

УДК:616-6

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-57-61

Д.С. Мирзоев^{1,3}, Х. Ибодов^{1,2}, Ш.Дж. Яхшибекова^{1,3}, Р.Р. Рофиев¹, Т.Ш. Икромов^{2,3}, Ш.Э. Латипов¹**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**¹НОУ «Медико – социальный институт Таджикистана»²ГОУ «Институт последипломного подготовки медицинских кадров в сфере здравоохранения Республики Таджикистана»³ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Мирзоев Довуд Саидназарович – к.м.н., докторант кафедры общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»; Тел.: +992918692996; E-mail: dovudshoh73@mail.ru

Цель исследования. Оптимизации лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдение находилось 71 детей в возрасте от 3 дней до 3 лет. Больные были разделены на 3 группы, по виду выполнения операции: методом трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre–Mondragon - у 23 (32,4%) детей, по Swenson like - у 17 (23,9%) и по Соаве-Ленюшкина - у 31 (43,7%) детей.

Результаты исследования и их обсуждение. В результатах исследования у матери выявили наличие цитомегаловируса, вируса герпеса и токсоплазмоза. Основой успешности хирургического лечения является своевременное установление диагноза. После проведения оперативного вмешательства гистологическое исследование операционного материала подтвердило аганглиоз кишечника. Брюшинно-промежностная проктопластика по Соаве-Ленюшкина в модификации клиники, с клиновидным иссечением серозно-мышечного футляра, эффективна в плане профилактики межфутлярных гематом и скопления жидкости. Методика трансанально эндоректального низведения De La Torre-Mondragon и Swenson-like, без брюшного доступа с демукозацией прямой кишки, считается эффективным и малоинвазивным доступом при ректальной и ректосигмоидальной форме болезни Гиршпрунга.

Выводы. Проведение трансанально эндоректального низведения в раннем возрасте у детей показал скорое восстановление моторики кишечника в послеоперационном периоде без разреза кожных покровов. Результаты раннего проведения оперативного вмешательства способствуют достижению хороших результатов в ближайшем и отдалённом периоде после оперативного вмешательства.

Ключевые слова. болезнь Гиршпрунга, трансанально эндоректальное, брюшино-промежностное, демукозация, аганглиоз, дети.

D.S. Mirzoev^{1,3}, H. Ibodov^{1,2}, Sh.J. Yakhshibekova^{1,3}, R.R. Rofiev¹, T.Sh. Ikromov^{2,3}, Sh.E. Latipov¹**TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN YOUNG CHILDREN**¹NEI "Medical and Social Institute of Tajikistan".²SEI "Institute of postgraduate training of medical personnel in the field of health care of the Republic of Tajikistan"³SI "Republican Scientific-Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery".

Mirzoev Dovud Saidnazarovich - Candidate of Medical Sciences, doctoral student of the Department of General Surgery of NEI "Medical and Social Institute of Tajikistan"; Tel: +992918692996; E-mail: dovudshoh73@mail.ru.

Objective. The objective of this study was to optimize the treatment for Hirschsprung's disease in young children.

Material and methods. A total of 71 children, ranging in age from 3 days to 3 years, were observed. Patients were categorized into three groups based on the surgical procedure performed: 23 underwent transanal endorectal proctoplasty according to De La Torre - Mondragon (32.4%), 17 according to the Swenson-like method (23.9%), and 31 according to Soave-Lenyushkin (43.7%).

Results and discussion. The results of the maternal examination revealed the presence of cytomegalovirus, herpes virus and toxoplasmosis. The basis for the success of surgical treatment is timely diagnosis. After surgical intervention, histological examination of the surgical material confirmed intestinal agangliosis. Peritoneal-promesenteric proctoplasty according to Soave-Lenyushkin in the modification of the clinic, with wedge-shaped excision of the serous-muscular case, is effective in terms of prevention of inter-sheath hematomas and fluid accumulation. The De La Torre-Mondragon and Swenson-like technique of transanal endorectal resection, without abdominal access with demucosation of the rectum, is considered an effective and minimally invasive access for rectal and rectosigmoidal forms of Hirschsprung's disease.

