

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЕМ МОЧЕТОЧНИКА

Колупаев С.М., Емец Д.А.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Введение. Согласно современным представлениям, мочекаменная болезнь занимает лидирующие позиции в мире по распространенности среди других урологических заболеваний. При этом на долю уретеролитиаза приходится 20–50% от всех случаев калькулезной обструкции мочевыводящих путей.

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов определены основные подходы к хирургическому лечению уретеролитиаза, характеризующиеся как высокой эффективностью, так и доказанной безопасностью. К таковым отнесены экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) и контактная уретеролитотрипсия (КУЛ). Не исключается возможность применения лапароскопических методов, однако первые два обладают значительными преимуществами. Учитывая существование достаточно большого количества альтернативных методик малоинвазивного лечения уретеролитиаза, выбор лечебной тактики в каждом лечебном учреждении во многом определяется наличием аппаратуры для проведения тех или иных малоинвазивных вмешательств, а также специалистов с соответствующим уровнем подготовки.

Цель работы состояла в разработке критериев выбора лечебной тактики у пациентов с камнем мочеточника.

Материалы и методы. В настоящей работе нами проанализированы результаты лечения 108 пациентов (женщин - 61, мужчин - 47) с камнями мочеточника, находившихся на лечении Областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала (г. Харьков). Размеры конкрементов варьировали от 5 до 24 мм. Выбор метода лечения определялся следующими факторами: локализация конкремента (проксимальный либо дистальный отдел мочеточника), размеры камня, а также наличие признаков воспаления в органах мочевыделительной системы. В случае одинаковой целесообразности применения нескольких методов, предпочтение отдавалось наименее инвазивному. У пациентов с локализацией камня в проксимальном отделе мочеточника, независимо от его размеров, в качестве первого выбора рассматривалась ЭУВЛ. При невозможности данного метода, что в большинстве случаев объяснялось сложностью визуализации камня у тучных пациентов, выполнялась контактная уретеролитотрипсия либо уретероскопия с ретроградным смещением камня в полостную систему почки с последующей ЭУВЛ. При локализации конкремента в дистальном отделе мочеточника, как первоочередную методику рассматривали контактную уретеролитотрипсию, либо комбинированное применение ЭУВЛ с последующей КУЛ у пациентов с размерами камня более 2 см.

Результаты. На основании вышеизложенного алгоритма, было проведено лечение 73 пациентов с локализацией камня в проксимальном отделе и 35 больных в дистальном отделе мочеточника. В группе больных с конкрементами проксимального отдела мочеточника ЭУВЛ как монотерапия была выполнена у 64 больных, при этом для полной элиминации фрагментов камня было достаточно одного сеанса у 37 (47,8%) пациентов, 2 сеансов - у 23 (31,5%) больных, в 8 (10,9%) случаях потребовалось 3 сеанса ЭУВЛ. У 5 (6,8%) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечено обострение хронического пиелонефрита, потребовавшее проведения уретеролитоэкстракции и стентирования почки. 3 (4,1%) пациентам, в связи с отсутствием адекватной визуализации камня для ЭУВЛ была проведена контактная уретеролитотрипсия, у 2 (2,7%) больных, в силу анатомических особенностей мочевыводящих путей (фиксированная девиация мочеточника) при уретероскопии было выполнено ретроградное смещение камня в полостную систему почки с последующей ЭУВЛ. В результате проведенного лечения у всех пациентов была восстановлена

проходимость мочевыводящих путей, полной элиминации конкрементов удалось достичь у 69 (94,5%) больных, у 4 (5,4%) пациентов имели место резидуальные фрагменты камня менее 5 мм в нижней чашке почки после ЭУВЛ.

У пациентов с камнем в дистальном отделе мочеточника, в 29 (82,8%) случаях проведена контактная уретролитотрипсия. У 6 (17,1%) больных с крупными (более 2,5 см) камнями применена комбинация двух методов: ЭУВЛ с последующей КУЛ и уретеролитоэкстракцией. В данной группе пациентов во всех случаях была восстановлена проходимость мочевыводящих путей за счет полной элиминации конкрементов.

Все сеансы ЭУВЛ проводились амбулаторно. Средняя длительность пребывания больного в стационаре при проведении эндоскопических методик составило 5, 7 дня.

Выводы. Основным критерием выбора метода малоинвазивного лечения у пациентов уретеролитиазом является локализация камня. В качестве терапии первой линии при расположении конкремента в проксимальном отделе мочеточника следует рассматривать ЭУВЛ. Контактная уретеролитотрипсия является первоочередной методикой при камнях дистального отдела мочеточника. Комбинированное применение данных методов оправдано при крупных размерах конкрементов, независимо от их локализации.

ВИВЧЕННЯ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Литвинець Є.А., Скоропад Н.Т.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) це одне з найбільш поширених урологічних захворювань і зустрічається не менше, ніж у 2-5 % населення, причому найчастіше у віці 20-50 років. Про неї відомо багато, але досі не з'ясовані всі причин утворення каменів. До тепер точаться дискусії щодо проблеми етіології, патогенезу та профілактики як самого захворювання, так і його рецидивів [2, 4]. За даними літератури, в індустріально розвинених країнах щорічно появляється 1500-2000 випадків первинного каменеутворення на 1 млн. населення [4, 7]. Розповсюдженість СКХ в Україні посідає друге місце після інфекції сечових шляхів серед усіх урологічних захворювань і має тенденцію до зростання [2]. Хворі складають 30-45 % всього контингенту урологічних стаціонарів. СКХ стабільно посідає друге місце в структурі причин смертності від урологічної патології. Усе це виправдовує пошук нових методів діагностики та лікування даного захворювання. У вивченій літературі надзвичайно мало робіт, присвячених проблемам біологічної ролі макро- і мікроелементів (МЕ) та залежності від елементного статусу біохімічних, імунологічних змін, що відбуваються в організмі при СКХ.

Важлива роль МЕ в життєдіяльності людського організму не викликає сумнівів. Вивчення мікроелементного статусу при різних захворюваннях становить особливу цікавість. Згідно сучасним уявленням, кожній патології властиві певні відхилення в елементному складі. При цьому дисбаланс елементного гомеостазу не просто супроводжує, а й провокує розвиток різноманітних захворювань, потенціює протікання, переводить їх в хронічну форму [1, 8]. Крім того, деформований мінеральний обмін також змінює фармакокінетичну та фармакодинамічну відповіді на дію лікарських речовин. Серед патогенетичних механізмів при патології нирок певну роль відводять порушенням мікроелементного гомеостазу, зокрема дефіциту есенціальних мікроелементів і надлишку важких металів, що спричинює посилення запального процесу [9, 10].

Упродовж останніх років особлива увага звернута на розвиток патології, пов'язаний із незбалансованим поступленням в організм хімічних елементів. Причому надлишкове поступлення токсичних металів зумовлене високим рівнем хімічного забруднення оточуючого середовища та поглиблюється значним погіршенням якості харчування [1, 3, 8].