

опасную для здоровья общества ситуацию нельзя оставлять вне поля зрения общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войцехович Б. А. Алкоголизм как фактор саморазрушения здоровья // Психологическое здоровье нации: региональный аспект. – Краснодар: ИЭиУ МиСС, 2007. – С. 7–10.
2. Здоровье населения Краснодарского края в 1999–2009 гг. – Краснодар: МИАЦ, 2010. – 64 с.
3. Немцов А. В. Алкогольная смертность в России – диагностические, гендерные и географические различия // Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения: Научные труды Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 30–31 мая 2006 г.) – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 219–223.

4. Редько А. Н. Особенности динамики смертности сельского населения Краснодарского края // Теоретические и прикладные аспекты проблем здоровья населения Северного Кавказа: Сборник научных трудов. – Майкоп, 2002. – С. 208–210.

5. Редько А. Н. Смертность населения от острых отравлений алкоголем как проблема общественного здоровья // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2005. – В. 1. – С. 33–36.

6. Спектор С. И., Кошкина Е. А., Ковалева В. Г., Сенцов В. Г. Наркомании и алкоголизм: медицинские, социальные и экономические последствия. – Екатеринбург: издательство Уральского университета, 2005. – 280 с.

Поступила 28.03.2011

В. В. СИЗОНОВ¹, М. И. КОГАН²

ОБОСНОВАНО ЛИ ИЗМЕНЕНИЕ ВЗГЛЯДА НА ПАРАДИГМУ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПОСЛЕ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ?

¹Урологическое отделение областной детской больницы,
Россия, 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой дивизии, 14,
тел. (863) 297 06 88. E-mail: vsizonov@mail.ru;

²НИИ урологии и нефрологии Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,
тел. (863) 201-44-48. E-mail: dept_kogan@mail.ru

Открытая расчленяющая пиелопластика выполнена 176 детям в 2001–2009 гг. Абсолютным показанием к использованию пиелостомы являлись дооперационное дренирование почки (13 – 7,4% детей), операция на единственной почке (2 – 1,13% детей) и повторные операции (3 – 1,7% детей), относительные показания определялись особенностями сформированного анастомоза (16 – 9% пациентов). Бездренажный способ использован у 142 (80,7%) детей, среди которых в послеоперационном периоде у семи пациентов (4,9%) отмечали экстравазацию мочи, у трех (2,1%) больных – манифестное течение инфекции мочевых путей. Суммарное количество осложнений при бездренажном ведении послеоперационного периода составило 10 (7,04%) случаев. Наш опыт показывает, что при соблюдении некоторых правил бездренажный метод надежно и безопасно может быть использован в 80,7% случаев выполнения расчленяющей пиелопластики.

Ключевые слова: гидронефроз, пиелопластика, дети.

V. V. SIZONOV¹, M. I. KOGAN²

IS IT REASONABLE TO CHANGE THE OPINION ABOUT URINE DERIVATION PARADIGM AFTER PYELOPLASTY WITH CHILDREN?

¹Urology department Rostov region children hospital,
Russia, 344015, Rostov-on-Don, 339 Strelkovoi divizii, 14, tel. (863) 297-06-88. E-mail: vsizonov@mail.ru;

²Urology and nephrology research institute Rostov state medical institute,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky, 29, tel. (863) 201-44-48. E-mail: dept_kogan@mail.ru

Open dismember pyeloplasty was performed from 2001 to 2009 on 176 children. Indications for use of pyelostomy were preoperative kidney drainage (13 – 7,4% children), surgery on a singular kidney (2 – 1,13% children) and repeated surgeries (3 – 1,7% children), relative data were defined by special features of patients with formed anastomosis 16 (9%). Method without drainage was used with 142 (80,7%) children. Among them during postoperational period 7 patients (4,9%) recorded urine extravasation, 3 patients (2,1%) had clinical infection of urinary tract. Total amount of complications with the method without drainage in postoperational period was 10 (7,04%) cases. Our experience shows that keeping to some regulations allows to use the method without drainage safely and securely in 80,7% cases of dismember pyeloplasty.

Key words: hydronephrosis, pyeloplasty, children.

