

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ КАК АМБУЛАТОРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ

В.И. Савенков, С.М. Колупаев, Д.А. Левченко, А.И. Гарагатый
Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»
Харьковского национального медицинского университета

Введение. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), с момента своего внедрения в 1980 году, получила широкое распространение и в настоящее время широко применяется в мировой медицинской практике. Не смотря на значительный прогресс в разработке новых лапаро- и эндоскопических методик лечения мочекаменной болезни, ЭУВЛ не потеряла своей актуальности и по-прежнему считается первой линией терапии у большинства пациентов с камнями почек и мочеточников. Дальнейшие перспективы применения ЭУВЛ связаны с усовершенствованием технических параметров литотриптеров и разработкой новых, оптимальных методик проведения данной процедуры.

Цель работы состояла в изучении эффективности и безопасности амбулаторного проведения ЭУВЛ у пациентов с уролитиазом.

Материалы и методы. В настоящей работе нами проанализированы результаты применения данной методики у 627 пациентов (женщин - 324, мужчин - 303) с мочекаменной болезнью, проходивших лечение на базе Учебно-научного медицинского центра Харьковского национального медицинского университета с января 2013 по декабрь 2015 года. Средний возраст пациентов составил 49,5 лет (19-88 лет). Камни почек имели место у 275 (43,86%), камни мочеточника у 352 (56,14%) больных. Почечные камни локализовались в лоханке, а также в верхней, средней и нижней группе чашек у 32%, 9%, 29% и 30% пациентов соответственно. Камни верхней и средней трети мочеточника наблюдались соответственно у 29% и 19% больных. Размеры почечных камней варьировали от 7 до 25 мм, размеры камней мочеточников составляли от 5 до 18 мм. Сеансы ЭУВЛ проводились на литотриптере Dornier Compact Sigma (Германия), под ультразвуковым контролем. Количество импульсов определялось размерами камня, а также характером дезинтеграции, наблюдаемой в процессе дробления, и составляло от 700 до 2750 при частоте 90 в минуту и среднем уровне мощности ударных волн, согласно технических характеристик данной модели литотриптера.

В послеоперационном периоде все больные находились на амбулаторном лечении. Для профилактики возникновения болевого синдрома и улучшения отхождения фрагментов камня пациентам назначали таблетированные препараты спазмолитического действия (дротаверин, скополамин) в сочетании с альфа-адреноблокаторами (тамсулозин). Контрольное обследование проводилось еженедельно и состояло в ультразвуковой оценке состояния почек и мочевыводящих путей, наличия и размеров фрагментов камня. По результатам УЗИ, проводилась необходимая коррекция терапии либо повторный сеанс ЭУВЛ, если максимальный размер фрагментов камня превышал 5 мм и (или) имела место «мочекаменная дорожка», длиной более 1,5 см. Состояние “stone-free” констатировалось в случае отсутствия фрагментов камня и расширения верхних мочевыводящих путей при двух контрольных ультразвуковых исследованиях, с интервалом в 2 недели.

Результаты. Процедура литотрипсии, при вышеуказанных параметрах, была безболезненной у 554 (88,35%) пациентов, у 73 (11,65%) больных имел место умеренный болевой синдром, для купирования которого было достаточно внутримышечного введения 1% раствора кеторолака трометамниа (кетанов). Среднее количество сеансов ЭУВЛ, необходимое для полной дезинтеграции конкремента, составило 1,5 при его локализации в лоханке, 1,8 для чашечных камней и 1,3 для камней мочеточника. Количество сеансов ЭУВЛ прямо коррелировало с размерами камня ($p=0,04$). В результате применения ЭУВЛ как монотерапии, состояние “stone-free” было достигнуто у 93% пациентов с камнями мочеточника, 85% больных с камнями лоханки почки и у 79% больных с чашечными камнями. Наблюдалась прямая корреляционная зависимость состояния “stone-free” от исходных размеров конкремента ($p=0,05$).

Поскольку нами был выбран амбулаторный подход в проведении и последующем наблюдении больных после литотрипсии, в качестве осложнения ЭУВЛ нами рассматривалась любая госпитализация, связанная с почечной коликой либо обострением хронического пиелонефрита. В течение первой недели после проведения ЭУВЛ госпитализация потребовалась 57 (9,0 %) больным, из них 30 (4,78%) пациентов были госпитализированы в связи с часто повторяющимися приступами

почечной колики, у 24 (3,8%) больных имело место обострение хронического пиелонефрита. У 51 (8,1%) пациентов с камнями мочеточников для удаления фрагментов камня понадобилось проведение контактной уретеролитотрипсии и уретеролитоэкстракции, 1 больному с целью удаления резидуального фрагмента камня выполнена ретроградная фиброкаликолитотрипсия.

