

V. Только медикаментозное лечение проведено 38 пациентам (см. таблицу 2). Все 38 пациентов выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на 16–20-е сут со дня поступления с рекомендациями продолжить антибактериальную терапию в амбулаторных условиях, так чтобы общая продолжительность непрерывной антибактериальной терапии составила 6 нед.

Заключение

В настоящее время лучшим методом документирующей диагностики очаговой гнойной деструкции в паренхиме почки (карбункул и абсцесс почки) является МРТ или КТ с контрастным усилением. При одиночном карбункуле почки диаметром до 4 см и при апостематозном пиелонефрите в случае сохраненного или восстановленного стентом или пункционной нефростомой оттока мочи из почки консервативное лечение пациента позволяет купировать гнойный процесс.

Открытая органосохраняющая операция остается надежным методом лечения пациентов с односторонним острым гнойным пиелонефритом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Курзанцева, О. М. Современная лучевая диагностика абсцесса почки / О. М. Курзанцева // Sono-Ace Ultrasound. – 2018. – № 31. – С. 47–56.
2. Синякова, Л. А. Функциональное состояние почек у больных, перенёсших гнойный пиелонефрит / Л. А. Синякова, Е. В. Берников, О. Б. Лоран // Вестник урологии. – 2018. – Т. 6, № 4. – С. 49–59.

УДК 616.683-008.8

А. В. Никуленков, П. К. Разсамакина, Ю. Г. Дегтярев, М. В. Ракевич
Учреждение здравоохранения
«Минская областная детская клиническая больница»
г. Минск, Республика Беларусь

АБДОМИНО-СКРОТАЛЬНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА

Введение

Гидроцеле (водянка яичка) у детей, в отличие от взрослых, имеет специфичный патогенетический механизм возникновения: оно чаще сообщается с брюшной полостью, а доля изолированного гидроцеле не превышает 3,7%. Целью оперативного вмешательства при этом является разобщение персистирующего влагалищного отростка брюшины. С развитием современных технологий данный вид оперативного вмешательства все чаще выполняется из лапароскопического доступа. Это расширяет возможности диагностического этапа оперативного вмешательства, при котором в редких случаях выявляется абдомино-скротальное гидроцеле (далее – АСГ) [1], которое требует иных подходов в хирургическом лечении. Ввиду редкой встречаемости этой патологии (с 1777 г. в мире зарегистрировано лишь 579 случаев [2]) единого подхода к диагностике и оперативному лечению данного вида гидроцеле в настоящее время не разработано [2].

Цель

Разработать методику стандартизированного патогенетически обоснованного малоинвазивного оперативного лечения АСГ у детей.

Материалы и методы исследования

На базе хирургического детского отделения УЗ «Минская областная детская клиническая больница» проведена научно-исследовательская работа, в рамках которой разработан стандартизированный подход к лечению различных видов грыж и гидроцеле у детей. В течение одного года выполнено лапароскопическое хирургическое вмешательство 64 пациентам с предоперационным диагнозом «гидроцеле», при этом у 5 (7,8%) из них на диагностическом этапе операции было выявлено АСГ.

Возраст детей варьировал от 1 года до 2 лет 7 мес.

Типичных клинических признаков при физикальном обследовании АСГ не имело. Патогномичных признаков при выполнении УЗИ паховых областей и органов мошонки до операции выявлено не было.

Оперативное вмешательство выполнялось лапароскопически по технологии Single Port с установкой оптического троакара диаметром 3–5 мм супраумбиликально. Диагноз АСГ устанавливался при визуализации кистозного образования, чаще расположенного мезоперитонеально в области глубокого пахового кольца (абдоминальный компонент). Размеры кистозного образования варьировали в пределах 5–9 см с его увеличением при компрессии на мошонку. В этих случаях устанавливался дополнительный инструментальный порт в мезогастрии. Путем последовательного использования минимальной биполярной коагуляции и «холодных» ножниц производилось отсечение стенок абдоминального компонента АСГ в области глубокого пахового кольца и их удаление. После опорожнения содержимого гидроцеле выполнялась транскутанная пункционная лигатурная герниография с введением местных анестетиков длительного действия (раствор бупивакаина) в область вмешательства, в результате чего достигалось разобщение полости гидроцеле и брюшной полости. Во всех случаях результат патогистологического исследования иссеченных стенок абдоминального компонента АСГ трактовался как мезотелиальная киста.

