

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

нефролитотрипсия - метод выбора у пациентов с конкрементами диаметром <2см, плотностью >1000 НУ с локализацией в нижней группе чашечек почки, особенно при наличии неблагоприятной анатомической конфигурации для отхождения конкрементов.

ЭУВЛ является методом выбора у пациентов с конкрементами диаметром ≤1,5см, плотностью <1000 НУ с локализацией в нижней группе чашечек почки, особенно при наличии угла между осью нижней чашки и мочеточником более 30°.

НАШ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА

Стецишин Р.В.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»
Харьковская медицинская академия последипломного образования

На сегодняшний день, в руках опытного уролога уретроскопия является высокоэффективным и минимально инвазивным лечебно-диагностическим методом, не связанным с риском большой частоты осложнений. В связи с этим уретроскопия в сочетании с интракорпоральной литотрипсией стала наиболее успешным методом лечения камней дистальных отделов мочеточника, являясь в настоящее время методом первой линии хирургического лечения. Несомненно, успехи в уретроскопическом лечении камней мочеточника напрямую связаны с развитием современных эффективных уретероскопов, новых устройств для захвата и тракции фрагментов конкремента, новых видов литотрипторов. В то же время, несмотря на технические и технологические успехи в эндоскопическом лечении камней мочеточника, неудачи и осложнения при их лечении все еще имеют место и некоторые из них носят продолжительный характер.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов со сложными камнями мочеточника.

Материалы и методы. В клинике урологии ХМАПО на базе ХОКЦУН нами было обследовано 1277 пациентов с камнями мочеточника. Из них у 1034 удаление камней из мочеточника было выполнено путем контактной литотрипсии с использованием ультразвукового литотриптора или тракции камня щипцами либо корзиной Дормиа и 243 пациента, которым была выполнена контактная лазерная литотрипсия.

Обсуждение полученных результатов. При анализе результатов контактной ультразвуковой литотрипсии у пациентов с камнями мочеточника, оказалось, что осложнения и/или неудачи литотрипсии имели место у 231 из них.

При этом у 82 (35,5%) пациентов имели место такие интраоперационные осложнения, как ложный ход у 38 (16,5%), перфорация стенки мочеточника у 17 (7,4%), кровотечение, повлекшее прекращение операции у 6 (2,6%) и авульсия мочеточника у 1 (0,4%).

Ранние послеоперационные осложнения отмечены нами у 179 (77,5%) больных. При этом гипертермический синдром в течение нескольких суток после операции отмечен у 62 (26,8%), почечная колика у 61 (26,4%), персистирующая гематурия в течение 2-6 суток после операции была у 56 (24,2%) больных.

При этом неудачи операции, связанные с невозможностью достижения статуса “stone free” имели место у 197 (85,3%) больных. Поздние послеоперационные осложнения отмечены у 90 больных данной группы, в виде стриктур мочеточника у 12 (5,2%) и преходящего пузырно-мочеточникового рефлюкса у 78 (33,8%) больных.

При проведении мультивариантного анализа ряда характеристик конкремента у пациентов группы ультразвуковой литотрипсии нами выявлены следующие особенности.

При отсутствии осложнений у пациентов с камнями мочеточника конкременты, как правило, располагались в нижней 1/3 мочеточника, имели размеры до 0,9 см и плотность не более 1000 ед. Хаунсфилда. В данном случае вероятность развития осложнений и неудач не превышала 1,2%.

В результате проведенного анализа нами предложен термин «сложного камня» мочеточника. В это понятие мы вкладываем высокую вероятность развития осложнений и неудач при лечении камней мочеточника с использованием «стандартных» методов контактной уретеролитотрипсии, например с использованием современных ультразвуковых литотрипторов.

К сложным камням мочеточника относятся:

1. Конкременты любых размеров и плотности при локализации в верхней и средней трети мочеточника.