% всех новообразований почек. В 40% случаев ангиомиолипомы протекают бессимптомно, у 25-50% осложняются кровотечением. Современным и малоинвазивным методом лечения ангиомиолипомы почки, осложненной кровотечением, является эндоваскулярная селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы.

Цели: Провести оценку эффективности и безопасности неотложной эндоваскулярной селективной эмболизации ангиомиолипомы почки у пациентов с ангиомиолипомой почки, осложнившейся кровотечением.

Материалы и методы: За период с 2021 по 2023 годы на базе Областного урологического центра ГАУЗ СО «СОКБ №1» по поводу ангиомиолипомы почки было экстренно прооперировано 2 больных с обширной забрюшинной гематомой на фоне разрыва ангиомиолипомы почки. Обе пациентки — женщины. Объем обследования: УЗИ почек, КТ с внутривенным контрастированием препаратом «Ультравист 370». Показаниями к эмболизации ангиомиолипомы являлись увеличение забрюшинной гематомы в объеме (в течение 12 часов), нарастание анемии геморрагического характера до 57-74 г/л. В обоих случаях размер гематомы превышал 10 см. Использовалась эмболизация при помощи сферических микрочастиц Embosphere 400 мКм в сочетании с конгезивной клеевой композицией ONYX 18. После проведения селективной эндоваскулярной эмболизации ангиомиолипомы почки у обеих пациенток в 1е сутки был выражен болевой синдром и отмечалась гипертермия выше 37,5 °С. Симптомы регрессировали на 3 сутки на фоне противовоспалительной терапии. При дальнейшем наблюдении пациенткам был рекомендован УЗИ контроль в динамике 1 раз в 3 месяца и КТ органов брюшной полости с контрастированием через 6 месяцев.

Результаты: В обоих случаях была получена положительная динамика в виде нормализации лабораторных показателей (показателей красной крови в том числе) в послеоперационном периоде, отсутствие данных за продолжающееся кровотечение по результату контроля УЗИ и КТ. Объем гематомы забрюшинного пространства не нарастал. У первой пациентки по результату КТ, спустя 12 месяцев после эмболизации было выявлено уменьшение объема эмболизированного образования на 50% от исходного, отдаленный результат лечения у второй пациентки оценить пока не возможно, из-за малого срока наблюдения.

Выводы: селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы почки является эффективным методом лечения неотложных пациентов с кровотечением из ангиомиолипомы почки и формированием обширной забрюшинной гематомы.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОМИОЛИПОМ ПОЧЕК

П.Д.Бессонов¹, И.В.Баженов¹, А.В.Зырянов², С.А.Бурцев¹, Д.А.Деминов¹, И.И.Кузуб¹,
Е.С.Филиппова²

¹ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» г. Екатеринбург, Россия.

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Кафедра урологии, г. Екатеринбург, Россия.

Введение: До 40% случаев ангиомиолипомы протекают бессимптомно, у 25-50% течение может осложняться кровотечением. Методами лечения являются: 1 динамическое наблюдение; 2 химиотерапия; 3 резекция почки; 4 малоинвазивная эндоваскулярная селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы почки.

Цели: Провести анализ эффективности и безопасности эндоваскулярной селективной эмболизации ангиомиолипомы почки.

Материалы и методы: За период с 2018 по 2023 годы на базе Областного урологического центра ГАУЗ СО «СОКБ №1» по поводу ангиомиолипомы почки было прооперировано 25 больных. Из них 22 (88%) женщин и 3 (12%) мужчины. У 22 (88%) случаях была выполнена эмболизация сосудов ангиомиолипомы, 3 (12%) пациентам выполнена резекция почки. Объем обследования: УЗИ, КТ с внутривенным контрастированием препаратом «Ультравист 370». Показаниями к эмболизации ангиомиолипомы являлись увеличение образования в объеме (более 30% в течение года), внутриопухолевые кровоизлияния, забрюшинные гематомы, компрессия ЧЛС, размер образования более 70-80 мм. В 6 (27,3%) случаях была выявлена забрюшинная гематома. Из них у 2 больных (9,1%) из 22 были неотложные показания к хирургическому лечению в виде кровотечения из ангиомиолипомы почки с формированием обширной забрюшинной гематомы с анемией ниже 65г/л по данным общего анализа крови. В 14 (63,6%) случаях использовалась эмболизация при помощи сферических микрочастиц Embosphere 400 мКм. В 5 случаях (22,7%) применялась конгезивная клеевая композиция ONYX 18 (15,7%). У 2 пациентов (9,1%) использована комбинированная технология. В раннем послеоперационном периоде после проведения селективной эндоваскулярной эмболизации ангиомиолипомы почки у всех пациентов в 1е сутки был выражен болевой синдром. У 15 (68,2%) из 22 пациентов в 1е сутки отмечалась гипертермия выше 37,5 оС. Симптомы регрессировали на 3 сутки на фоне инфузионной и анальгезирующей терапии.

Результаты: При дальнейшем наблюдении пациентам было рекомендовано УЗИ контроль в динамике 1 раз в 3 месяца и КТ органов брюшной полости с контрастированием через 6 месяцев. Было выявлено уменьшение объема эмболизированного образования на 30% от исходного у 14 (63,6%) пациентов. У остальных пациентов стабилизация размеров и отсутствие роста образования.

Выводы: Селективная эмболизация сосудов ангиомиолипомы почки является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с осложненным течением заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ

Н.Ю.Костенков^{1,2}, С.Х.Аль-Шукри², Е.С.Невинович^{1,2}, И.Н.Ткачук^{1,2}, А.В.Новицкий¹

¹СПБ ГБУЗ «Городская больница №15» г. Санкт-Петербург, Россия.

²ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ» им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия.

Введение: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), связанные с ней симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП), являются наиболее распространёнными проблемами, которые оказывают существенное влияние на качество жизни пожилых мужчин. Острая задержка мочи (ОЗМ) является одним из наиболее серьезных и болезненных осложнений при прогрессировании ДГПЖ. Данное осложнение требует экстренное дренирование мочевого пузыря путем установки уретрального катетера или цистостомического дренажа. Данные манипуляции вызывают стресс, тревогу у пациентов, а также влияют на качество их жизни.

Цели: Оценить влияние острой задержки мочи на результаты тулиевой энуклеации предстательной железы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров.

Материалы и методы: С января 2021 года по февраль 2022 года на базе 12 урологического отделения СПб ГБУЗ Городская больница №15 прооперировано 472 пациента с применением тулиевой лазерной энуклеации предстательной железы. Данные 237 пациентов включены в исследование. У 97 пациентов наблюдался эпизод ОЗМ. В день госпитализации данной группе пациентов устанавливался уретральный катетер Фолея, назначался курс антибактериальной терапии и альфаадреноблокаторы (тамсулозин 0,4 мг). На третьи сутки уретральный катетер удаляли. У 53 пациентов (55%) восстановилось самостоятельное мочеиспускание, однако объем остаточной мочи у 75% пациентов был более 100 мл. А у 44 пациентов в связи с рецидивом ОЗМ повторно устанавливался уретральный катетер Фолея. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка.

Результаты: Всем включенным в исследование пациентам была выполнена ThuLEP с помощью тулий-волоконного лазера FiberLase U1 (ООО НТО «ИРЭ-Полюс», Россия) мощностью 120 Вт. Во время оперативного вмешательства применяли двух- или трехдолевую технику энуклеации простаты, после чего простатическая ткань подвергалась морцелляции. Трехдольевым способом был прооперирован 135 (56,9 %) пациент, двухдольевым – 102 (43,1 %). Средний возраст 237 пациентов составил 70,2 года (51-89 лет), средняя продолжительность СНМП – 63,1 месяц, а средний объем предстательной железы, измеренный с помощью ТРУЗИ - 105,8±23 мл (80-138,3 мл). Время операции, изменение содержания гемоглобина крови, продолжительность послеоперационного орошения мочевого пузыря и продолжительность послеоперационной катетеризации мочевого пузыря не имели существенных различий. Поскольку в группе с ОЗМ устанавливали уретральный катетер на 3 дня и проводили предоперационную подготовку, а в группе без ОЗМ операцию проводили через 1-3 дня после госпитализации, общая

продолжительность госпитализации в группе с ОЗМ была больше, чем в группе без ОЗМ ($p < 0,001$). Однако послеоперационное пребывание в стационаре между этими двумя группами не показало существенной разницы ($p > 0,05$). Пациенты обеих групп мочились с первой попытки после удаления уретральных катетеров. Тем не менее, было 4 случая (4,4%) в группе ОЗМ и 7 случаев (5%) в группе без ОЗМ, в которых у пациентов возникало затрудненное мочеиспускание, требующее повторной катетеризации. В целом катетеры оставались установлены еще около трех дней. После повторного удаления уретрального катетера все пациенты мочились самостоятельно. Через день после удаления уретрального катетера в группе ОЗМ количество лейкоцитов в моче было значительно выше, чем в группе без ОЗМ ($27 \pm 6,3$ против $13 \pm 7,7$, $p < 0,01$). Не было существенной разницы в IPSS, OOM, Qmax между двумя группами.