Введение

Дренирование (и какое) или недренирование полостной системы почки в послеоперационном пери-

оде – одна из дискуссионных тем гидронефроза при обсуждении технологии пиелопластики [1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Трудно преувеличить роль пуб-

ликации Anderson и Hynes [4] в становлении принципов расчленяющей пиелопластики, но относительно необходимости дренирования авторы предопределили амбивалентный подход, сохраняющийся до наших дней.

Внедрение лапароскопии в хирургию гидронефроза переключило внимание исследователей на проблему снижения травматичности доступа, и вопрос о дренировании отошел на второй план. Однако приобретение опыта в формировании эндосва позволило вскоре достичь уровня качества анастомоза, сопоставимого с открытой пиелопластикой. В последних публикациях [9] по лапароскопической пиелопластике, вновь поднимался вопрос, дренировать или нет чашечно-лоханочную систему почки. По нашему мнению, опыт, накопленный в открытой хирургии гидронефроза в части бездренажного ведения послеоперационного периода, может быть полезен при использовании любого другого доступа.

Материалы и методы

С 2001 по 2009 г. открытая расчленяющая пиелопластика выполнена 176 пациентам. Средний возраст пациентов составил $70,04 \pm 54,3$ месяца. Среди больных было 129 (73,6%) мальчиков и 47 (26,4%) девочек. Гидронефроз слева – 119 (68,1%) случаев, справа – 47 (27,2%) больных, с двух сторон – у 10 (4,7%) детей. Антевазальный анастомоз произведен 24 (13,9%) детям, расчленяющая пиелопластика при коррекции гидронефроза вследствие внутренних причин обструкции – 152 (86,1%) пациентам. В каждом случае стремились к завершению операции без стента. Прямым противопоказанием этому являлись дооперационное дренирование почки путем чрескожной нефростомии с целью определения уровня селективной почечной функции (13 – 7,4% детей), операция на единственной почке (2 – 1,13% детей) и повторные операции (3 – 1,7% детей).

Пиелоуретеральный анастомоз формировали в горизонтальной плоскости после резекции мочеточника с помощью непрерывного шва PDS II 6-7/0. Проверяли герметичность анастомоза. Пиелостомический дренаж использовали у 16 (9%) пациентов при:

– «пропотевании» жидкости в зоне анастомоза после завершения его формирования и выполнения пробы на герметичность;

– отсутствии адекватного расширения мочеточника ниже анастомоза после сокращения лоханки.

Операцию завершали дренированием околопочечной клетчатки и восстановлением целостности фасции Герота.

Уретральный катетер устанавливали на 48–72 часа при бездренажном ведении больных.

При расчленяющей пиелопластике бездренажный способ использован у 142 (80,7%) детей.

Результаты

У семи пациентов (4,9%) отмечали экставазацию мочи с истечением её по дренажу из паранефрального пространства. Из них у одного пациента экставазация мочи купировалась спонтанно в течение 6 дней. У пяти пациентов был установлен мочеточниковый стент. Ещё у одного больного при попытке установить стент выявлено препятствие в зоне анастомоза, что определило необходимость выполнения транскутанной пункционной нефростомии. В дальнейшем этому больному выполнена повторная пиелопластика.

Среди семи больных с экставазацией 4 (57,1%) – это пациенты, которым формировали антевазальный анастомоз. Примечательно, что негерметичность анастомоза имела место у 16,7% детей с обструкцией вследствие конфликтного сосуда и только у 2,1% детей с внутренними причинами обструкции.

Формирования уриномы как осложнения, связанного с негерметичностью анастомоза, в нашей серии не отмечено. Мы учли опыт других исследователей [7, 10], описавших у своих больных образование уриномы, но сочли принципиальным не только точное расположение дренажа относительно анастомоза, но и продолжительность дренирования. Мы исключили раннее удаление дренажа из забрюшинного пространства даже при отсутствии отделяемого и удаляем дренаж через 4 суток после пиелопластики.

