

та, изменение конструкции дистального завитка стента, использование стентов со специальным покрытием, изготовление стентов из материалов с различной жесткостью. Изучалась также эффективность медикаментозной терапии: использование альфа-1-адреноблокаторов, холиноблокаторов и их комбинаций, НПВС и мирабегрона. К сожалению, ни один из вышеуказанных методов не позволил полностью избавиться от SRS. Тем не менее материалы, из которых изготовлены стенты, могут влиять на выраженность SRS. В исследовании, проведенном G.M. Lennon et al., отмечалось клинически значимое усиление болевого синдрома у пациентов со стентами из более жестких материалов.

Цель исследования — сравнить качество жизни пациентов с современными силиконовыми и полиуретановыми стентами.

Материалы и методы. В исследование были проспективно включены 50 пациентов. Анализируемый период — с июня по октябрь 2018 г. Стентирование проводилось в двух центрах, пациенты были стратифицированы на две группы: группа А (20 пациентов) получила полиуретановые стенты (Rüsch, Teleflex); группа Б (30 пациентов) получила силиконовые стенты (Cook Medical). Всем пациентам под рентгеновским контролем с помощью цистоскопа устанавливали мочеточниковые стенты 6 Fr длиной 26 см. Критериями включения были установленный диагноз «почечная колика» и возраст от 18 до 60 лет. Критерием исключения было наличие активной инфекции мочевыводящих путей. Продолжительность пребывания стента в мочеточнике варьировала от 2 до 4 недель. Осмотры проводили через 1 час после стентирования, через 2 недели и перед уретероскопией или удалением стента. Для последующей

оценки использовали опросники ВАШБ (визуально-аналоговая шкала боли), OAB Awareness Tool и EQ-5D-5L (оценка качества жизни). В первую очередь оценивали интенсивность болевого синдрома, выраженность ирритативной симптоматики и качество жизни. Проводили также оценку успешности установки стента и его инкрустацию.

Результаты. Таким образом, 50 пациентам была произведена установка стента, и они были стратифицированы следующим образом: 20 человек получили полиуретановые стенты и 30 человек силиконовые стенты в двух разных клинических центрах. Несмотря на нерандомизированный характер исследования, обе группы оказались равными, за исключением размера камня, но этот фактор для цели исследования не был расценен как релевантный. Сравнение опросников ВАШБ, OAB и EQ-5D-5L через 1 час после стентирования, в середине периода пребывания стента и перед уретероскопией или удалением стента показало значительные различия между средними значениями ВАШБ через 2 недели и перед удалением стента в пользу группы Б (силиконовые стенты мочеточника) ($p_{val} = 0,023$ и $p_{val} = 0,014$ соответственно) и QoL по опроснику EQ-5D-5L через 1 час и 2 недели после стентирования ($p_{val} = 0,0018$ и $p_{val} = 0,016$ соответственно).

Заключение. Силиконовые стенты обеспечивают меньшую выраженность болевого синдрома спустя 2 недели после установки и на более поздних сроках (по данным опросника ВАШБ). При оценке качества жизни силиконовые стенты также демонстрируют преимущество по сравнению с полиуретановыми (по данным опросника EQ-5D-5L через 1 час и 2 недели после установки). Однако необходимо отметить более высокую стоимость силиконовых стентов.

ВЫПОЛНЕНИЕ SECOND-LOOK ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ БЕЗ АНЕСТЕЗИИ

© Н.К. Гаджиев, Д.С. Горелов, А.О. Иванов, Т.Д. Пройда, С.Б. Петров

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

Актуальность. Современные малоинвазивные методики лечения нефролитиаза позволяют повысить эффективность лечения при значительном снижении травматичности хирургических вмешательств и частоты осложнений. В настоящее время «золотым стандартом» лечения крупных (более 2 см) камней почек является перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ). Одним из

ключевых критериев оценки эффективности является SFR (Stone Free Rate — частота полного освобождения почки от камней). Резидуальные камни — это камни, остающиеся в ЧЛС после оперативного лечения. Проблема диагностики и лечения резидуальных камней почек после ПНЛ является очень актуальной, ведь SFR после ПНЛ составляет, по литературным данным,

от 55 до 90 %. Одним из методов лечения резидуальных камней является Second-Look ПНЛ — повторная нефроскопия с использованием уже имеющегося нефростомического хода.