Выводы: Результаты данного исследования продемонстрировали, что тулиевая лазерная энуклеация простаты была эффективным методом лечения пациентов с ОЗМ, ассоциированной с ДГПЖ, независимо от сопутствующих заболеваний, поскольку ThuLEP привела к сопоставимому улучшению показателей, характеризующих мочеиспускание пациента и отражающее качество его жизни.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРЕННАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ТРАНСПЛАНТАТА

Д.В.Перлин ^{1,2}, И.В.Александров ^{1,2}, А.В.Терентьев ²

¹ФГБУО ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» г. Волгоград, Россия.

²ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр» г. Волжский, Россия.

Введение: Распространенность ХБП в мире сопоставима с такими социально-значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром. Признаки повреждения почек и/или снижение СКФ выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции. Перспективным путем решения данной проблемы является трансплантация почки. В мире ежегодно возрастает количество оперативных вмешательств. В наше время выполняется более 30 тыс. ТП в год. ТП во многих странах таких, как Норвегия, Швеция, Нидерланды, Финляндия, Испания, является основным видом ЗПТ больным с ХБП. С увеличением количества операций возрастает и количество урологических осложнений, связанных с трансплантацией почки, которые в некоторых случаях приводят к нефрэктомии трансплантата в срочном порядке.

Цели: Возможности уменьшения объема операционной травмы и кровопотери при нефрэктомии трансплантата.

Материалы и методы: В условиях нашего центра за 2017-2022 г. выполнено 3 лапароскопических нефрэктомии трансплантата. 1 трансплантатэктомия почки на фоне нарушения режима иммуносупрессии, развившейся интоксикации и лихорадки. 2 нефрэктомии трансплантата из-за острого отторжения. Все операции выполнялись по экстренным показаниям, ввиду жизнеугрожающего состояния.

Результаты: Операции выполнялись под комбинированной анестезией ПД и ЭТН. Длительность операции от 115 до 136 мин. Во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде не было отмечено хирургических и общесоматических осложнений. Интраоперационная кровопотеря составила от 50 до 65 мл. Страховые дренажи удалялись на первые сутки. Восстановление функции ЖКТ, также в первые сутки. В послеоперационном периоде применение перидуральной анестезии не превышало 6 часов. Срок госпитализации составил от 5 до 8 суток.

Выводы: Лапароскопическая методика выполнения нефрэктомии трансплантата является безопасным, воспроизводимым методом лечения экстренных жизнеугрожающих состояний при нефропатии трансплантата. Основными преимуществами метода являются существенное уменьшение объема операционной травмы, кровопотери, риска раневой инфекции, быстрое возвращение к двигательной активности и восстановление функции желудочно-кишечного тракта, что имеет большое значение для профилактики легочных осложнений и нормализации общего состояния.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ (AAST 4 СТ) У ПАЦИЕНТКИ 12 ЛЕТ С ТРОМБОЗОМ ПОЧЕЧНОГО СОСУДА.

М.И.Боташев ¹, Б.М.Калниязов ², Х.А.Найманов ²

¹ РГБЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», г. Черкесск, Россия.

²РГБЛПУ «Республиканская детская многопрофильная больница», г. Черкесск, Россия.

Введение: Травма почки составляет 60% среди всех повреждений мочевыделительной системы. Автоавария занимает первое место среди причин закрытой травмы почки достигая 70%, падение с высоты находится на втором месте - около 30%. В клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов и в опубликованных исследованиях последних лет отмечается высокая клиническая эффективность консервативного и малоинвазивного подходов в лечении травм почки с тенденцией к отказу от лапаротомии в пользу эндоваскулярных вмешательств и выжидательной тактики как основного метода лечения. Применение консервативной либо малоинвазивной терапии, в сравнении с традиционным хирургическим подходом, позволяет у 80% больных избежать полостной операции, минимизирует риск выполнения нефрэктомии, приводит к ранней активизации, сокращению срока госпитализации. Однако, не определен четкий алгоритм ведения больных с тяжелой степенью повреждений почки (по классификации AAST 4-5 степени). Одни авторы предлагают выжидательную тактику при стабильном состоянии больного, другие настаивают на оперативном лечении: лапаротомии, ревизии почки, эндоваскулярной эмболизации. Следует отметить, что пострадавшие с травмой почки IV и V степени, которых лечат консервативно, требуют пристального внимания, поскольку риск развития осложнений у них больше. Ранние осложнения, включают кровотечение, инфекцию, перинефральный абсцесс, сепсис, мочевые свищи, артериальную гипертензию, экстрavasацию мочи и уриному. к отсроченным осложнениям относятся кровотечение, гидронефроз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия, артериовенозная фистула, гидронефроз и псевдоаневризма. позднее забрюшинное кровотечение.

Цели: Представить клиническое наблюдение успешного консервативного лечения пациентки с повреждением почки тяжелой (4 по классификации AAST) степени с тромбозом почечного сосуда.

Материалы и методы: Клиническое наблюдение. Пациентка 12 лет доставлена в стационар через 2 часа после автоаварии в тяжелом состоянии. Сочетанная травма в результате ДТП: ЗЧМТ, закрытый перелом костей предплечья, закрытая травма правой почки, обширная паранефральная гематома. При поступлении пострадавшая в сознании, гемодинамически стабильна. Проведена катетеризация мочевого пузыря, по уретральному катетеру моча с примесью крови. По данным МСКТ почек с контрастированием, УЗИ почек, брюшной полости - множественные разрывы паренхимы правой почки, частичный отрыв верхнего полюса правой почки, повреждение ЧЛС - нижней и верхней групп чашечек, паранефральная гематома справа толщиной слоя 4,5 см, протяженностью 12 см. Больная транспортирована в операционную. Стабильность гемодинамики и отсутствие нарастания околопочечной гематомы по данным УЗИ

были критериями в пользу выбора выжидательной тактики лечения. На операционном столе совместно с детскими урологами было решено проводить консервативное ведение пострадавшей с последующим отсроченным малоинвазивным устранением паранефральной гематомы и других возникающих осложнений травмы почки (уринома, абсцесс и др). Первые трое суток лечение проведено в условиях ОРИТ. Отмечено снижение гемоглобина с 125 до 93 г.л. Гематурия сохранялась трое суток. На фоне благополучия к концу первых суток, по данным УЗИ с доплерографией отмечено формирование тромбоза правой почечной вены с размером тромба до 0,7 см. Консультирована ангиохирургом, назначена антикоагулянтная терапия, на фоне которой через 8-9 дней достигнут полный лизис тромба. Проводился ежедневный УЗИ контроль. Экскреторная урография на 15 сутки- выделительная функция правой почки сохранена, хотя несколько снижена, затеков контрастного вещества нет. Кроме того, на 19-е сутки после травмы отмечен самостоятельный практически полный регресс околопочечной гематомы - остался изолированный участок паранефральной гематомы размером 2х1см. Длительность нахождения в стационаре составила 19 дней.

Результаты: Несмотря на тяжелый разрыв почки с вовлечением значительной части паренхимы и ЧЛС удалось избежать открытой травматичной операции и нефрэктомии, кроме того, не возникло необходимости в последующем в проведении дополнительных вмешательств. Проведенные обследования в период амбулаторного наблюдения за пациенткой (регулярные УЗИ почек, МСКТ почек через 11 мес после травмы) не выявили таких осложнений как рецидив кровотечения, мочевого затек, пиелонефрит, абсцесс почки, почечная недостаточность, реноваскулярная гипертензия.