Conclusions. Transanal endorectal resection at an early age in children showed rapid recovery of intestinal motility in the postoperative period without skin incision. The results of early surgical intervention contribute to the achievement of good results in the immediate and distant period after the surgical intervention.

Keywords. Hirschsprung disease, transanal endorectal, peritoneal-perineal, demucosation, agangliosis, children.

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга у детей, по данным литературы, составляет 1:4000 – 1:7000 живых новорожденных и является тяжелым врожденным пороком развития. Болезнь Гиршпрунга требует проведение сложных корректирующих оперативных вмешательств. Развитие болезни Гиршпрунга в основном связано с отсутствием нервных ганглий в подслизистом и межмышечном сплетениях кишечной стенки [3, 5]. Проведение генетического, вирусологического исследования, течение болезни наталкивает на мысль о наследственных причинах болезни Гиршпрунга, а также воздействие вирусного агента [2, 9, 10]. Развитие и совершенствование методов диагностики и повышенная настороженность врачей первичного звена привели к увеличению выявляемости органической патологии толстой кишки у детей. Заболевание, как правило (90%), проявляется в первые дни жизни ребенка [12, 13]. Существование различных форм болезни Гиршпрунга и вариантов ее проявления приводит к тому, что у части пациентов заболевание не диагностируется в периоде новорожденности. Надо отметить, что нередко у новорожденных проявление болезни Гиршпрунга трактуют как некротический энтероколит и/или как функциональные расстройства кишечника. В связи с этим болезнь Гиршпрунга диагностируется в более поздние сроки после рождения [11]. У детей с болезнью Гиршпрунга энтероколит считается одним из причин, приводящих к летальному исходу. Смертность от данной патологии может достигать от 1% до 10% [11-13]. Дети в течение многих лет могут наблюдаться у различных специалистов, прежде чем попадут в поле зрения детского хирурга. На современном этапе развития медицины произошли значительные изменения в лечении болезни Гиршпрунга.

На сегодняшний день лечение болезни Гиршпрунга осуществляется в основном хирургическим способом. При этом выполняется резекция аганглионарной зоны кишечника. Несмотря на выполнение методов оперативного лечения у 30-50% детей после операции отмечаются признаки обструкции кишечника [1, 4].

Популярным методом хирургического лечения болезни Гиршпрунга является брюшино-промежностная проктопластика по Соаве-Ленюшкину с разного рода модификациями, но в последнее время внедрение малотравматичных и эффективных способов лечения, трансанально эндоректального низведения толстого кишечника не требующих больших мате-

риальных затрат и длительных сроков послеоперационной реабилитации, лапароскопическое ассистирование [1, 3, 11].

Однако до сих пор диагностика врожденного аганглиоза кишечника и коррекция болезни Гиршпрунга остается одним из сложных, и не до конца решенных проблем детской хирургии.

Цель исследования. Оптимизации лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 71 ребенка с болезнью Гиршпрунга за период с 2016 по 2022 годы в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Возраст детей составлял от 3 дней до 3 лет. Мальчиков было 53 (74,6%), девочек - 18 (25,4%), что коррелирует с данными зарубежной литературы [5]. По форме болезни Гиршпрунга были: ректальная - 12 (16,9%) детей, ректосигмоидная - 59 (83,1%). Больных со стадией субкомпенсации было 22 (31%) ребенка, а со стадией декомпенсации 49 (69,0%) детей. Больные были разделены на 3 группы, по виду выполнения операции: методом трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mondragon была проведена операция у 23 (32,4%) детей, по методу Swenson like – у 17 (23,9%) и по методу Соаве-Ленюшкина – у 31 (43,7%) детей. Верификацию диагноза у детей проводили клинико-лабораторными, вирусологическими, бактериологическими, рентгенологическими (ирригография), морфологическими (анализ зон аганглиоза толстой кишки, резецированных во время радикальной операции) и ультразвуковым методом исследования.

