

органов брюшной полости, электроповреждений и пр.). При выполнении вмешательств более высокого уровня важна качественная визуализация, предпочтительно использование не монополярных инструментов, а биполярных энергий и различных систем энергетического лигирования (Liga Sure, Ultracision или др.).

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ НИЖНИХ ЧАШЕЧЕК ПОЧКИ

Лесовой В.Н., Савенков В.И., Мальцев А.В., Левченко Д.А.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шاپовала»,

Центр малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии

Харьковского национального медицинского университета

Малоинвазивные методы лечения дают новые возможности достижения состояния «stone free» у пациентов с камнями нижних чашечек почек.

Цель работы – повышение эффективности лечения пациентов с камнями чашечек почки путем оптимизации выбора малоинвазивного лечения.

Материалы и методы исследования. В период 2013–2015 гг. проведено обследование и лечение 71 пациента с локализацией конкрементов, диаметром 0,5–1,2 см, в нижней группе чашечек почки. Все пациенты были разделены на три группы. В первой группе 31 пациенту была проведена экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) на литотрипторе «Dornier». Во второй группе 14 пациентам была проведена микроперкутанная лазерная нефролитотрипсия с использованием иглы 16G и микрооптики 0,9 мм в диаметре. 21 пациенту третьей группы была проведена ретроградная лазерная фиброволоконная пиелокаликолитотрипсия с использованием фибропиелоскопа «Karl Storz». Для дробления конкрементов во второй и третьей группах использовался неодимовый (Nd:YAG) лазерный комплекс «Лазурит» с волокном Ø 300 мкм.

Результаты и их обсуждение. ЭУВЛ пациентам первой группы были проведены амбулаторно. 20 больным для разрушения камня было достаточно проведение одного сеанса литотрипсии. 5 больным понадобилось проведения двух сеансов, а двум пациентам – трех. Плотность камней у пациентов, которым пришлось проводить повторные сеансы, была выше 950 НУ. Двум пациентам в связи с обструкцией фрагментами камня верхних мочевыводящих путей была проведена контактная уретеропиелолитотрипсия. Состояние «stone free» через месяц достигнуто у 25 пациентов (80,7 %).

Для проведения микроперкутанной нефролитотрипсии у пациентов второй группы доступ к чашечке осуществлялся в 8 случаях под ультразвуковым контролем, а у 6 – комбинированно (ультразвуковой и рентгенологический контроль). У двух пациентов во время операции отмечалось ухудшение видимости из-за незначительного кровотечения из слизистой чашки. В этом случае чрескожный канал был расширен телескопическими бужами до 20 Ch с продолжением нефролитотрипсии и установкой нефростомического дренажа по завершению процедуры. В остальных случаях послеоперационное дренирование лоханки ограничивалось стентированием или установкой мочеточникового катетера 5 Ch. Повышение температуры до субфебрильных цифр в послеоперационном периоде отмечалось у двух пациентов, что требовало усиления антибактериальной терапии. Уровень достижения состояния «stone free» через месяц составил 92,9 % и этот параметр не зависел от плотности и размера конкремента.

У двух пациентов третьей группы из-за наличия стриктуры нижней трети мочеточника потребовалось предварительное стентирование и дилатация мочеточника на стенде, после чего через 5 дней была успешно проведена фиброкаликолитотрипсия. Послеоперационное дренирование лоханки осуществлялось стентированием или установкой мочеточникового катетера 5 Ch. Койко-день составил 3–4 дня. Повышение температуры до субфебрильных цифр в послеоперационном периоде отмечалось у трех пациентов, что требовало усиления антибактериальной терапии. В третьей группе уровень достижения состояния «stone free» через месяц составил 90,5 %. Для проведения фиброкаликолитотрипсии в нижней чашечке существенное значение имел угол расположения оси нижней чашечки.

Выводы. ЭУВЛ является методом выбора при наличии конкремента нижней чашки малой рентгенплотности (до 900 НУ) и благоприятной анатомической конфигурации для отхождения фрагментов (отсутствие инфундибулярного склероза, узкой шейки чашки; угла более 40° между шейкой нижней чашки и мочеточником). Микроперкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивной альтернативой методу стандартной перкутанной нефролитотрипсии и требует

дальшого изучения. Ретроградная фибропиелолитотрипсия является методом выбора для проведения литотрипсии. Метод ограничен в случаях сужения мочеточника, узкой шейки чашки, угла между шейкой нижней чашки и мочеточником менее 40°.

ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КАНАЛЬЦЕВИХ ДИСФУНКЦІЙ У ВИПАДКАХ УРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Мороз О.Л.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка, м. Київ

Актуальність: Розповсюдження випадків єдиної нирки (агенезії або набутої після операцій) є великою проблемою сьогодення. В умовах загального зменшення кількості нефректомії, останніми часами відзначається повільне зростання числа аномалій нефроурінарної системи, які потребують ретельного розгляду та спостереження. Сечокам'яна хвороба (СКХ) є другою після хронічного пієлонефриту, нозологією, що вражає єдину нирку (ЄН) та спричиняє виникнення значного відсотку інвалідизації серед осіб працездатного віку. Діагностика СКХ у осіб з ЄН не є складною, але кількість методів оцінки стану нефрону, що мають прикладне значення та використовуються практичними лікарями, є обмеженою.

З метою встановлення каналцевих порушень у таких випадках визначають рівень урінарного мікроальбуміну в сечі (УМА). Визначення УМА, на разі порушення уродинаміки в ЄН на тлі СКХ, сприяє детальній оцінці ступеню каналцевої дисфункції. Порівняння даних УМА із показниками швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), каналцевої реабсорбції (КР) та бактеріального титру загального мікробного пейзажу сечі, має на меті встановлення наявності кореляційного зв'язку між цими показниками.

Розвиток гострої калькульозної обструкції (ГКО) в осіб із СКХ (уретеролітаз) ЄН є тяжким станом в практиці уролога, потребує термінових діагностичних заходів та надання невідкладної допомоги у вигляді дренивання ниркової миски за допомогою малоінвазивних технологій (тонкоголова пункційна нефротомія – ПН, стентування сечоводу ЄН та інш.), на разі трансуретеральної контактної літотрипсії (ТУКЛ).

Використання тесту УМА сприятиме покращенню діагностики каналцевої дисфункції на різних етапах лікування обструктивної патології єдиної нирки.

Мета: Визначити діагностичну цінність вимірювання урінарного мікроальбуміну в осіб з уретеролітазом ЄН, протягом до - та після малоінвазивного втручання. Встановити можливість його кореляції з показниками ШКФ, КР та титрів бактеріурії.

Матеріали та методи: В умовах урологічного стаціонару обстежено 34 особи (І група) з гострою обструкцією ЄН на тлі каменю середньої (нижньої) третини сечоводу (27 чоловіків, 7 жінок, середній вік 37,5±4,0 років). Визначення УМА в сечі проводили турбідиметричним методом, бактеріурію визначали за Gold, ШКФ за формулою Кокрофта-Голта, КР за допомогою проби Реберга. В усіх випадках малоінвазивним втручанням була контактна літотрипсія (КЛТ), якій завжди передувала пункційна нефростомія (ПН).

Окремо досліджували показники в 29 осіб з т.з. «умовно здоровою єдиною ниркою» (ІІ група). До ІІ-ї групи увійшли 27 осіб з двома нирками, що були визнані практично здоровими. Вимірювання вказаних показників проводили одразу після ПН, на 7-му та 21-ту добу від видалення каменю (ТУКЛ). Статистичні показники встановлювалися за критеріями Ст'юдента-Фішера.

Результати та їх обговорення: На разі «здорової» ЄН (ІІ група) показники УМА були невірогідно підвищеними (у вказані терміни становили у середньому 30,0±3,4; 27,8±2,8 та 28,3±2,9 мг/л відповідно, при p>0,05), що співпадало із середніми даними СКФ (120,4±2,2 мл/хв., 121,0±2,5 мл/хв. та 118,0±1,9 мл/хв., при p<0,05) та КР (92,0%, 93,0% та 92,0%, при p<0,05). Титри бактеріурії склали протягом спостереження у середньому <10⁴ КУО/ мл сечі.

В ІІ-й групі вимірювання у відповідні терміни вказували на нормальні показники: за УМА (у середньому 18,0±1,1; 20,0±1,2 та 19,3±0,9 мг/л, при p<0,05), за ШКФ (у середньому 100,3±2,2 мл/хв., 102,0±2,5 мл/хв. та 100,0±1,9 мл/хв., при p<0,05) та КР (у середньому 96,3%, 97,0% та 97,0%, при p<0,05). Титри бактеріурії склали протягом спостереження <10³ КУО/ мл сечі.

В І-й групі вимірювання у відповідні терміни встановило підвищення усіх вказаних показників. Так, рівень УМА був збільшеним, згодом знижувався, але не сягав норми (у середньому 203,3±9,1; 165,0±8,2 та 99,3±7,0 мг/л, при p<0,05); за даними ШКФ (у середньому 43,2±2,0 мл/хв., 54,0±2,1 мл/хв. та 68,0±1,7 мл/хв., при p<0,05) було встановлено кореляційну залежність від останнього рівнів