Выводы: • Данный случай демонстрирует возможность применения выжидательной тактики лечения у пациентов с закрытой травмой почки тяжелой степени со стабильной гемодинамикой; • Консервативное лечение можно применять в рамках пошагового подхода с переходом к малоинвазивному лечению и хирургической ревизии по требованию; • Необходимо в кратчайшие сроки диагностировать и устранять угрожающие жизни травмы почки с использованием УЗИ и выполнением открытой операции; • У пострадавших со стабильной гемодинамикой для проведения консервативного ведения необходимо точное определение степени тяжести повреждения почки по данным компьютерной томографии.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.

И.А.Довлад¹, А.И.Елисеев¹, М.Г.Аврамиди¹, А.Х.Темиров¹, Б.С.Пашалиев¹, М.К.Герасимиди¹

¹ГБУЗ «Городская больница №1 г. Новороссийска» МЗ КК, г. Новороссийск, Россия.

Введение: Острый обструктивный пиелонефрит одно из самых тяжелых неотложных состояний в урологии. Первым и главным методом лечения обструктивного пиелонефрита является дренирование мочевыводящих путей путем чрескожной пункционной нефростомии или установки стента наружного или внутреннего дренирования

Цели: оценить способы и методы дренирования мочевыводящих путей при остром обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы: в 2022 году в урологическом отделении ГБУЗ «ГБ №1 г. Новороссийска» при различных обструктивных заболеваниях ВМП выполнено 340 чрескожных пункционных нефростомий, 140 установок стентов внутреннего дренирования, 15 установок стентов наружного дренирования. Из них при обструктивном пиелонефрите выполнено 245 ЧПНС, 49 установок СВД, 10 установок стентов наружного дренирования. При этом из 245 ЧПНС причиной обструкции у 155 (63%) пациентов была МКБ, у 80 (37%) стриктуры или обструкции мочеточника. Из 49 установок СВД и 10 установок СНД причиной обструкции в 51(86%) случае была МКБ, в 8 (14%) случаях стриктура мочеточника. Все оперативные вмешательства выполнялись под рентген-телевизионным контролем. ЧПНС выполнялась под местной анестезией, установка СВД и СНД под наркозом.

Результаты: Таким образом, при анализе методов дренирования при остром обструктивном пиелонефрите выявлено, что из 304 дренирующих операций ЧПНС является преобладающим методом и составляет 80% случаев, установка СВД или СНД занимают случаев 20 %.

Выводы: В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что все вышеперечисленные методы равноценно эффективны для лечения обструктивного пиелонефрита. Преимуществами ЧПНС является возможность выполнения под местной анестезией и кратчайший путь отведения мочи минуя нижние мочевые пути. Недостатками: сравнительная инвазивность метода с возможным развитием геморрагических осложнений, наличие внешних систем для сбора мочи, необходимость перевязок и своевременной фиксации. В свою очередь, преимуществами установки СВД является отсутствие геморрагических осложнений, возможность выполнения пациентам, находящимся на антикоагулянтной терапии, отсутствие внешних систем для сбора мочи. Недостатками: необходимость наркоза, высокая вероятность перфорации мочеточника при установке, стент-ассоциированные симптомы, высокий процент развития рефлюкс-пиелонефрита, более высокая вероятность возникновения резистентной микрофлоры, необходимость регулярной замены через 4-6 недель. В любом случае решение принимается совместно с пациентом, в каждом случае индивидуально, с учетом возраста, пола, тяжести состояния пациента и коморбидного фона.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА – ОПЫТ ОДНОЙ КЛИНИКИ.

Н.А.Гончаров^{1,2,3}, А.А.Кузнецов¹, Е.А.Морозов^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, г. Волгоград, Россия.

²ГБУЗ «ВОКБ №1», г. Волгоград, Россия.

³ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», г. Волгоград, Россия.

Введение: В настоящее время отмечается значительный рост гнойно-деструктивных форм пиелонефрита. Прогрессия неспецифического инфекционно-воспалительного процесса верхних мочевых путей в осложнённые формы чаще наблюдается у пациентов с системными заболеваниями организма, функциональными нарушениями органов мочевыделительной системы, также как исход лечебно-диагностических процедур на нижних и верхних мочевых путях, на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, ВИЧ и др. Гнойно-деструктивные формы пиелонефрита, в частности - карбункул и абсцесс почки, развиваются у 11% больных из общего количества больных с воспалительными заболеваниями почки и околопочечного пространства. При этом отмечается нарастание их доли в течение последних десяти лет. Гнойно-деструктивные формы пиелонефрита однозначно требуют экстренного хирургического лечения (дренирования гнойного очага и восстановления пассажа мочи). В последнее время практическую значимость набирают варианты малоинвазивных методов лечения гнойно-деструктивных форм пиелонефрита (трансуретральная установка катетера-стента, чрескожная нефростомия и дренирование зоны почечной деструкции под ультразвуковым (УЗ) контролем).

Цели: Оценка ближайших результатов малоинвазивного хирургического лечения гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита в условия одной клиники.

Материалы и методы: В период с января 2020 по январь 2023 года на лечении в урологическом отделении ГБУЗ «Волгоградская Областная Клиническая Больница №1», Волгоград находились 24 пациента с диагнозами: абсцесс почки, абсцесс околопочечного пространства, карбункул почки, паранефрит. Всем пациентам проводилось обследование согласно стандартам оказания помощи урологическим больным и Клиническим Рекомендациям (КР), утверждённым МЗ РФ. В качестве эмпирической терапии все пациенты получали антибиотики согласно КР, а в последующем – по результату бактериологического исследования мочи с определением антибиотикорезистентности, с учётом результата культурального исследования пункционного отделяемого. В срочном порядке всем пациентам выполнялось перкутанное дренирование гнойника под УЗ контролем, забор гнойного отделяемого на бактериологическое исследование, а также дренирование полостной системы почки (мочеточниковый катетер-стент). В полость гнойника чрескожно вводили полихлорвиниловый катетер Нелатона 14 Ch. Длительность дренирования определялась прекращением отделяемого по дренажу, и подтверждением разрешения гнойника УЗ исследованием или спиральной

компьютерной томографией. Излечение определяли, как полное склерозирование зоны деструкции. Пациенты были выписаны из стационара после удаления дренажей.

Результаты: В исследование были включены 15 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил $54,2 \pm 13,4$ лет. В 21 (87,5%) случае наступило полное выздоровление после выполненного чрескожного дренирования гнойника с симультанным дренированием верхних мочевыводящих путей катетером-стентом; в 2 (8,3%) случаях потребовалось отсроченное открытое оперативное вмешательство с декапсуляцией почки, дренированием гнойника и установкой нефростомы; в 1 наблюдении (4,2%) выполнена установка дополнительного пункционного дренажа, так как по УЗИ отмечалась многокамерность зоны деструкции.

Выводы: Оценка результатов малоинвазивных методов лечения позволила сделать вывод о возможности применения метода чрескожного дренирования гнойно-деструктивных поражений почечной паренхимы под рентгенологическим и УЗИ контролем в урологической практике. Полученные данные демонстрируют удовлетворительные клинические результаты с минимальными осложнениями, что снижает необходимость в открытой операции. Однако, следует заметить, что указанное количество наблюдений не может считаться статистически достоверным и неукоснительно требует дополнительного клинического материала для определения окончательных выводов по предложенной методике.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПУТЕМ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ (ШКАЛА ROST)

И.С.Собенников^{1,3}, В.Б.Филимонов^{1,2}, Р.В.Васин^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия.

²ГБУ РО «Больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, Россия.

³ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» г. Рязань, Россия.

Введение: Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) – одно из самых распространенных заболеваний у мужчин старшей возрастной группы, влияющее на качество их жизни. Улучшение качества лечения и наблюдения больных ДГПЖ с учетом их индивидуальных особенностей является важной клинической задачей.

Цели: Улучшение качества амбулаторного наблюдения больных симптоматической формой ДГПЖ и профилактика развития urgentных осложнений ДГПЖ в зависимости от риска хирургического лечения ДГПЖ, установленного по результатам заполнения разработанной анкеты ROST (risk of surgical treatment).