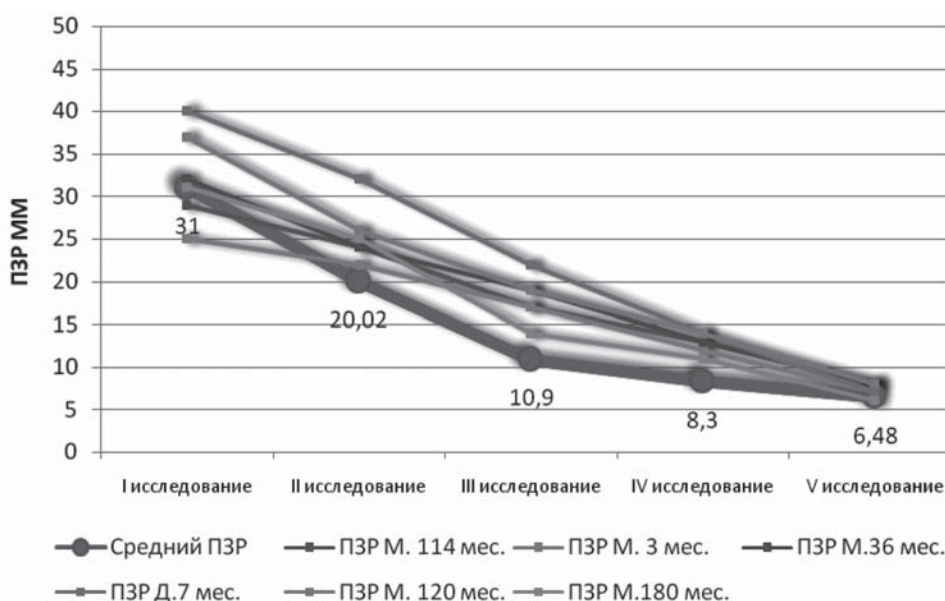


Диаграмма 1 Динамика среднего ПЗР больных без дренирования и ПЗР 6 больных с экставазацией мочи в зоне анастомоза

У трех (2,1%) больных отмечали клинические проявления инфекции мочевых путей, купированные консервативно.

Таким образом, суммарное количество осложнений, выявленных у детей с бездренажным ведением послеоперационного периода, составило десять (7,04%) случаев. У одного (0,7%) пациента потребовалось выполнение повторной пиелопластики.

Мы проанализировали динамику переднезаднего размера (ПЗР) чашечно-лоханочной системы в течение года после пиелопластики. Реносонографию выполняли до операции (I исследование), на 7-е сутки (II исследования), через 3, 6 и 12 месяцев (III, IV и V исследования) после операции. Средние значения ПЗР лоханки у больных с неосложненным течением послеоперационного периода сравнили с изменением ПЗР лоханки у каждого ребенка с экстравазацией мочи в послеоперационном периоде (диаграмма 1). Из анализа исключен ребенок с повторной пиелопластикой.

Мы изучили достоверность различий между средним значением ПЗР всех больных и детей с осложненным течением послеоперационного периода с помощью критерия Стьюдента (таблица).

Результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на снижение скорости редукции размера лоханки в течение первых шести месяцев после операции, к концу первого года после пиелопластики пациенты с осложненным течением послеоперационного периода достигают уровня дилатации лоханки, сопоставимого с основной группой пациентов.

Существенным и неоспоримым преимуществом бездренажного метода ведения пациентов считается снижение вероятности развития инфекции мочевых путей. По данным литературы, частота развития инфекции в

сериях пациентов с дренированием колеблется в широком диапазоне, от 1,5% до 40% [5]. Существенный разброс частоты отражает отсутствие единого подхода к оценке параметров активности инфекции мочевых путей. Мы оценивали скорость нормализации анализов мочи (диаграмма 2) и купирование бактериурии (диаграмма 3) в послеоперационном периоде. Имевшие место три (2,1%) случая манифестного течения инфекции мочевых путей отнесены нами к осложнениям послеоперационного периода, что соответствует данным литературы [13].

При бездренажном ведении больных антибактериальные препараты назначали парентерально в течение первых суток послеоперационного периода. При отсутствии положительной тенденции или спонтанной нормализации анализов мочи к концу первого месяца после операции, а также при наличии манифестного течения инфекции мочевых путей назначали антибактериальную терапию. При бездренажном ведении более 90% больных продемонстрировали нормализацию анализов мочи и купирование бактериурии в течение 2–3 месяцев, в то время как для достижения аналогичных результатов больным с пиелостомой потребовалось в два раза больше времени.