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период у детей с АСГ не отличался по своим характеристикам от послеоперационного периода у детей с сообщающимся гидроцеле или паховой грыжей. Введение НПВС в послеоперационном периоде потребовалось однократно 2 детям. Ограничение физической активности детей не отмечалось. Пациенты были выписаны из стационара на 3–5 сут ввиду редкости патологии и необходимости в связи с этим послеоперационного мониторинга с выполнением УЗИ органов мошонки и паховых областей на 3-и сут. По результатам УЗИ накопления жидкости в полости мошоночного компонента не отмечалось как при выполнении УЗИ органов мошонки и паховых областей на 3-и сут, так и на 3-м мес. после вмешательства. При контрольном осмотре через 3 мес. клинических признаков рецидивов выявлено не было. Динамический контроль продолжается.

Выводы

В результате проведенного исследования установлено, что АСГ у детей встречается в 7,8% что значительно превосходит данные, представленные в проанализированных литературных источниках предшествующих лет [2], что связывается с широким использованием лапароскопического доступа в лечении гидроцеле.

Поскольку, согласно литературным данным и наблюдаемым нами случаям, АСГ чаще встречается у пациентов детского возраста, мы полагаем, что возникновение АСГ может быть обусловлено аномалиями или особенностями облитерации влагалищного оттока брюшины выше уровня глубокого пахового кольца по неясным причинам.

В исследованных нами случаях повторного скопления жидкости в мошоночном компоненте гидроцеле не встречалось, что позволяет предполагать ведущим механизмом

в патогенезе АСГ избыточную продукцию жидкости в абдоминальном компоненте и недостаточную ее резорбцию в мошоночном компоненте.

Предлагаемый способ оперативного лечения не предполагает конверсии на «открытый» операционный доступ и позволяет выполнить всю операцию лапароскопически, в отличие от предложенных ранее способов.

Использование такого подхода позволяет рассматривать этот вид оперативного вмешательства как универсальный и эффективный при паховой грыже, сообщающемся гидроцеле и в том числе таком редком виде водянки яичка, как АСГ.

Относительно малое количество проведенных оперативных вмешательств требует дальнейшего изучения этой проблемы в рамках широкого применения малоинвазивных лапароскопических технологий при оперативном лечении гидроцеле у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хорст, М. Ретроперитонеоскопически ассистированное иссечение абдомино-скротального гидроцеле / М. Хорст, У. Вилли, Р. Гобет // Журнал детской урологии. – 2007. – Т. 3, Вып. 1. – С. 66–69.
2. Гаделькарим, Р. А. Абдоминоскротальное гидроцеле: систематический обзор и предлагаемая клиническая классификация / Р. А. Гаделькарим // Африканский журнал урологии. – 2018. – Т. 24, Вып. 2. – С. 83–92.

УДК 616.62-008.22

А. А. Рагузин, А. В. Строцкий
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

САКРАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА: СРАВНЕНИЕ ТЕСТОВОЙ ФАЗЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЧЕРЕЗ 9 МЕСЯЦЕВ

Введение

Сакральная нейромодуляция (СНМ) представляет собой безопасный, высокоэффективный и минимально инвазивный современный метод лечения, показанный при недержании мочи, задержке мочи, императивных позывах, учащенном мочеиспускании и недержании кала у пациентов, невосприимчивых к поведенческой и фармакологической терапии [1]. Сакральная нейромодуляция как вид терапии была разработана в 1982 г. Таанаго и Шмидтом и получила одобрение FDA в 1997 г. [2, 3]. На сегодняшний день во всем мире установлено более 300 000 крестцовых имплантов пациентам с нервно-мышечной дисфункцией мочевого пузыря [4].

Цель

Изучить эффективность постоянной сакральной нейромодуляции в сравнении с тестовой фазой у пациентов с травмой спинного мозга.

Материалы и методы исследования

С августа 2020 по сентябрь 2023 гг. на базе нейрохирургических отделений РНПЦ «Неврологии и нейрохирургии» совместно с врачом-урологом по показаниям выполне-