Материалы и методы: Проведено сравнение двух клинически противоположных групп пациентов. 1 группа (n = 120): больные, оперированные в клинике по поводу ДГПЖ; 2 группа (n = 80): больные без клинической симптоматики ДГПЖ. В результате математического моделирования клинических и диагностических данных пациентов 1 и 2 групп сформирована шкала-опросник ROST, где каждому изученному признаку присвоен балл в зависимости от прогностической значимости критерия. Опросник ROST применен в амбулаторной практике на 100 больных группы контроля с симптоматической формой ДГПЖ. В ходе заполнения опросника ROST пациенты контрольной группы разделены на подгруппы низкого, промежуточного и высокого риска хирургического лечения ДГПЖ и развития острой задержки мочи в зависимости от суммарного балла ROST. Медиана дальнейшего наблюдения 18 месяцев. Отдельную группу пациентов составили 30 больных ДГПЖ, которые были доставлены скорой медицинской помощью, либо обратились в приемное отделение самостоятельно с клиникой острой задержки мочеиспускания. Данным пациентам устанавливался при поступлении уретральный катетер. Проведено анкетирование данных пациентов. В ходе заполнения опросника ROST пациенты данной группы разделены на подгруппы низкого, промежуточного и высокого риска хирургического лечения ДГПЖ и развития острой задержки мочи (ОЗМ) в зависимости от суммарного балла ROST.

Результаты: На фоне проводимого лечения ДГПЖ, на 15% от общего числа больных выросло количество пациентов с низким риском хирургического лечения ДГПЖ; на 11% снизилось количество пациентов с промежуточным риском хирургического лечения ДГПЖ; на 4% снизилось количество пациентов с высоким риском хирургического лечения ДГПЖ. Количество

баллов, выявленных у пациентов ДГПЖ контрольной группы наблюдения, соответствовало характеру клинического течения заболевания. За 18 месяцев прооперировано по поводу ДГПЖ 5 пациентов, все они относились к группе высокого риска хирургического лечения ROST. В группе пациентов, госпитализированных с ОЗМ, 14 пациентов были отнесены к группе среднего риска ROST, 16 пациентов отнесены к группе высокого риска ROST. Пациентам среднего риска ROST назначена консервативная терапия, уретральный катетер удалялся через 72 часа. У 13 пациентов (92,9%) среднего риска ROST было восстановлено самостоятельное мочеиспускание, больные были выписаны на амбулаторное лечение, у 1 пациента (7,1%) ОЗМ повторилась, пациенту выполнена троакарная цистостомия. Среди пациентов высокого риска ROST 11 пациентов были одноэтапно оперированы по поводу ДГПЖ в объеме трансуретральной резекции простаты ($n = 8$), 3 пациентам была выполнена лазерная энуклеация ДГПЖ. Все пациенты были выписаны с восстановленным адекватным мочеиспусканием. У 5 пациентов имелись противопоказания к оперативному вмешательству (уретрит, значительное повышение уровня ПСА, нарушение уродинамики верхних мочевых путей и др.). Данным пациентам уретральный катетер был удален через 72 часа, у 4 пациентов ОЗМ повторилась, у 1 пациента мочеиспускание восстановилось, уровень остаточной мочи составил 150мл. 4 пациента были оперированы в объеме троакарной цистостомии, 1 пациент был оперирован через 7 дней консервативного лечения в объеме ТУР простаты. За 13 пациентами среднего риска ROST продолжено наблюдение в амбулаторном режиме. За 12 месяцев наблюдения 2 пациента из числа среднего риска ROST с восстановленным после ОЗМ мочеиспусканием были прооперированы. 5 пациентов из среднего риска ROST перешли в низкий риск ROST.

Выводы: Разработанный опросник ROST показал свою клиническую эффективность в практике амбулаторного уролога и в экстренной урологии. Основной задачей применения опросника ROST следует рассматривать минимизацию риска острой задержки мочи и возможной цистостомии у больных ДГПЖ, а также своевременное направление пациентов на одноэтапное оперативное лечение по поводу ДГПЖ путем улучшения качества амбулаторного наблюдения больных данной нозологической группы. В группе пациентов с возникшей ОЗМ опросник можно использовать для определения показаний к выполнению немедленного хирургического вмешательства по поводу ДГПЖ, а также для оценки перспективы восстановления самостоятельного мочеиспускания на фоне консервативного лечения.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

С.В.Котов¹, Р.А.Перов¹, П.Ю.Низин¹

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Введение: Травма в структуре общей заболеваемости достигает 6,5%, травматическое повреждение почек при этом встречается у 1-5% пострадавших. Последняя является urgentной ситуацией. Врач-уролог должен принимать решения об объеме диагностики, оценки степени повреждения и выбора оптимального метода лечения на основании не только личного опыта, но и в рамках мультидисциплинарного подхода.

Цели: Ретроспективный анализ тактики ведения пациентов с изолированным повреждением почек в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы: Проведен анализ медицинских карт урологического отделения Государственной клинической больницы им. С.С. Юдина за период с 1 января 2018 года по 31 декабря 2022 года. В программе Excel создана база данных, которая отражает основные клинические показатели в едином цифровом формате. Было выявлено 104 пациента с основным клиническим диагнозом: изолированное повреждение почек. Пациенты с политравмой не были включены в настоящее исследование. Была произведена экспертная оценка вышеуказанных данных, а также проведен анализ результатов лечения.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 44,5 года (минимум-20, максимум-90). Согласно классификации Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), пациенты были разделены на пять групп: I степень – 25 (48%) человек, II степень – 7 (13%), III степень – 6 (12%), IV степень – 11 (21%), V степень – 3 (6%). В 16 (31%) случаях было диагностировано комбинированное поражение обеих почек. Состояние пациентов на момент госпитализации расценивалось как крайне тяжелое в 5 (10%) случаях, тяжелое – в 14 (27%), средней тяжести – в 33 (63%). Все пациенты с сочетанным поражением обеих почек были классифицированы по тяжести как повреждения I степени. 13 (25%) пациентов (10 человек с IV степенью повреждения и 3 с V степенью) были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, где они провели в среднем 2,5 койко-дня (минимум-2, максимум-3). Причинами госпитализации в отделение интенсивной терапии были: нестабильность гемодинамики, травматический шок, продолжающееся кровотечение, синдром системной воспалительной реакции. 12 (23%) пациентов с травмой I степени были выписаны с рекомендациями после 24 часов активного наблюдения. 19 (37%) пациентам было проведено консервативное лечение в условиях стационара (13 пациентов с травмой I степени и 6 пациентов со II степенью). 5 (10%) пациентам (1 пациент с травмой II степени и 4 пациента с травмой III степени) была проведена диагностическая селективная ангиография почечной артерии в связи с признаками продолжающегося кровотечения – не было получено данных о травматическом повреждении сегментарной почечной артерии. У 11 (21%) пациентов при ангиографии были выявлены дефекты сегментарных и субсегментарных почечных артерий (у 2 пациентов с повреждением III степени и

у 9 пациентов с повреждением IV степени), 9 пациентам была проведена селективная эмболизация почечных сосудов с положительным эффектом, в 2 случаях была выполнена эмболизация. Неэффективно - проведена ревизия почки и ушивание дефекта. Таким образом, эффективная селективная эмболизация почечных сосудов была выполнена у 9 (17%) пациентов с поражением почек III и IV степени. Осложнений во время манипуляции и в раннем послеоперационном периоде не было. 5 (10%) пациентам (2 с IV степенью повреждения и 3 с V степенью) была выполнена нефрэктомия. Ни один из пациентов с повреждением почек V степени (n=3) не смог избежать нефрэктомии. Всем пациентам с повреждением почек IV степени с применением органосохраняющих методов лечения (n=9) было проведено дренирование почек в связи с наличием стойкого застоя мочи. В 5 случаях была выполнена чрескожная пункционная нефростомия, а в 4 случаях был установлен внутренний мочеточниковый стент. Продолжительность дренирования у всех пациентов составила 3-4 недели. У 2 пациентов с травмой IV степени потребовалось дополнительное дренирование забрюшинной урогематомы. Средний койко-день составил 3,8 (минимум-1, максимум-11). Все случаи госпитализации заканчивались выпиской. Ни одному пациенту не переливали эритроцитарную массу. Средняя СКФ при выписке составила 64,8 мл/мин/1,73 м² (минимум-35,17, максимум-111).

Выводы: Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения широко применяются у пациентов с изолированным поражением почек. Благодаря этой технологии во время диагностики можно избежать как открытых, так и лапароскопических хирургических вмешательств. Это, в свою очередь, диктует необходимость включения данного вида медицинской помощи в стандарты лечения пациентов данной группы. Наличие эндоваскулярной службы в многопрофильном стационаре является необходимым условием для оказания квалифицированной и своевременной помощи пациентам с повреждением почек.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МКБ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

С.В.Котов¹, Р.А.Перов¹, П.Ю.Низин¹

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Введение: Мочекаменная болезнь может осложнять нормальное течение беременности. В связи с этим существует проблема её лечение в течение гестации.