Выводы. ЭУВЛ в амбулаторном режиме является оптимальным методом лечения больных с камнями почек и мочеточников, размерами до 2 см и нормальной проходимость мочевыводящих путей. Данный подход имеет в том числе экономическую целесообразность, так как не связан с затратами на стационарное лечение и, в большинстве случаев, не приводит к временной нетрудоспособности.

МИКРОПЕРКУТАННАЯ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ НИЖНЕЙ ГРУППЫ ЧАШКИ ПОЧКИ

В.И. Савенков, А.В. Мальцев, С.М. Колупаев, Д.А. Левченко

Учебно-научный медицинский комплекс «Университетская клиника» ХНМУ,
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Актуальность: Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) является методом выбора у пациентов с конкрементами менее 15мм нижней группы чашечек почки. Метод ЭУВЛ имеет ряд преимуществ, таких как неинвазивность, возможность проведения в амбулаторных условиях. Однако при наличии неблагоприятной анатомической конфигурации нижней чашки; длинной узкой шейки нижней чашки, угла менее 30° между мочеточником и осью нижней чашки эффективность метода резко снижается.

Чрескожная нефролитотрипсия (ПНЛ) является золотым стандартом в лечении конкрементов более 2см, однако метод является инвазивным и имеет ряд возможных осложнений, таких как: кровотечение, перфорация лоханки и экстравазация мочи, травма ободочной кишки, уросепсис. Кровотечение является самым распространенным осложнением, и его частота прямо пропорционально зависит от диаметра рабочего канала. Выбор тактики при конкрементах нижней группы чашечек остается по-прежнему дискуссионным. В последние десять лет имеется тенденция к минимизации инструмента при чрескожной нефролитотрипсии. С появлением новых тонких оптических систем появилась возможность уменьшить риск осложнений.

Цель работы: улучшить результаты лечения пациентов с конкрементами нижней группы чашечек почки с помощью микроперкутанной лазерной нефролитотрипсии.

Материалы и методы: На базах учебно-научного медицинского комплекса «Университетская клиника» ХНМУ, областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в период с октября 2015г по апрель 2016г проведено обследование и лечение 35 пациентов с конкрементами нижней группы чашечек почки. 14 пациентам первой группы была проведена микроперкутанная лазерная нефролитотрипсия через тубус 11ch. 21 пациенту второй группы проведена экстракорпоральная ударно-волновая нефролитотрипсия. В послеоперационном периоде проведена сравнительная характеристика методов по показателям: состояния «stone free», потребности в НПВС, длительности операции, падения уровня послеоперационного гемоглобина, наличии осложнений.

Результаты: Средний размер и плотность конкрементов в группе микроперкутанной нефролитотрипсии составили 1,7 ($\pm 0,28$)см, 1158,4 (± 329) НУ; во второй группе соответственно 1,5 ($\pm 0,34$)см, 1094,1 (± 394) НУ. Средняя продолжительность операции в первой группе была дольше и составила 75,6 ($\pm 8,8$)мин, а во второй группе 44,0 (± 11)мин. Состояние «stone free» удалось достичь в 100% случаев в первой группе и у 73% пациентов второй группы. Стентирование почки в послеоперационном периоде проводилось у 6 пациентов второй группы в связи с возникновением почечной колики, в группе микроперкутанной лазерной литотрипсии стентирование не требовалось. Среднее снижение гемоглобина в послеоперационном периоде в первой группе составило 11,6 ($\pm 3,1$)г/л, во второй группе 2,7 ($\pm 4,0$)г/л. Количество НПВС в послеоперационном периоде в первой группе потребовалось больше и составило 175,4 ($\pm 42,1$) мг/декскетопрофена, во второй группе 157,1 ($\pm 61,8$) мг. Осложнений в первой группе не было, а во второй группе у одного пациента возникла субкапсулярная гематома, не требующая оперативного пособия.

Выводы: Метод микроперкутанной лазерной нефролитотрипсии является высокоэффективным, малоинвазивным, безопасным с низким уровнем осложнений. Микроперкутанная лазерная