Статистическая обработка исследования проведена с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. В период новорожденности, то есть в возрасте до 28 дней, поступили 2 (2,8%) ребенка. При поступлении состояние детей оценивалось как тяжелое у 7 (9,9%), средней тяжести - у 64 (90,1). У 49 (69%) новорожденных отмечалось отсутствие отхождения мекония до 3-х суток, от 3 до 4-х суток от рождения - у 22 (31,0%). С клиникой острой кишечной непроходимости поступили 5 (7,0%) новорожденных. Исследуемые дети в 69 (97,2%) случаях были доношенными, недоношенные – в 2 (2,8%) случаях. Матери обследованы на наличие цитомегаловирусной

инфекции, вируса герпеса и токсоплазма. В результате исследования выявлены следующие патологии: цитомегаловирус у 10 (14,1%) матерей, герпес - у 8 (11,3%), токсоплазмоз - у 10 (14,1%). Экстрагенитальные заболевания выявленные у женщин были следующими: анемия у 12 (16,9%) женщин, ОРВИ - у 32 (45,1%), пиелонефрит у - 8 (11,3%), заболевания желудочно-кишечного тракта - у 4 (5,6%). Детей родившихся путем кесарева сечения было 1 (1,4%).

Основой успешного хирургического лечение болезни Гиршпрунга у детей до 3 лет является своевременная диагностика заболевания. Истинная клиническая картина развивается на 2-3 сутки после рождения ребенка в виде вздутия живота, отсутствия самостоятельного стула, рвота и срыгивание с разной степенью выраженности. В связи с острым течением и неэффективностью проведения консервативного лечения, 9-ым (12,7%) детям на первом этапе были наложены сигмостомы с последующим проведением радикальной операции методом трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mondragon в 23 случаях, по методу Swenson like - в 17 случаях и по методу Соаве-Ленюшкина в 31 случае.

После операции проведены гистологические исследования операционного материала у всех детей. Гистологическое исследование у всех детей подтвердило аганглиоз кишечника. В послеоперационном периоде 17 (24,0%) детям проведена регионарная лимфотропная аналгезия раствором лидокаина и антибиотик через катетер, вставленный забрюшинной во время операции. В послеоперационном периоде у 10 (14,1%) детей отмечался гиршпрунг-ассоциированный энтероколит. В отдаленном периоде у 3 (13,0%) детей после операции по De La Torre-Mondragon и у 2 (11,8%) по Swenson-like отмечалось сужение зоны анастомоза. Дисфункция ануса в виде слабости и каломазание наблюдалось у 7 (22,6%) больных после операции Соаве-Ленюшкина. Длительность каломазания составляло от 3 до 8 месяцев.

Обсуждения. У детей с болезнью Гиршпрунга выполнение операции Соаве в модификации Болей и Ленюшкина брюшно-промежностной проктопластики до сегодняшнего дня не теряет своей ценности и считается более-менее физиологичной. При этом выполняется демуккозация стенки прямой кишки до внутреннего сфинктера. Самый сложный этап операции демуккозация кишки может сопровождаться риском развития возможного повреждения внутреннего анального сфинктера и нарушением кровообращения органов малого таза. При демуккозации существует риск перфорации стенки прямой кишки и это может привести к перитониту и абсцессу, а также к гематомам в серозно-мышечном футляре. Такие осложнения

в отдаленном периоде могут привести к спаечному процессу брюшной полости.

Авторы с целью профилактики внутрибрюшных осложнений при использовании метода Соаве рекомендуют на брюшном этапе проводить лапароскопическую мобилизацию толстой кишки, а на промежностном – трансанальную демуккозацию и после удаления зоны аганглиоза формирование колоректального анастомоза. Такая высокотехнологическая операция не везде и не всегда возможна у детей раннего возраста. С целью профилактики осложнений нами был модифицирован метод Соаве, то есть выполнено клиновидное иссечение серозно-мышечного футляра по передне-наружной стороне слева до внутреннего сфинктера. Это способствовало устранению межфутлярной гематомы и скоплению жидкости. De La Torre-Mondragon рекомендовали выполнять демуккозацию снизу вверх трансанальным доступом при аганглиозе прямой кишки с низведением ее эндоректально [4,11]. Методика выполнения операции De La Torre-Mondragon заключается в том, что брюшной доступ отсутствует, выполняется демуккозация прямой кишки трансанально без повреждения сфинктера. При этом осуществляется мобилизация и резекция дистального отдела толстой кишки с формированием колоанального анастомоза. Данная методика показана при ректальных и ректосигмоидальных формах болезни Гиршпрунга, при отсутствии воспалительного процесса в толстой кишке. Операция по методу De La Torre-Mondragon считается наиболее эффективным и малотравматичным.