Цели: Оценка результатов активного лечения МКБ у беременных на разных сроках гестации по сравнению с тактикой серийного дренирование верхних мочевыводящих путей (ВМП)

Материалы и методы: Проведен анализ исходов лечения 51 беременной пациентки с МКБ. Критерии включения в выборку - диагностированная МКБ на любом сроке беременности. Оценены клинические результаты описанных методик.

Результаты: Медиана возраст пациенток обеих групп 26,2 лет (min – 17, max – 35). Средний срок гестации 22,1 недели (min – 5, max – 32). Первородящих было 55,5%, повторнородящих 44,5%. Из повторнородящих кесарево сечение в анамнезе имели 6 пациенток-11,3%, не имели-47(80,7%). Средний показатель лейкоцитоза при поступлении составил $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$ (min – $5,04 \cdot 10^9/\text{л}$, max – $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$). Посев мочи на микрофлору выполнен во всех случаях. У 75% пациенток посев стерильный, у 25% – бактериурия более 10^5 КОЕ/мл. Удаление камня контактным методом из нижней трети мочеточника без предстентирования выполнено 38% (13) пациенткам, после предстентирования – 67% (26) пациенткам. Во всех случаях использовался гибкий уретероскоп. В группе оперативного лечения естественное родоразрешение было у 59,3%, кесарево сечение - 28,9%. Новорожденные по шкале APGAR 8 баллов. Осложнения Clavien-Dindo: I ст. осложнений у 4%(2), II – у 8%(4) пациенток. Средний койко-день 4,5 (min – 3, max – 4). В контрольной группе в зависимости от срока гестации смена стента производилась от 2 до 8 раз (каждые 4-6 недель). Родоразрешение естественное было у 40,7%(33), кесарево сечение - 71,1%(27). Новорожденные по шкале APGAR 7-8 баллов. Средний койко- день 7,8 (min – 3, max – 10). Осложнения по Clavien-Dindo: I ст. у 8%(4) пациенток, II – 17%(8) (рефлюкс), IIIa – у 17% (8) (инкрустация стента).

Выводы: Оперативное лечение по поводу камней мочеточника, может применяться в период гестации. Активное лечение позволяет избежать множества стент-ассоциированных осложнений, таких как пузырно- мочеточниковый рефлюкс, петрификация дренажа, болевой синдром.

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА ВО ВЗРОСЛОЙ ПРАКТИКЕ. ЧТО ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ?

И.Э.Мамаев¹, Е.В.Милаков¹

1ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова Департамента Здравоохранения города Москвы» г. Москва, Россия.

Введение: Перекрут яичка (ПЯ) – неотложное состояние потенциально чреватое некрозом яичка. Наиболее часто данное состояние встречается в практике детского уролога, тем не менее следует помнить, что пациенты в возрасте до 25 лет также находятся в группе риска.

Цели: Оценить влияние следующих факторов на исход заболевания при ПЯ. 1. Время от начала заболевания. 2. Состояние кровотока в яичке по данным доплерографии. 3. Угол ротации яичка.

Материалы и методы: В исследование включены 29 пациентов в возрасте от 18 до 54 лет госпитализированные в экстренном порядке в урологическое отделение ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ в период с клинической картиной ПЯ с 2016 по 2022 г. Всем пациентам, помимо сбора анамнеза и физикального осмотра, выполнялось УЗИ органов мошонки с оценкой кровотока при ЦДК, также интраоперационно оценивался угол ротации яичка. Ряду пациентов проведена оценка объема яичка после деторсии в срок от 1 до 5 лет после операции.

Результаты: Давность от начала болевого синдрома до обращения составила от 1 часа до 16 суток. При сроке менее 6 часов от начала заболевания до начала операции у 11 из 13 пациентов (84%) после деторсии яичко признано жизнеспособным. В случаях когда от начала заболевания до операции прошло от 6 до 12 часов - в 5 случаях из 11 (45%) яичко признано жизнеспособным. При длительности более 12 часов только у 1 из 5 пациентов (20%) яичко признано нежизнеспособным. ПЯ на угол менее 360 градусов чаще ассоциировался с сохраненной жизнеспособностью яичка в сравнении с ПЯ на 360 градусов и более - 12 из 14 случаев (79%) и 5 из 15 случаев (56%) соответственно. В 6 случаях на предоперационном этапе по данным УЗИ регистрировался сниженный в сравнении с контрлатеральным яичком кровотока - во всех этих случаях интраоперационно выявлен перекрут до 360 градусов и после деторсии яичко признано жизнеспособным. При полном отсутствии признаков кровотока интраоперационно диагностировался перекрут на угол 360 градусов и более. У 5 пациентов перенесших деторсию, в различные сроки после операции, объем оперированного яичка значимо не отличался от контрлатерального.

Выводы: При подозрении на перекрут яичка единственная приемлемая тактика - хирургическая ревизия в кратчайшие сроки. Полученные данные об оптимальном времени для устранения ПЯ в течение первых 6 часов подтверждают данные литературы. Интересными, на наш взгляд, являются данные о влиянии угла ротации яичка на развитие некроза. Последние могут учитываться в ситуациях, когда пациент оперируется за пределами первых 6 часов, и в ситуации, когда имеется сомнительная жизнеспособность яичка. Наличие кровотока по данным УЗ-доплерографии не исключает наличие перекрута яичка, но может являться предиктором положительного исхода при ревизии мошонки. В целом полученные данные демонстрируют

необходимость более настороженного отношения в отношении данной патологии у врачей первичного и у врачей СМП, особенно при клинической картине «острой мошонки» у молодых пациентов.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК

С.В.Котов¹, Р.А.Перов¹, П.Ю.Низин¹

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Введение: Симптоматический гестационный уретерогидронефроз может быть обусловлен диагностированной мочекаменной болезнью (МКБ). Кроме этого, симптоматический гестационный уретерогидронефроз может возникать на фоне физиологической ретенции верхних мочевыводящих путей (ВМП). Основной подход в лечении данной группы пациенток – рутинное дренирование ВМП. Из-за большого количества необоснованных дренирований снижается качество жизни пациенток. В связи с этим, идет поиск возможных альтернативных подходов в лечении.

Цели: Изучение результатов нового подхода в ведении беременных с симптоматическим гестационным уретерогидронефрозом.

Материалы и методы: Производился ретроспективный анализ результатов лечения 537 беременных с симптоматическим гестационным уретерогидронефрозом. Критериями включения были: клинически значимое нарушение уродинамики ВМП в сочетании или без признаков системной воспалительной реакции. Критерии невключения – диагностированная МКБ, anomalies строения верхних мочевыводящих путей.

Результаты: Средний возраст пациенток был 26,1 лет. Средний срок беременности составил 20,8 недели. Средний уровень лейкоцитоза – $15,3 \cdot 10^9/\text{л}$. Результаты бактериологического исследования мочи: 69% – посев стерильный, 31% – клинически значимая бактериурия. Все пациентки были разделены на две группы: I группа это 201 беременные пациентки с клинической картиной гестационного пиелонефрита на фоне нарушения уродинамики или без нее, II группа это 216 беременных пациенток с изолированной ретенцией чашечно-лоханочной системы. В группе I были выделены следующие подгруппы пациенток: группа гестационного пиелонефрита с нарушением пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям и без него. При выявлении жалоб на болевой синдром в поясничной области, лейкоцитурию, лейкоцитоз, ретенцию ЧЛС по УЗИ более 25 мм у 64,2% выставлялся диагноз гестационный пиелонефрит с нарушением уродинамики по ВМП. В связи с чем, принималось решение об установке внутреннего мочеточникового стента на 4 недели и проведении антибиотикотерапии. После планового удаления внутреннего мочеточникового стента жалобы рецидивировали у 15,5% пациенток. Им выполнена повторная установка внутреннего мочеточникового стента, но уже на весь срок гестации. Осложнения после дренирования ВМП по Clavien-Dindo: I степень – 5%, II степень – 17%, IIIa степень – 18%. В группе II всем больным проводилась позиционная терапия в течении 72 ч. Показания к дренированию в виде сохранения болевого синдрома и ретенции ЧЛС более 25 мм выявлены у 80%. В связи с чем, выполнена установка ВМС. После удаления дренажа через 4 недели, повторное дренирование потребовалось 6,25%. Осложнения после дренирования по Clavien-Dindo: 1 группа, I степень – 12%. 2 группа, I степень – 12,5%, IIIa степень – 21,25%.