Обсуждение

Smith and Holmes [12] в 2002 году представили наиболее глубокое исследование вопроса о преимуществах дренирования или бездренажного ведения пациентов. При этом авторы исследуют только осложнения в раннем послеоперационном периоде и частоту реопераций. Выводы статьи сводятся к тому, что частота осложнений и реопераций в обоих случаях одинакова и выбор метода больше зависит от

Динамика критерия Стьюдента

Значение критерия Стьюдента t при сравнении среднего ПЗР всех больных с бездренажным ведением с ПЗР каждого ребенка, имевших экстравазацию мочи из зоны анастомоза				
I исслед.	II исслед.	III исслед.	IV исслед.	V исслед.
$t=0,5$	$t=3,4$	$t=7,7$	$t=7,1$	$t=1,1$
при $t_{\text{крит}}=2,01$ (при $p \leq 0,05$) $t_{\text{крит}}=2,68$ (при $p \leq 0,01$)				

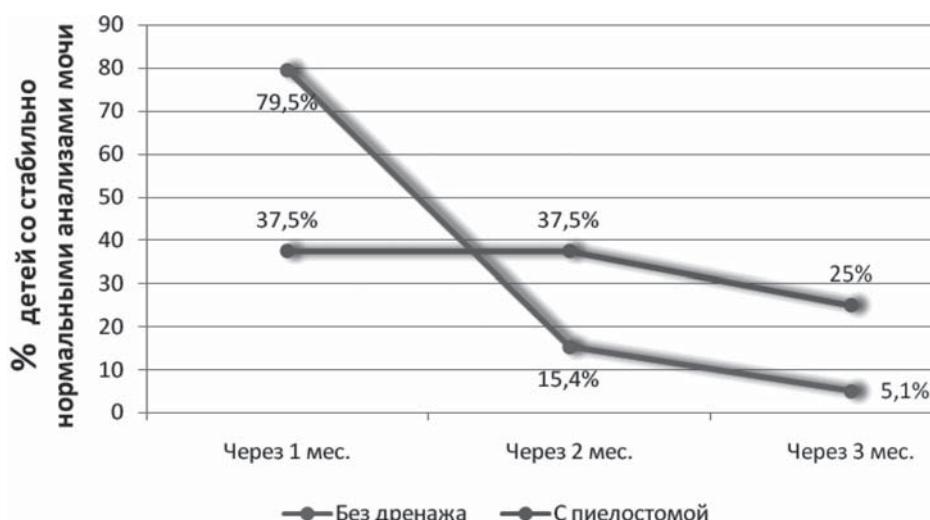


Диаграмма 2. Скорость нормализации анализов мочи после пиелопластики

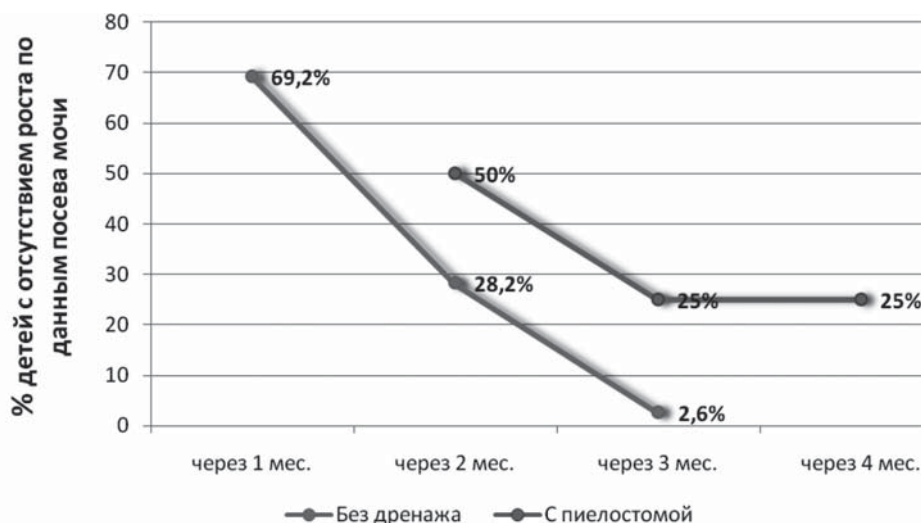


Диаграмма 3. Скорость купирования бактериурии

предпочтений хирурга. При суммировании данных девяти литературных источников сообщается, что среди 494 пациентов с бездренажным способом ведения послеоперационного периода осложнения выявлены в 14% случаев, а в 339 наблюдениях с использованием дренирования мочевых путей в 12% случаев.