Операция Swenson-like показала свою эффективность и безопасность. Ее эффективность доказана нашей работой и подтверждается исследованиями авторов [9-11]. На сегодняшний день отдаётся предпочтение операции трансанального эндоректального Swenson-like низведения при ректосигмоидной форме болезни Гиршпрунга с лапароскопической ассистенцией. Однако данная операция высокоэффективна и без лапароскопической резекции толстой кишки. При этом считаем целесообразным использование методики Соаве-Ленюшкина при тотальной форме болезни Гиршпрунга.

Выводы.

1. Выполнение радикальной операции методом трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre-Mondragon и Swenson-like при болезни Гиршпрунга в раннем детском возрасте способствует скорому восстановлению моторики кишечника в послеоперационном периоде, являются эффективными и щадящими, а так же эстетическим с точки зрения отсутствия косметических дефектов на коже.

2. Проведение операции по Соаве-Ленюшкина без предварительной колостомии, в сочетании с кли-

новидным иссечением серозно-мышечного футляра, является достаточно эффективным.

3. Результаты оперативного лечения детей раннего возраста показало, что ранняя диагностика и своевременное выполнение хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга способствует достижению хороших результатов в ближайшем и в отдаленном периоде после операции.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-13 см. в REFERENCES)

1. Ахпаров Н.Н., Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. / Н.Н. Ахпаров, М.М. Калабаева, К.Э. Хаиров // Педиатрия и детская хирургия. - 2019, - №2, - С. 42

2. Клинические аспекты нейроинтестинальных заболеваний: патофизиология, диагностика и лечение. / А.М. Гольдштейн [и др.] // Биология развития. - 2016, - С. 217-28.

3. Операция Соаве при болезни Гиршпрунга у детей – 50 летний опыт применения. / А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов, В.В. Холостова, Д.В. Залихин, А.Г. Маннанов // Детская хирургия им. Ю.Ф. Исакова. - 2016, - №6, - С. 303-309

4. Джаналаев Б.К. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей: Ретроспективное исследование. / Б.К. Джаналаев, В.И. Котломбовский, С.П. Досмагамбетов // West Kazakhstan Medical Journal – 2021, - №1, - С. 11-17

5. Болезнь Гиршпрунга у детей / А.Ю. Разумовский [и др.] - М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2019, - 368 с.

6. Проблемы диагностики болезни Гиршпрунга у новорожденных: клинические примеры / А.В. Коган [и др.] // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – №. 1. – С.83 - 90.

7. Операция О. Swenson – базовая технология хирургии болезни Гиршпрунга / Д.А. Морозов [и др.] // Детская хирургия - 2016 - №4. – С. 203-210.

8. Козлова Ю.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей: национальное руководство / Ю. А. Козлова, В. В. Подкаменева, В. А. Новожилова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 752 с.

REFERENCES

1. Akhparov N.N. Uluchshenie rezultatov khirurgicheskogo lecheniya bolezni Girshprunga u detey [Improving the results of surgical treatment of Hirschsprung's disease in children]. *Pediatrya i detskaya khirurgiya – Pediatrics and pediatric surgery*, 2019, No. 2, pp. 42.

2. Goldshteyn A.M. Klinicheskie aspekty neyrintestinalnykh zabolevaniy: patofiziologiya, diagnostika i lechenie [Clinical aspects of neurointestinal diseases: pathophysiology, diagnosis and treatment]. *Biologiya razvitiya – Biology of development*, 2016, No. 417, pp. 217-28.