Выводы: У подавляющего большинства беременных с клиникой симптоматического гестационного уретерогидронефроза, целесообразно прибегать к краткосрочному дренированию верхних мочевыводящих путей. Риск рецидива симптоматического гестационного уретерогидронефроза при этом не превышает суммарно 15,5%. Это меньше риска формирования осложнений на фоне длительного стояния и частой смены внутреннего мочеточникового стента.

НЕОТЛОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИИ

К.И.Глинин¹, И.Э.Мамаев¹, С.В.Котов¹

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Введение: Нарушение уродинамики верхних мочевых путей (ВМП) является существенной проблемой у пациентов, имеющих местно-распространенный и метастатический онкологический процесс, в том числе перенесших лучевую терапию на область малого таза. Наиболее часто для дренирования применяется чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС). Использование одиночного полимерного стента сопряжено с высокой частотой утраты его функции. В качестве альтернативных методик рассматривается тандемное стентирование и установка металлических стентов. Разрозненность прогностических факторов в оценке потенциальной неэффективности того или иного вида дренирования диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цели: Определить эффективный метод дренирования ВМП при обструкции онкологической природы, применяемый по неотложным показаниям.

Материалы и методы: В исследование вошло 16 пациентов, поступивших в экстренном порядке с клинической картиной обструктивного пиелонефрита. Из них 7 пациентов перенесли ранее лучевую терапию. Пациенты разделены на 3 группы случайным образом: I – с нефростомическим дренажом (n=8), II – с одиночным стентом (n=5), III – перенесшие тандемное стентирование (n=3). Спектр злокачественных заболеваний составляли рак толстой кишки (n=5), яичника (n=4), простаты (n=3), шейки матки (n=3), желудка (n=1). Уровень обструкции наиболее часто локализовался в дистальном отделе мочеточника (81%). Для внутреннего дренирования использовались полиуретановые стенты 7СН. Для ЧПНС применялись дренажи баллонного типа 12СН и 14СН. Для оценки параметров анатомического и функционального состояния почек применялись УЗИ, ДНСГ и уровень креатинина крови. Дислокация дренажа, невозможность установки дренажа, прогрессирование гидронефроза, нарастание уровня креатинина крови на 50%, а также отрицательная динамика по данным ДНСГ расценивались как показатели неэффективного дренирования. Характеристика качества жизни основывалась на данных заполненных анкет USSQ (пациенты со стентами), EQ-5D и SF-36.

Результаты: Эффективность дренирования течение 3 месяцев в группе пациентов, перенесших ЧПНС составила 99%, в группе пациентов, перенесших установку одиночного стента – 40%, в группе тандемного стентирования – 70%. В группе пациентов с нефростомическим дренажом технический успех достигнут во всех случаях. У одного пациента отмечена дислокация дренажа в раннем послеоперационном периоде. В группе пациентов с одиночным стентом не представилась возможным установка дренажа в одном случае ввиду непреодолимого препятствия в нижней трети мочеточника, в другом в связи с неидентифицированным устьем мочеточника в ходе цистоскопии. В течение первых 5 суток к чрескожному дренированию в группе II пришлось прибегнуть в трех случаях, в группе III – в одном случае. Статистически значимой разницы в

качестве жизни среди пациентов с наружным и внутренним дренажом не выявлено. Степень дизурии в обеих группах пациентов со стентами значимо не отличается.

Выводы: Согласно предварительным данным, полученным в результате исследования чрескожное дренирование у пациентов с обструктивным пиелонефритом на фоне с онкологической обструкции ВМП является наиболее эффективным методом неотложного дренирования. Неблагоприятными факторами, наиболее часто приводящими к несостоятельности функции одиночного стента являются наличие отдаленных метастазов и протяженный стеноз мочеточника (>3см) вследствие лучевой терапии. Среди предикторов ранней утраты функции как тандемных так и одиночных стентов можно выделить выраженную исходную азотемию, протяженный стеноз мочеточника, гидронефроз 3 степени.

**ФАКТОРЫ РИСКА РЕИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ
ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПО ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

И.Э.Мамаев¹, Э.М.Алекберов, Г.Ш.Сайпулаев, С.В.Котов¹

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Введение: Реинфекция после дренирования обструктивного пиелонефрита усугубляет послеоперационное течение заболевания и отодвигает срок возможного хирургического вмешательства, направленного на устранение причины обструкции.

Цели: Определить долю пациентов, демонстрирующих развитие клинически значимой реинфекции после дренирования верхних мочевых путей по поводу обструктивного пиелонефрита, исследовать связь сроков дренирования с развитием инфекционно-воспалительных осложнений, а также оценить факторы риска развития реинфекции.

Материалы и методы: Проведён анализ данных 1022 пациентов, находившихся на стационарном лечении в период с января 2019 года по декабрь 2021 года, которым проведено дренирование верхних мочевых путей по поводу обструктивного пиелонефрита. Раздельно оценены данные у пациентов после нефростомии и стентирования. Проведён ретроспективный анализ времени и частоты развития реинфекции, а также влияние сахарного диабета на повторное развитие пиелонефрита.

Результаты: Клиническая картина реинфекции за время дренирования развилась у 16 (4,8%) пациентов с нефростомой и 45 (6,5%) пациентов со стентом. В группе нефростомии реинфекция отмечена в течение первых 2-х недель с момента дренирования у четырёх (25%) пациентов, на 3 – 4 неделе – у 11 (69%). В группе стентирования количество больных, имевших инфекционное осложнение в первые две недели составляло 15 (33%), а в последующие две недели достигало 22 (49%). Доля пациентов с сахарным диабетом оказалась выше среди тех, у кого пиелонефрит развился повторно.

Выводы: Доля пациентов, госпитализированных с клиникой реинфекции после дренирования верхних мочевых путей, составила 6%. Отмечена тенденция к нарастанию числа госпитализаций с рецидивом пиелонефрита на фоне дренажа при сроке дренирования, превышающем 2 недели. Продемонстрирована статистически значимая разница в риске развития реинфекции между 1 – 2 и 3 – 4 неделями дренирования ($p < 0,05$).

**ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И МОШОНКИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

А.С.Аль-Шукри¹, С.В.Стома², Н.И.Дуб³, А.В.Максимова¹

¹ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

²ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь», г. Минск, Беларусь.

³ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия.

Введение: Гангрена Фурнье является крайне редким заболеванием и представляет собой специфическую форму некротизирующего фасциита. Даже крупные урологические клиники в своем арсенале имеют небольшое число наблюдений данной патологии, варьирующееся от 2 до 20 случаев. Процент летальности при данном заболевании достигает до 75%, а отсутствие оперативного вмешательства неминуемо приведет к гибели. Гангрена Фурнье сопровождается длительным восстановительным периодом, требующим многократных оперативных вмешательств для устранения дефектов мягких тканей и нормализации функции половых органов.

Цели: Обратить внимание на сложность постановки диагноза до появления классических признаков заболевания. Показать необходимость срочного и радикального хирургического вмешательства. Отметить важность последующего реконструктивного лечения для пациентов с Гангреной Фурнье.

Материалы и методы: В больницу по месту жительства на прием к урологу обратился мужчина 25 лет с болями в области полового члена и мошонки. Из анамнеза известно, что заболевание началось с появления на кожной складке между мошонкой и половым членом гнойничкового высыпания, которое пациент самостоятельно удалил. На 3-е сутки отметил появление боли в половом члене, отек и гиперемию кожи полового члена, субфебрильную температуру тела. Была выполнена хирургическая обработка гнойного очага и назначена антибактериальная терапия. На следующие сутки у пациента развился парафимоз, причиной которого являлось нарастание отека полового члена. В связи с чем проведена повторная хирургическая обработка с рассечением парафимоза и расширением раны двумя продольными разрезами по дорсальной и вентральной поверхности полового члена. Несмотря на лечение, общее состояние пациента прогрессивно ухудшалось, появился некроз кожи полового члена, наблюдалось увеличение отека и гиперемии мягких тканей мошонки и передней брюшной стенки. Пациент в срочном порядке переведен в отделение урологии №1 ПСПБГМУ им. И.П. Павлова для дальнейшего обследования и определения тактики хирургического лечения. При поступлении: жалобы на выраженную слабость, лихорадку, одышку, боль в половом члене, мошонке и промежности. Объективно: кожа полового члена черного цвета, рассечена параллельными разрезами, отек мягких тканей распространяющийся на мошонку и переднюю брюшную стенку. Отмечается гипертермия, тахикардия, по шкале quick SOFA - 2 балла, в связи с

чем пациент был помещен в отделении анестезиологии и реаниматологии, где состояние ухудшилось и достигло 4 баллов по шкале quick SOFA. По результатам анамнеза, объективных данных был выставлен диагноз – Гангрена Фурнье. Сепсис.