Цель исследования — оценить возможность выполнения Second-Look нефроскопии без анестезии с использованием полуригидного уретероскопа.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 (24 мужчины и 34 женщины) пациентов в возрасте от 35 до 76 лет с резидуальными камнями после ПНЛ. Всем пациентам выполнялась низкодозная МСКТ почек и мочевыводящих путей в первые сутки после операции. Размеры резидуальных фрагментов — от 6 до 15 мм. Second-look нефроскопию проводили на 2–7-е сутки после операции. Используемый инструментарий: полуригидные уретероскопы 7 и 9,5 Ch (Karl Storz), лазерный литотриптор Dornier Medilas H Solvo (30 Вт), щипцы, корзинки Dormia 2,2 Ch. При невозможности достичь камня полуригидным уретероскопом применяли гибкий уретероскоп Litho-Vue (Boston Scientific) 7,5–9,6 Ch.

Укладка на операционном столе выполнялась в положение «на спине». Пациентам было рекомендовано опорожнить мочевой пузырь перед процедурой. Во время нефроскопии регистрировали уровень болевого синдрома с использованием десятибалльной визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШБ). При болевом синдроме более 3 баллов анестезиолог вводил пропофол через периферический катетер.

Результаты. Second-look нефроскопия без анестезии была выполнена 32 (55 %) пациентам — уровень болевого синдрома ≤ 3 . Внутривенная анестезия потребовалась 26 (45 %) пациентам — уровень болевого синдрома > 3 . SFR при использовании полуригидного уретероскопа составил 67 %; при использовании гибкого уретероскопа — 89 %. Продолжительность госпитализации после Second-Look нефроскопии не превышала двух суток.

При проведении многофакторного анализа были выявлены параметры, при которых болевой синдром усиливался: изменение угла атаки ригидного инструмента более 15° , диаметр инструмента, превышающий диаметр нефростомического хода (уретероскоп 9,5 Ch через 8,5 Ch ход), в случае экстракции камня с размерами, превышающими диаметр нефростомического хода.

Выводы. Выполнение Second-Look нефроскопии возможно без использования анестезии при соблюдении ряда условий: диаметр нефростомы более или равен диаметру инструмента; размер камня меньше диаметра нефростомы; отклонение от оси нефростомического хода $\leq 15^\circ$.

Second-Look нефроскопия с использованием полуригидного уретероскопа без анестезии является эффективным методом лечения резидуальных камней после ПНЛ и может проводиться без привлечения анестезиологической бригады. Second-Look нефроскопия не требует длительной послеоперационной госпитализации и представляет собой экономически оправданный метод лечения.

МОБИЛЬНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ПРИЛОЖЕНИЕ «STONE MD. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»

© *Н.К. Гаджиев¹, В.М. Обидняк², А.В. Писарев³, Д.С. Горелов¹,
С.В. Попов², С.Б. Петров¹*

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² СПбГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (Санкт-Петербург);

³ Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург)

Актуальность. Проблемы лечения пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) — одни из наиболее часто обсуждаемых в урологическом сообществе. Распространенность уролитиаза до 20 %, а также высокий риск рецидивирования, который может достигать около 50 % в течение 5 лет и уже 90 % в течение 10 лет, заставляет искать новые подходы к лечению этого заболевания. Если методы и технологии, используемые в хирургическом лече-

нии МКБ, достаточно хорошо изучены и понятны, то внедрение алгоритмов консервативной терапии, основной составляющей которой является профилактика, вызывает сложности среди населения. В современном мире в результате развития компьютерных технологий, а также соответствующих мобильных приложений здравоохранение претерпело ряд значимых и позитивных изменений. Создание специальных программ для портативных мобиль-