3. Dronov A.F., Smirnov A.N., Kholostova V.V. Operatsiya Soave pri bolezni Girshprunga u detey – 50 letniy opyt primeneniya [Soave surgery for Hirschsprung's disease in children – 50 years of experience]. *Detskaya khirurgiya im. Yu.F. Isakova – Pediatric Surgery. Journal named after Yu.F. Isakov*, 2016, No. 6, pp. 303-309

4. Dzhanelayev B.K. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bolezni Girshprunga u detey: Retrospektivnoe issledovanie [Results of surgical treatment of Hirschsprung's disease in children: A retrospective study]. *West Kazakhstan Medical Journal*, 2021, No. 1, pp. 11-17.

5. Razumovskiy A.Yu. *Bolezni Girshprunga u detey* [Hirschsprung's disease in children]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2019. 368 p.

6. Kogan A.V. Problemy diagnostiki bolezni Girshprunga u novorozhdennykh: klinicheskie primery. *Pediatrics*, 2020, Vol. 11, No. 1, pp. 83-90.

7. Morozov D.A. Operatsiya O.Swenson – bazovaya tekhnologiya khirurgii bolezni Girshprunga [O. Swenson operation – the basic technology of Hirschsprung's disease surgery]. *Detskaya khirurgiya – Pediatric Surgery*, 2016, No. 4, pp. 203-210.

8. Kozlova Yu.A. *Neprokhodimost zheludochno-kishechnogo trakta u detey: natsionalnoe rukovodstvo* [Obstruction of the gastrointestinal tract in children: national leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 752 p.

9. Chakravarti A. [Hirschsprung 's disease]. Internet-metabolicheskie i molekulyarnye osnovy nasledstvennykh zabolevaniy [Internet-metabolic and molecular bases of hereditary diseases]. New-York, Makgrou-Khill Publ., 2014.

10. Amiel J. *Bolezni Girshprunga, assotsirovannye sindromy i genetika* [Hirschsprung's disease, associated syndromes and genetics]. *Journal of Medicine and Genetics*, 2008, No. 45 (1), pp. 14.

11. De La Torre-Mondragon L. Transnatal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. *Journal of Pediatric Surgery*, 1998, No. 33 (8), pp. 1283-1286.

12. Holschneider A.M. *Hirschsprung's Disease and Allied Disorders*. Berlin, Heidelberg, Springer Publ., 2008.

13. Singh S.J. Hirschsprung's disease. The Australian Pediatric Surveillance Unit's experience. *Pediatrics Surgery International*, 2003, No. 19 (4), pp. 247-250.

ХУЛОСА

Д.С. Мирзоев, Х. Ибодов, Ш.Ч. Яхшибекова,
Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов, Ш.Э. Латипов

МУОЛИЧАИ БЕМОРИИ ГИРШПРУНГ ДАР КҶДАКОНИ СИННИ БАРМАҲАЛ

Мақсади таҳқиқот. Мувофиқгардони муолиҷаи бемории Гиршпрунг дар кӯдакони синни барвақтӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. 71 кӯдак дар синни аз се рӯза то сесола таҳти назорат қарор доштанд. Беморон вобаста ба иҷрои навъи амалиёт ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд: 23 (32,4%) кӯдак бо усули проктопластикаи трансаналии эндоректалӣ тибқи De La Torre – Mondragon, 17 (23,9%) нафар тибқи Swenson like у ва 31 (43,7%) кӯдаки дигар тибқи Соаве - Ле-ньюшкин.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаи таҳқиқ дар модар ситомегаловирус, вирус-си табхол ва токсоплазмозро зоҳир намуд. Таҳлили