Результаты: После кратковременной предоперационной подготовки пациент доставлен в операционную, где была выполнена неотложная операция - хирургическая обработка гнойного очага, включающая широкое рассечение кожи и иссечение всех нежизнеспособных тканей полового члена, области мошонки и передней брюшной стенки. В результате операции - половой член скальпирован (за исключением 1 см внутреннего листка крайней плоти), сохранено около половины кожи мошонки, яички и элементы семенного канатика иммобилизованы и перемещены в подкожную жировую клетчатку внутренней поверхности бедер. Последующее лечение заключалось в повторных (программированных) некрэктомиях на 1,2 и 3 сутки после операции, многокомпонентной интенсивной терапии, антибактериальной терапии и гипербарической оксигенации тканей в количестве 7 сеансов. На 11-е сутки после поступления общее состояние пациента стабилизировалось, раны отчистились, появились очаги грануляций. Выполнено наложение вторичных швов на раны, яички возвращены в мошонку, мошонка над яичками и корнем полового члена ушита, половой член по венечной борозде фиксирован к ране в правой паховой области. На 20-е сутки пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Через 4 месяца пациент поступил в отделение для выполнения реконструктивного этапа лечения. При поступлении длина полового члена – 2,5 см, в эрегированном состоянии – 4,5. В правой паховой области, у основания полового члена – гипертрофический рубец. Под спинномозговой анестезией иссечен послеоперационный рубец, из окружающих тканей мобилизованы кавернозные тела, выполнено удлинение висячей части полового члена перемещением кожи мошонки и лобковой области. В результате операции длина полового члена увеличилась более чем в 2,5 раза и составила 9 см, что достаточно для выполнения сексуально-репродуктивной функции.

Выводы: Гангрена Фурнье является потенциально опасным заболеванием, основным компонентом которого является некроз поверхностной фасции, сопровождающийся эндотоксемией с возможным исходом в сепсис. Основным методом лечения данной патологии остается хирургический, при этом своевременная диагностика и немедленное оказание медицинской помощи ассоциированы с благоприятным исходом заболевания.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРЕННАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.В.Перлин^{1,2}, В.П.Зипунников^{1,2}, И.В.Александров^{1,2}, П.А.Куликов¹, А.В.Терентьев¹

¹ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волгоград, Россия.

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград, Россия.

Введение: Хирургическое лечение объёмных образований мочевого пузыря остается достаточно актуальной темой. Это связано с рядом причин, высокой заболеваемостью, трудностью в определении тактики лечения, длительным послеоперационным наблюдением. С целью верификации онкологического процесса первым этапом проводят трансуретральную биопсию мочевого пузыря. Которая может осложниться прогрессирующим кровотечением, которое невозможно остановить трансуретральным эндоскопическим доступом. Методом выбора в такой ситуации может явиться экстренная лапароскопическая резекция мочевого пузыря.

Цели: Оценить возможность выполнения лапароскопической резекции мочевого пузыря

Материалы и методы: Мужчина, 45 лет поступил в нашу клинику в экстренном порядке с кровотечением после трансуретральной резекции не верифицированного новообразования мочевого пузыря, выполненного в другом медицинском учреждении. Из анамнеза отмечалась стойкая артериальная гипертензия. Были выполнены попытки трансуретральной резекции с коагуляцией, но эффект был непродолжительным. Пациенту была выполнена экстренная лапароскопическая резекция мочевого пузыря.

Результаты: Операция была выполнена полностью лапароскопическим доступом, в ходе операции был выделен мочевой пузырь, локализовано образование, резецировано и выполнен гемостаз. Операция длилась 56 минуты, Кровопотеря составила 340 мл. По данным гистологического исследования - феохромоцитома мочевого пузыря. В послеоперационном периоде наблюдения была выполнена цистоскопия трансуретральная биопсия зоны резекции, по данным гистологического исследования без признаков клеточной атипии, также пациент отметил нормализацию артериального давления.

Выводы: Лапароскопическая резекция мочевого пузыря, может быть эффективным способом в ликвидации острого внутрипузырного кровотечения при новообразованиях мочевого пузыря, не купируемого другими эндоскопическими средствами.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДА ОЦЕНКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.

В.Л.Медведев^{1,2}, Г.Д.Дмитренко^{1,2}, Г.А.Палагута², А.А.Витаев²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Кафедра урологии, г. Краснодар, Россия.

²ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Уронефрологический центр, г. Краснодар, Россия.

Введение: Широкое распространение и обильное внедрение эндоскопических методов удаления камней мочеточников влечёт за собой необходимость их усовершенствования и оптимизации. За последние десятилетия появилась тенденция к значительному уменьшению диаметра уретероскопов, развитию гибких инструментов, нитиноловых проводников, атравматичных корзинок, а также получили развитие лазерные и ультразвуковые источники дробления камней. Несмотря на это, уретероскопия сопряжена со специфичными интраоперационными осложнениями. Наиболее важным из них является травма стенки мочеточника, в тяжёлых случаях приводящая к инвалидизации пациента.

Цели: Оценка преимуществ и недостатков существующих прогностических шкал повреждения мочеточника и выбор инструментов для их предотвращения.

Материалы и методы: Анализ материалов исследований по теме повреждений мочеточника, опубликованных в базах данных PubMed, научной электронной библиотеки России (eLibrary), Scopus, Medline, EMBASE, вебсайтах профессиональных ассоциаций.

Результаты: В 75% случаев повреждения мочеточников носят ятрогенный характер. Шкала оценки постуретероскопических повреждений (PULS) была предложена в 2012 г. группой авторов во главе с М. Schoenthaler, где 0 означает отсутствие повреждения, а 5 – полный отрыв мочеточника. Градация предполагала обоснование интроперационной установки мочеточникового стента и длительность его ношения. С течением времени шкала PULS нашла свое применение и в оценке осложнений после ретроградной интратеренальной хирургии. К недостаткам шкалы PULS можно отнести изолированную оценку рентгенологической картины затека контрастного препарата, а послеоперационные осложнения не учитывались. Адаптированная А. Tereler и соавт. классификационная система Satava, характеризует осложнения по видам методов коррекции, где 1 степень расценивались как отсутствие последствий, 2 – поддающиеся коррекции при помощи эндоскопических вмешательств, 3 – осложнения требующие проведения открытых или лапароскопических вмешательств. Явным недостатком данной классификации можно считать низкую специфичность и чувствительность, например, к осложнениям II-степени можно отнести как невозможность достичь камня, так и перфорацию мочеточника. В связи с широким внедрением гибких инструментов и использованием мочеточниковых кожухов О. Трахер и А.Thomas предложили разделить визуализируемые повреждения после РИРХ по степени тяжести на низкую и высокую. Классификация основывается на анатомическом строении стенки мочеточника и повреждении

конкретных структур, где 0 – отсутствие повреждения или петехии, затрагивающие слизистую оболочку, а 4 степень соответствует авульсии мочеточника. На основании особенностей морфологического строения стенки авторам удалось выделить группы высокого риска травматизации и обосновать необходимость предстентирования.

Выводы: Эволюция эндоуретеральной хирургии закономерно привела к углублению изучения осложнений и усовершенствованию классификаций повреждения мочеточника, необходимых для развития методов коррекции этих повреждений. Система оценки PULS в настоящее время в большей степени отражает связь между повреждением и путями минимизации его последствий. Появление новых шкал лишь подчеркивает важность и необходимость проведения дополнительных проспективных и мультицентровых исследований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПРОСТАТЫ

В.Л.Медведев^{1,2}, Г.Д.Дмитренко^{1,2}, Г.А.Палагута¹, А.А.Витаев¹

*¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Кафедра урологии,
г. Краснодар, Россия.*

*²ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»
Уронефрологический центр, г. Краснодар, Россия.*

Введение: Данная патология представляет собой проблему для клиницистов из-за сложности диагностики и неспецифичной клинической картины.

Цели: Сформировать подход к выбору метода лечения абсцессов простаты.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализированы истории болезни 32 пациентов с диагнозом абсцесс простаты, диагностированным по данным ТРУЗИ и КТ.