Полученные нами результаты по частоте осложнений в два раза ниже, чем в цитируемом обзоре, что свидетельствует об эффективности принципов по использованию бездренажного метода, основанных на оценке качества сформированного пиелоуретерального анастомоза.

Помимо очевидных преимуществ: снижение травматичности операции, уменьшение психологической травмы для пациента, практически полное исключение инфицирования мочевых путей, бездренажный метод обладает достоинствами, связанными с психологией хирурга. Если признать стандартным вариант пиелопластики, при котором не используется временная деривация мочи, то формирование любого анастомоза будет выполняться максимально тщательно, без подсознательного расчета на возможность застраховать технические погрешности отведением мочи в послеоперационном периоде. Таким образом, существенно повышается планка требований к технике хирурга, уровню герметичности анастомоза и аппроксимации тканей. Даже если после завершения пиелопластики возникает необходимость дренирования по тем или иным причинам, то высоквероятно, что сформированное соустье близко к идеальному, исходя из реальных особенностей данного пациента и возможностей хирурга.

Соблюдение показаний к бездренажному методу (использование дренажа только при повторных операциях, операциях после предварительного дренирования и пиелопластики на единственной почке, выявление пропотевания мочи при проверке герметичности анастомоза) позволяет снизить количество осложнений в послеоперационном периоде до 7,04%, что в два раза ниже существующего уровня осложнений при хирургии гидронефроза вне зависимости от варианта деривации мочи.

Более половины случаев подтекания мочи из зоны анастомоза зафиксированы у пациентов с обструкцией вследствие конфликтного сосуда, что нуждается в дальнейшем в оценке причины.

Экстравазация мочи после пиелопластики замедляет темпы редукции размеров чашечно-лоханочной системы, но не оказывает влияния на окончательные результаты резекции лоханочно-мочеточникового сегмента через год после операции.

Наш опыт показывает, что при соблюдении некоторых правил бездренажный метод надежно и безопасно может быть использован в 80,7% случаев выполнения расчленяющей пиелопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпенко В. С., Хрипта Ф. П., Романенко А. М. и др. Гидронефроз. — Киев: «Здоров'я», 1991. — С. 240.
2. Коган М. И., Скнар А. А., Сизонов В. В., Ключа И. В., Макаров Г. А., Новикова Л. В. Наш опыт пластики лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе у детей // Урология. — 2005. — № 3. — С. 54–58.
3. Рудин Ю. Э., Осипова А. И., Кузнецова Е. В. Оптимальные методы дренирования мочевыводящих путей после пластики прилоханочного отдела мочеточника у детей с гидронефрозом // Детская хирургия. — 2000. — № 5. — С. 16–19.
4. Anderson J. C., Hynes W. Retrocaval ureter: a case diagnosed preoperatively and treated successfully by a plastic operation // Br. j. urol. — 1949. — № 21. — С. 209–214.
5. Austin P. F., Cain M. P., Rink R. C. Nephrostomy tube drainage with pyeloplasty: Is it necessarily a bad choice // J. urol. — 2000. — Vol. 163. № 5. — P. 1528–1530.
6. Bejjani B., Belman A. B. Ureteropelvic junction obstruction in newborns infants // J. urol. — 1982. — Vol. 128. — P. 770–772.
7. Hussain S., Frank J. D. Complications length of hospital stay following stented unstented paediatric pyeloplasties // Br. j. urol. — 1994. — Vol. 73. № (1). — P. 87–89.
8. Johnston J. H., Evans J. P., Glassberg K. I., Shapiro S. R. Pelvic hydronephrosis in children: a review of 219 personal cases // J. urol. — 1997. — Vol. 117. — P. 97–101.
9. Kumar V., Mandhani A. Laparoscopic stentless pyeloplasty: An early experience // Indian j. urol. — 2010 Jan. — Vol. 26. № (1). — P. 50–55.
10. Nguyen D. H., Aliabadi H., Ercole C. J., Gonzalez R. Nonintubated Anderson-Hynes repair of ureteropelvic junction obstruction in 60 patients // J. urol. — 1989. — Vol. 142. — P. 704–707.
11. Persky L., Tynberg P. Unsplinted, unstinted, pyeloplasty // Urology. — 1973. — Vol. 1. № 1. — P. 32–35.
12. Smith K. E., Holmes N., Lieb J. I., Mandell J., Baskin L. S., Kogan B. A., Walker R. D. 3rd. Stented versus nonstented pediatric pyeloplasty: a modern series and review of the literature // J. urol. — 2002. Sep. — Vol. 168. № 3. — P. 1127–1230.

