

**МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ  
АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ,  
м. Київ  
13–15 червня 2019 р.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧИЯ  
СТАНДАРТНОЙ И МИНИ ПЕРКУТАННОЙ  
НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОЛИТИАЗА**

*А.И. Сагалевиц, Р.В. Сергейчук, В.В. Ожогин, А.В. Храпчук,  
М.В. Куценко, А.С. Возианов, Ю.В. Гонцов*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика  
Киевская областная клиническая больница*

**Введение.** Ставшая стандартом перкутанная нефролитотрипсия отвечает всем предъявляемым к ней требованиям и основательно вытеснила «открытые» оперативные вмешательства при нефролитиазе. В настоящее время широко обсуждается вопрос о сравнимой эффективности удаления камней почек с применением инструмента меньшего диаметра в сравнении со стандартной перкутанной нефролитотрипсией, что связано с желанием хирургов снизить число и степень интра- и послеоперационных осложнений на фоне повышения эффективности лечения нефролитиаза.

**Цель исследования:** объективная оценка клинической эффективности, безопасности и морбидности применения мини перкутанной нефролитотомии (мПНЛ) в сравнении со стандартной перкутанной нефролитотомией (ПНЛ).

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ результатов 500 случаев стандартной ПНЛ (сПНЛ) на базе кафедры урологии Донецкого медицинского университета им. М. Горького (Донецкая ОКБ – ДОКТМО) за период 2011–2014 гг. (I группа) и проспективный анализ 500 мини ПНЛ (мПНЛ), выполненных на базе кафедры урологии НМАПО им. П.Л. Шупика (Киевская ОКБ) за период 2016–2019 гг. (II группа). Исследовались пациенты с солитарным, коралловидным и множественным нефролитиазом. Размеры конкрементов почки варьировали от 1,0 до 5,5 см. Количество перкутанных доступов, во время проведения ПНЛ, в обеих группах составило от 1 до 4. Для объективной оценки использовались результаты выполнения операций одним хирургом. Обе группы больных сравнивались по та-

ким характеристикам как частота избавления от камней (% stone free, SFR); интра- и послеоперационные осложнения длительность пребывания в стационаре.

**Результаты.** Применение стандартной ПНЛ и мПНЛ у больных с солитарными камнями и коралловидными камнями почек явились обоюдно высокоэффективным методом лечения. Однако использование мПНЛ показала более высокий процент SFR в сравнении со сПНЛ ( $99,2 \pm 0,7\%$  и  $93,3 \pm 1,3\%$ , соответственно ( $p < 0,05$ )). При этом на результативность лечения влияет процент повторных операций (перкутанных нефролитотрипсий) у пациентов с резидуальными фрагментами (более 5 мм), где в I группе он составил  $7,5 \pm 1,4\%$ , а во II группе –  $0,8 \pm 0,2\%$ . Особое внимание уделяли «грозным» осложнениям: интраоперационное кровотечение (снижение гемоглобина более 30 Г/л) и послеоперационная «атака» пиелонефрита (гипертермия  $\geq 38^\circ\text{C}$  более 2 суток), где эти данные в первой и второй группах составили:  $14,4 \pm 1,7\%$  и  $8,5 \pm 1,2\%$ , соответственно. При этом в I группе интраоперационное кровотечение отмечено у  $4,5 \pm 1,1\%$  пациентов, а послеоперационное обострение пиелонефрита у  $11,2 \pm 1,5\%$ . Эти данные оказались статистически меньше ( $p < 0,05$ ) среди пациентов II группы:  $1,2 \pm 0,3\%$  и  $7,2 \pm 1,7\%$  и соответственно. При анализе результатов исследования отмечено и различие между I и II группой в средних послеоперационных сроках пребывания в стационаре, где данный показатель составил  $7,2 \pm 2,4$  и  $2,2 \pm 1,2$  дня, соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** мПНЛ является безопасной и эффективной процедурой при лечении пациен-

тов с нефролитиазом. Несмотря на то, что меньший по диаметру доступ связан с более длительной продолжительностью операции и требует применения лазерных методик, мПНЛ имеет значимо меньшие послеоперационные сроки пребывания в стационаре, меньшую частоту ин-

тра- и послеоперационных осложнений и обладает большей эффективностью лечения в сравнении со стандартной ПНЛ. Учитывая вышесказанное, мини ПНЛ необходимо рекомендовать как метод выбора в лечении не только солитарных, но и коралловидных камней почек.

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*И.В. Радьков, П.И. Ковалевская, А.И. Презов*

*УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Беларусь*

**Введение.** Рост хронических инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, характеризующихся вялым, рецидивирующим течением, устойчивым к этиотропной терапии, представляет серьезную медицинскую проблему. Наиболее частым их проявлением является цистит, особенно у женщин в период менопаузы. Урогенитальные расстройства, или урогенитальная атрофия, в менопаузе — это комплекс вагинальных и мочевого симптомов, развитие которых является осложнением атрофических и дистрофических процессов в эстроген-зависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: влагалище, мочевом пузыре, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Урогенитальные расстройства встречаются у 30% женщин в возрасте 55 лет и у 75% женщин, достигших возраста 70 лет. В основе развития урогенитальных расстройств в климактерическом периоде лежит дефицит половых гормонов, прежде всего эстрогенов. Уротелий, так же как и вагинальный эпителий, подвергается изменениям, связанным с возрастом и эстрогенным дефицитом. В результате слизистая оболочка влагалища истончается, пролиферативные процессы во влагалищном эпителии прекращаются, влагалищный pH повышается, продуцирование лактобацилл снижается. Лечение данной группы пациенток является сложной задачей и связано с устранением атрофических изменений не только в вагинальном эпителии, но и в уротелии. В этой связи нами проведено исследование эффективности комплексного лечения с местной заместительной гормональной терапией ЗГТ (Эстринорм 0,5 мг в свечах) 1-я группа и 2-я группа, контрольная, пациентки, получающие традиционную терапию.

**Цель работы.** Целью проведения данного исследования послужила оценка эффективности локальной ГЗТ и сложившаяся не однозначная ситуация во врачебной практике о локальном использовании ГЗТ у данной группы пациентов и о ГЗТ в целом.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включались пациентки в постменопаузе различной длительности с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. В исследование не включались женщины, имеющие: заболевания верхних мочевых путей (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, опухоли почек); опухоли мочевого пузыря; внутрипузырную обструкцию, вызванную органическими причинами; заболевания, приводящие к нарушению иннервации мочевого пузыря (сахарный диабет; энцефалопатии различной этиологии; заболевания позвоночного столба и спинного мозга; болезнь Альцгеймера; болезнь Паркинсона; нарушения мозгового кровообращения). До лечения и в конце третьего месяца терапии всем пациенткам, включенным в исследование, проводились: клинические анализы: общий анализ крови и общий анализ мочи; комплексное микробиологическое исследование мочи; определение интенсивности симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии (при наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря) по 5-балльной шкале D. Barlow; комплексное уродинамическое исследование, цистоскопия, осмотр гинеколога. В исследование были включены 30 пациенток в постменопаузе с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. Возраст пациенток составил от 52 до 76 лет (средний возраст  $62,8 \pm 5,7$  лет), длительность постмено-