Результаты: Средний возраст пациентов составлял 61,3 (33-81), объем простаты 56,3 см³ (21-223), размер полости по наибольшему измерению 3,75 см (1 см до 7,5 см). Наиболее частыми симптомами были лихорадка (91,6%), дискомфорт в промежности (66,6%), дизурия (75%) и странгурия (69%). Абсцессы разделены по локализации на расположенные в одной доле до 2 см (37,5%), занимающие половину доли (28%), всю долю (29%), обе доли (6%) и разлитые тазовые флегмоны (6%). Локализованные абсцессы разделены на парауретральные и периферические. У всех больных с абсцессами более 2 см длительность заболевания превышала 1 мес. Пациенты получали парентеральные эмпирическую антибактериальную терапию с последующей коррекцией согласно результатам бактериологического исследования мочи или пунктата абсцесса. При остаточном объеме мочи более 100 мл выполнялась цистостомия. Консервативно пролечено 7 пациентов с абсцессами до 2 см. Трансуретральное (ТУ) вскрытие абсцесса предстательной железы выполнено 2 пациентам с парауретральным расположением образований, 16 выполнено трансректальное (ТР) дренирование абсцессов (10 с вскрытием абсцесса в просвет прямой кишки и 6 с пункционным дренированием абсцесса). Трём пациентам (14,2%) потребовалась повторная пункция в течение 10 дней в связи с неадекватным дренированием. Пяти пациентам выполнялось трансперинеальное (ТП) дренирование. Тазовые флегмоны лечили открыто с широким вскрытием промежности и дренированием межмышечных пространств. Средний койко-день составил 10,5 (6-15). Один больной с острым деструктивным простатитом, осложнённым развитием острого восходящего деструктивного пиелонефрита и уросепсиса скончался на фоне проводимой терапии в связи с поздним обращением за медицинской помощью.

Выводы: Длительность течения заболевания пропорциональна рискам инфекционных осложнений и степени деструкции паренхимы предстательной железы. ТУ вскрытие абсцесса является методом лечения парауретральных абсцессов больших размеров с более качественным дренированием. ТР и ТП дренирование имеет схожие результаты при соответствующей

локализации очага деструкции. Широкое трансперинеальное дренирование показано при распространении абсцесса за пределы капсулы простаты и формировании тазовой флегмоны.

**КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

М.Э.Ситдыкова¹, И.Р.Нуриев¹, Р.М.Шайдуллин¹, А.Ю.Зубков¹

¹ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань, Россия.

Введение: Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) является одним из самых серьезных осложнений такого распространенного заболевания у мужчин, как аденома предстательной железы (АПЖ) и связанных с ним симптомов нижних мочевых путей (СНМП). Также ОЗМ является одной из частых причин экстренной госпитализации пациента с АПЖ в урологический стационар. Согласно современным данным литературы 10% мужчин старше 70 и около трети мужчин старше 80 лет имеют риск столкнуться с этой проблемой.

Цели: Определить критерии эффективности консервативной тактики лечения ОЗМ при аденоме предстательной железы.

Материалы и методы: Были проанализированы результаты лечения 47 пациентов, госпитализированных в урологическое отделение ГАУЗ Клиника медицинского университета с диагнозом «Аденома предстательной железы. ОЗМ» с 2015 по 2022 гг. Средний возраст составил 67,4 года (50 – 82 года). Средний объем простаты составил 77,2±3,3 мл. У 41 пациента выявлена «средняя доля». Объем мочевого пузыря – от 600 до 1800 мл. Медикаментозную терапию (МТ) по поводу СНМП/АПЖ ранее получали 36 пациентов, 11 пациентов были без МТ. Всем пациентам устанавливался уретральный катетер на срок до 7 дней. Назначались суппозитории с нестероидными противовоспалительными средствами, альфа-адреноблокатор (тамсулозин или силодозин), антибиотик. Через 7 дней инициировалось самостоятельное мочеиспускание. Была проанализирована роль следующих параметров: возраст пациента, предшествующий прием альфа-адреноблокаторов, выраженность СНМП до эпизода ОЗМ по данным I-PSS, степень внутрипузырной протрузии и наличие «средней доли», толщина стенки мочевого пузыря, объем эвакуированной мочи.

Результаты: После удаления уретрального катетера самостоятельное мочеиспускание восстановилось у 26 пациентов. В 21 случае самостоятельное мочеиспускание не восстановилось: 14 пациентам была наложена троакарная эпицистостома, а в 7 случаях выполнено оперативное лечение АПЖ (аденомэктомия). Анализ результатов показал, что у исследуемых пациентов по данным I-PSS до ОЗМ преобладали обструктивные СНМП. Группа пациентов с эффективной консервативной тактикой (n=26) имела следующие характеристики: средний возраст 63,4±2,3 года, уровень IPSS до эпизода ОЗМ 6,3±1,3 балла, ранее не принимали альфа-адреноблокаторы, внутрипузырная протрузия - 5 мм, отсутствие «средней доли», средний объем эвакуированной мочи составил 856,5±47,2 мл. В группе пациентов (n=21), где самостоятельное мочеиспускание не восстановилось средний возраст был 74,1±2,4 года, уровень IPSS 18,4±2,2 балла, пациенты получали альфа-адреноблокатор (5,1±1,2 лет), внутрипузырная протрузия составила 14 мм и

более или имелась «средняя доля», средний объем эвакуированной мочи составил $1150,4 \pm 97,2$ мл.

Выводы: Таким образом, консервативная тактика ОЗМ имеет высокий шанс на успех у пациентов с АПЖ в возрасте менее 65 лет, с умеренными СНМП до эпизода ОЗМ, отсутствием «средней доли» и/или внутрипузырной протрузии менее 1 см, а также объема эвакуированной мочи менее 1 л.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ МОШОНКИ

Д.В.Сизякин¹, С.И.Костюков¹, О.И.Пипченко¹, Р.Г.Фомкин¹

¹ГБУ РО ЦГБ им Н.А. Семашко, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Введение. Травматические повреждения наружных половых органов у пациентов мужского пола представляют собой довольно редкую патологию, и встречается около 1% от всех случаев травм. Тем не менее травма мошонки может привести к различным неблагоприятным последствиям, посттравматической атрофии, гипогонадизму, хроническому болевому синдрому, снижению фертильности, а также может иметь серьезные психологические и социальные проблемы для пациента.

Цели: Провести сравнительный анализ отдаленных изменений в яичках после консервативного и оперативного лечения тупой травмы мошонки.

Материалы и методы: С 2009 по 2022 годы, под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с травмой яичек в возрасте от 15 до 52 лет. Больные были госпитализированы в период от 3 часов до 24 часов от момента получения травмы. Диагноз устанавливался на основании данных клинического обследования, УЗИ органов мошонки и данных МРТ. Степень повреждения оценивалась по наличию гематоцеле и разрыву белочной оболочки яичка. Оценка результатов лечения проводилась через 3 месяца после получения травмы. Атрофия оценивалась по данным УЗИ сопоставлением данных объема контралатерального яичка. В зависимости от проведенного метода лечения больные были распределены на 2 клинические группы. Первую группу составили 29 пациентов (76,3%), которым выполнена скрототомия и ушивание белочной оболочки яичка. Вторую группу составили 9(23,7%) пациентов которые отказались от оперативного лечения. Всем этим больным проведена консервативная терапия.

Результаты: У 9 пациентов I группы, которым выполнялась частичная резекция через 3 месяца после операции отмечено уменьшение объема яичка от 10-15% в сравнении с контрлатеральным яичком. Кровоток как в капсулярных, так и в центрипетальных артериях сохранен у всех больных. Болевой синдром отсутствовал. При оценке фертильности у 2(6,9%) пациентов имела место астено-тератозооспермия не связанная с АСАТ. У остальных пациентов патологических изменений в эякуляте не выявлено. При обследовании пациентов II группы через 3 месяца у 5 (62,5) больных отмечена атрофия яичка на стороне поражения и были обнаружены АСАТ в большой концентрации, У остальных 4(37,5%) пациентов клинически значимой атрофии яичка не выявлено, уровень АСАТ был достаточно низким. При оценке фертильности у всех пациентов тяжелая олигоастенотератозооспермия

Выводы: Ранняя обращаемость больных с закрытой травмой мошонки позволяет уменьшить частоту атрофии яичек и органуносящих операций. Раннее оперативное вмешательство при повреждениях яичек позволяет сохранить фертильность больных в 100% случаев.