

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Колупаев С.М., Емец Д.А., Гарагатый А.И.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Введение. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, широко применяющаяся на протяжении последних десятилетий, не потеряла своей актуальности и по-прежнему является достойной альтернативой эндоскопическим и перкутаным методикам при камнях, размерами до 2 см. Результаты ЭУВЛ, а также возможные осложнения во многом зависят от тактики послеоперационного ведения больных.

Цель работы состояла в изучении факторов, определяющих выбор тактики ведения пациентов после проведения ЭУВЛ.

Материалы и методы. В настоящей работе нами проанализированы результаты применения данной методики у 127 пациентов (женщин - 68, мужчин - 59) с уролитиазом. Средний возраст больных составил 46,7 лет (19-87 лет). Почечная локализация камней имела место у 55 (43,3%), камни мочеточника у 72 (56,69%) больных. Размеры почечных камней варьировали от 6 до 20 мм, размеры камней мочеточников составляли от 5 до 17 мм. Сеансы ЭУВЛ выполнялись на литотриптере Dornier Compact Sigma (Германия), под ультразвуковым контролем.

Тактика послеоперационного ведения больных (амбулаторное или стационарное) определялась локализацией конкремента, его размерами, выраженностью болевого синдрома, а также наличием эпизодов обострения хронического пиелонефрита в анамнезе. Показаниями к стационарному лечению у 22 (17,3%) больных являлись почечная локализация камней, размерами более 1,5 см, болевой синдром, требующий введения более 3 доз анальгетиков в сутки, а также наличие эпизода обострения хронического пиелонефрита в течение двух недель перед проведением ЭУВЛ. Во всех остальных случаях - 105 (82,6%) больных, литотрипсия проводилась амбулаторно. В послеоперационном периоде всем пациентам назначались таблетированные спазмолитики (дротаверин, скополамин) в сочетании с альфа-адреноблокаторами (тамсулозин). Больным, у которых в течение двух предшествующих недель имел место эпизод обострения хронического пиелонефрита парэнтерально назначались антибактериальные препараты. Контрольное обследование проводилось на 5 день после ЭУВЛ и состояло в клинической оценке симптомов мочекаменной болезни (выраженность болевого синдрома, дизурических явлений, количество эпизодов почечной колики), случаев обострения хронического пиелонефрита, а также ультразвуковой оценке состояния почек и мочевыводящих путей, наличия и размеров фрагментов камня.

Результаты. Большинство пациентов (92,4%), находившихся на амбулаторном лечении отметили уменьшение частоты возникновения и выраженности болевых приступов после проведения ЭУВЛ. Госпитализация в течение 5 дней после проведения ЭУВЛ потребовалась 8 (7,6%) пациентам, при этом в 5 (4,7%) случаях она была связана часто повторяющимися приступами почечной колики, в 3 (2,8%) случаях - с обострением хронического пиелонефрита.

В группе пациентов, находившихся на стационарном лечении, учащение приступов почечной колики было отмечено у 6 (27,2%) больных, для купирования которой в 3 (13,6%) случаях требовалось введение наркотических анальгетиков. Обострение хронического пиелонефрита имело место у 2 (9%) стационарных больных. Вышеуказанные осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у больных с почечной локализацией конкремента. По результатам ультразвукового исследования на 5 день после ЭУВЛ отсутствие камней в почках и мочевыводящих путях было отмечено у 76 (72,3%) больных амбулаторной группы и у 14 (63,3%) больных стационарной. У пациентов с остаточными фрагментами камня более 4 мм был проведен повторный сеанс ЭУВЛ.

Выводы. Факторами, определяющими выбор тактики ведения больных после ЭУВЛ являются локализация камня, его размеры, выраженность болевого синдрома, наличие эпизодов обострения пиелонефрита в анамнезе. В качестве тактики первого выбора можно рассматривать амбулаторное ведение пациентов, за исключением случаев почечной локализации конкремента, размерами более 1,5см, выраженного болевого синдрома, требующего введения более 3 доз анальгетиков в сутки, также наличия эпизода обострения хронического пиелонефрита в течение 2 недель перед проведением ЭУВЛ. Учет вышеуказанных факторов позволяет улучшить результаты литотрипсии и снизить риск возникновения осложнений.