13. Smith J. M., Butler M. R. Splinting in pyeloplasty // Urology. – 1976. – Vol. 8. № 3. – P. 218–221.
14. Sutherland R. W., Chung S. K., Roth D. R., Gonzales E. T. Pediatric pyeloplasty: outcome analysis based on patient age surgical technique // Urology. – 1997. – Vol. 50. № 6. – P. 963–966.

15. Wollin M., Duffy P. G., Diamond D. A., Aguirre J., Ratta B. S., Ransley P. G. Priorities in urinary diversion following pyeloplasty // J. urol. – 1989. – Vol. 142. – P. 576.

Поступила 21.03.2011

В. В. СКИБИЦКИЙ, С. А. ПРАСОЛОВА, А. В. ФЕНДРИКОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра госпитальной терапии

*ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Росздрава»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79284122975.
E-mail: Prasolova777@rambler.ru*

Проведена оценка эффективности терапии розувастатином в дополнение к стандартной терапии у пациентов с диастолической ХСН (фракция выброса левого желудочка > 50%). В исследование были включены 95 пациентов с диастолической ХСН и дислипидемией. Пациенты рандомизированы в 2 группы: основная (n = 65), получавшая розувастатин в дозе 10–20 мг в сутки на фоне стандартной терапии ХСН, и контрольная (n = 30) без приема статинов.

Применение розувастатина в основной группе больных способствовало достоверному улучшению основных параметров ремоделирования и диастолической функции миокарда, достижению целевых значений липидограммы и снижению уровня маркеров системного воспаления (С-реактивного белка и фибриногена). В контрольной группе существенной достоверной динамики не выявлено.

Ключевые слова: диастолическая сердечная недостаточность, дислипидемия, статины.

V. V. SKIBITSKI, S. A. PRASOLOVA, A. V. FENDRIKOVA

THE EFFECT OF ROZUVASTATIN IN THE COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH DIASTOLIC CHRONIC CARDIAC FAILURE

*Chair of therapy state agency for education institution of higher
vocational learning «Kuban state medical university»,*

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4, tel. +79284122975. E-mail: Prasolova777@rambler.ru

The effect of rozuvasstatin therapy in combination with standard therapy in the patients with diastolic chronic cardiac failure (left ventricle fraction > 50%) was evaluated. 95 patients with diastolic chronic cardiac failure and lipodemia were studied. All the patients were randomized into two groups. The patients in the main group (n = 65) took rozuvasstatin in the dose 10–20 mg day and night in addition to standard therapy while the patients in the control group (n = 30) did not take statins. The administration of rozuvasstatin in the main group of patients resulted in the improvement of basic data of remodeling and diastolic myocardial function. The lipidogram improved and the level of markers of systemic inflammation decreased (C-reactive protein and fibrinogen). No significant results were registered in the control group of patients.

Key words: diastolic cardiac failure, dyslipidemia, statins.

Введение

В настоящее время самой частой причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) и основным поводом для госпитализации по поводу декомпенсации ХСН является диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка (ЛЖ) [10]. Согласно эпидемиологическим данным, за последние 20 лет число пациентов с симптомами ХСН, сохраненной сократительной способностью ЛЖ и нарушением его диастолической функции увеличилось с 38% до 54% [3]. В России, согласно результатам исследования ЭПО-ХА-О-ХСН, 56,8% больных с симптомной ХСН имеют нормальную сократимость миокарда (фракция выброса ЛЖ > 50%), и число таких пациентов постоянно уве-

личивается [1]. В то же время известно, что прогноз при диастолической ХСН столь же неблагоприятен, как и при систолической недостаточности кровообращения, а частота госпитализаций в связи с декомпенсацией при ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ даже несколько выше [6].

Несмотря на значительную распространенность, специфических методов лечения пациентов с диастолической ХСН не существует. Все современные рекомендации имеют «симптоматический» характер, то есть предполагается, что эффективная медикаментозная терапия артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета, ишемической болезни сердца (ИБС) может обеспечить предупреждение или регресс симптомов ХСН.