

клиники этой патологии может проявляться от легкой формы, когда существует продолжительное ожидание начала мочеиспускания, до тяжелой формы, когда пациент в состоянии мочиться только один и дома. По данным различных оценок, частота этой проблемы составляет 12–17%, с примерно равным вовлечением мужчин и женщин. Масштабных эпидемиологических исследований паруреза до сих пор не проводилось.

**Цель исследования:** определение частоты проявлений паруреза у больных хроническим простатитом (ХП), а также степени влияния его проявлений на качество жизни, связанное со здоровьем.

**Материалы и методы исследования.** Для реализации цели нами проведено анкетирование 94 пациентов (средний возраст – 32,3 года), проходящих лечение по поводу ХП категории III в ГКБ №10 г.Одесса и на кафедре урологии ОНМедУ, а также анализ копинг-поведения и качества жизни больных с дальнейшей оценкой доменов и субдоменов опросника SF-36 у пациентов ХП с парурезом в сопоставлении с аналогичными показателями больных ХП без паруреза.

**Результаты.** По данным анкетирования, проявления паруреза отмечены у 32 (34%) больных ХП, при этом легкая форма заболевания отмечена у 15 (15,9%), средней тяжести – у 10 (10,6%), а тяжелая – у 7 (7,4%), двое из больных

с тяжелой формой ранее переносили катетеризацию мочевого пузыря в связи с невозможностью мочеиспускания вне дома.

Среди всех больных ХП с парурезом, нами отмечены выявленные проявления адаптивного копинг-поведения, в т.ч. обязательное определение больным локализации и доступности туалетов во всех посещаемых местах в 30 (93,7%), ограничение приема жидкости в 28 (87,5%), ограничение длительных поездок в 26(81,2%) и пользования общественным транспортом в 16 (50%) случаев. Интересно, что 80% больных ХП со средней и 100% с тяжелой формой паруреза никуда не выезжали за пределы города проживания за последние пять лет. Нарушения взаимоотношений с членами семьи отмечены у 20 (62,5%), а проявления социальной изоляции – у 19 (59,4%) больных. Кроме того, среди пациентов с ХП и парурезом, 9 (28,1%) имели избыточную массу тела. По данным SF-36, парурез является причиной ухудшения показателей физического здоровья на 36,2%, а психического – на 38,4%.

**Вывод.** Впервые проведен анализ частоты паруреза и степени его воздействия на качество жизни и копинг-поведение больных ХП. Высокая распространенность и значительное негативное влияние данной патологии на все аспекты физической, социальной и психической жизни больных обязательно должны учитываться в ведении пациентов данной категории.

#### Адреса для листування

Р.В. Савчук  
E-mail: rudenko\_a\_v@mail.ru

## БЕЗДРЕНАЖНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЭНДОХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА

*А.И. Сагалевиц, С.А. Возианов, Б.В. Джуран, В.В. Когут*

*Национальная медицинская академия  
последипломного образования им. П.Л. Шупика*

**Введение.** Традиционная установка нефростомического дренажа при завершении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) является стандартной методикой. Тем не менее, потребность в размещении нефростомы, в ряде случаев, ставится под сомнение многими авторами.

**Цель исследования:** установить показания к выполнению бездренажной ПНЛ, основываясь на собственных наблюдениях, определить потенциальных пациентов для этих вариантов лечения и особенностей выполнения бездренажной ПНЛ.

**Материалы и методы исследования.** Среди выполненных нами 245 мини-ПНЛ за период 2014–2016 гг. операция заканчивалась установкой нефростомического дренажа в 224 (91,4%) случаях, а в 21 (8,6%) случае без установки перкутанного дренажа. В последних случаях, операция завершалась антеградной установкой мочеточникового JJ–стента как по антеградно (перкутанно) заведенной струне в мочеточник (9 случаев), так и ретроградно выведенной струне, из мочеточникового катетера через нефроскоп, перкутанно (12 случаев). Критерием исключения для бездренажной мини-ПНЛ служило интраоперационное кровотечение, исходные конкременты почки более 30 мм, продолжительность операции более 60 мин., выполнение более одного чрескожного доступа, перфорация ЧЛС почки, наличие резидуальных фрагментов, аномалии почек и ВМП, выраженная инфра-везикальная обструкция (ДГПЖ), большой объем ЧЛС (на фоне исходного гидронефроза). Больные в раннем послеоперационном периоде подвергались обязательному УЗИ осмотру.

#### Адреса для листування

А.И. Сагалевиц  
E-mail: sagalevich@mail.ru

## ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО НА СПИНЕ – В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ?

*А.И. Сагалевиц, С.А. Возианов, Б.В. Джуран, В.В. Когут*

*Национальная медицинская академия  
последипломного образования им. П.Л. Шупика*

**Введение.** Укладка больного на живот в сочетании с эндотрахеальным наркозом является наиболее часто используемая комбинация при выполнении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ). Однако среди пациентов группы высокого анестезиологического риска, этот подход может приводить к гемодинамическим и респираторным осложнениям. Выполнение ПНЛ в положении больного на спине может минимизировать риски этих осложнений, а применение эпидуральной анестезии способствует более безопасному и комфортному интра- и постоперационному периоду.

**Результаты.** Все бездренажные ПНЛ были выполнены без значимых осложнений – ни у одного из пациентов не было выявлено урогематомы или послеоперационного кровотечения. Мочеточниковые JJ–стенты удалялись на 2–7-е сутки (в ряде случаев – в амбулаторном режиме). Отмечено, что в послеоперационном периоде больные без нефростомического дренажа вдвое меньше нуждались в обезболивании (особенно, когда перкутантный доступ имел место в межреберье или непосредственно под 12-м ребром). Средние сроки пребывания больных в стационаре после бездренажной ПНЛ составили 3,5 сут., в отличие от больных с перкутанным послеоперационным дренажем, где данный показатель составил 7,2 сут.

**Выводы.** Бездренажная ПНЛ является безопасной процедурой, однако должна выполняться опытным хирургом, с соблюдением всех требований и критериев перкутанной хирургии почек. Данная методика позволяет снизить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, сократить применение обезболивающих препаратов и сократить послеоперационные сроки пребывания больных в стационаре.

**Цель исследования:** оценка целесообразности выполнения ПНЛ в положении больного на спине.

**Материалы и методы исследования.** За период 2014–2016 гг. выполнено 245 мини-ПНЛ по стандартной методике, где в 228 (93,1%) случаях операция проводилась в стандартном положении больного на животе, а в 17 (6,9%) случаях выбрано положение на спине, чему послужили различные сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой или дыхательной системы, с высоким анестезиологическим риском. Размер конкрементов почек варьировал от