саривактӣ, ки зухуроти аслии клиникӣ дар рӯзи 2-3-юми баъди таваллуд дар шакли метеоризм, мавҷуд набудани казои ҳоҷати мустақилона ва қай асоси муваффақияти муолиҷаи ҷарроҳӣ махсуб меёбад. Баъди амалиёти ҷарроҳии татбиқшуда таҳқиқи гистологии маводи ҷарроҳӣ аганглиози рӯдаҳоро тасдиқ намуд. Проктопластикаи шикампардагӣ-чатанӣ тибқи Соаве–Ленюшкин дар амсилаи клиника бо буридани фонашакли ғилофаки зардобӣ-мушакӣ дар нақшаи пешгирии хуномоси байниғилофакӣ ва чамъшавии моеъ натиҷабахш аст. Услуби трансаналӣ-эндоректалии пасткунии De La Torre – Mondragon ва Swenson-like бе дастрасии шикампардагӣ бо де-мукозатсияи рӯдаи рост дар шакли трансмақъадӣ

бе иллатнок шудани ҳалқамушак ҳангоми шакли мақъадӣ ва ректосигмоидии бемории Гиршпрунг усули самараноки камлоиш ба шумор меравад.

Хулоса. Паст кардани трансаналии эндоректалии татбиқшуда дар синни бармаҳалӣ ҳангоми кӯдакон нишон дод, ки моторикаи рӯдаҳо дар марҳалаи пасазҷарроҳӣ бе буридани пӯшиши чилдӣ ба зудӣ барқарор мешавад ва натиҷаи амалиёти ҷарроҳии барвақт татбиқшуда барои ба даст овардани натиҷаҳои хуб дар давраи наздиктарин ва дури пасазҷарроҳӣ мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ. бемории Гиршпрунг, эндоректалӣ-трансаналӣ, чатанӣ-сифокӣ, демукотсия, аганглиоз, кӯдакон.

УДК 616.24.76-802

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-61-66

Х.М. Муротов¹, Дж.А. Шамсиев¹, К.Р. Рузбойзода², М.М. Косимов^{1,3}, А.А. Абдувоҳидов¹,
Ф.С. Саъдуллоев^{1,3}, Н.К. Ашуралиев⁴, Б.Дж. Рашидов¹

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ

¹ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра урологии

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбанов К.М.

³ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

⁴ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра трансплантологии и инновационной хирургии

Муротов Хумоюн Музаффарович – соискатель кафедры урологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992934368086; E-mail: khmmdoctor@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения нефролитиаза при интравенальной лоханке.

Материал и методы исследования. Приведены результаты комплексного лечения 154 больных с нефролитиазом при интравенальной лоханке, которые были разделены на 2 группы: основная группа – 78 (50,6%) пациентов, в лечении которых применялась персонализированная хирургическая тактика с использованием современных технологий, и контрольная группа – 76 (49,4%) больных, в лечении которых применялись общепринятые одноэтапные традиционные оперативные вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. Одноэтапная чрескожная пункционная нефролитотрипсия у больных основной группы была выполнена в 55 (70,5%) случаях. Однако, в 5 (6,4%) случаях при сложных вариантах нефролитиаза потребовалась конверсия доступа на люботомный с проведением субкортикальной пиелолитотомии. В 11 (14,1%) наблюдениях при осложненном гнойном калькулёзном пиелонефрите (n=5) и инфицированном гидронефрозе II степени (n=6), на первом этапе выполнялась нефростомия под УЗ-контролем, а на втором этапе произведена чрескожная пункционная нефролитотрипсия (n=7), люботомия субкортикальная пиелолитотомии с нефростомией (n=4). У 12 (15,4%) больных основной группы по строгим показаниям произведено одноэтапное традиционное хирургическое вмешательство с использованием люботомного доступа. У пациентов контрольной группы (n=76) было выполнено открытое люботомное удаление камней из почек. Послеоперационные осложнения у пациентов основной группы отмечались в 7 (9,0%) наблюдениях без летальных исходов. Тогда как у пациентов контрольной группы послеоперационные осложнения отмечались в 18 (23,7%) случаях с 3 (3,9%) случаями летального исхода.

Заключение. Таким образом, при выборе объёма и метода хирургического лечения у пациентов с нефролитиазом при интравенальной лоханке, необходимо строго придерживаться персонализированного подхода и целесообразно отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам.

Ключевые слова: нефролитиаз при интравенальной лоханке, персонализированный подход, чрескожная пункционная нефролитотрипсия, нефростомия, люботомия.