

Терміни перебування каменя в сечоводі до виконання уретероскопії склали: до 10 діб - у 22 (44%) спостереженнях, від 11 до 20 - у 14 (28%), від 21 до 30 діб - у 8 (16%) випадках, від 31 до 90 діб - у 4 (8%) і більше 90 діб - у 2 (4 %) спостереженнях. Для руйнування каменів сечоводу використовувався уретроскоп фірми «Olympus» та ультразвуковий генератор «Karl Storz».

Результати. Уретероскопію ми вважали ефективною, якщо конкремент був інтраопераційно повністю видалений за допомогою петлі або щипців, або зруйнований до дрібних фрагментів, гарантовано здатних до мимовільного відходження. Неefективною операцію вважали у разі відсутності візуалізації конкременту (внаслідок анатомічних особливостей сечоводу, при міграції каменя чи великих фрагментів) без можливості їх інтраопераційного руйнування. Із 52 виконаних уретероскопій успішними були 50. Таким чином, ефективність методу склала 96%. Найбільш ефективно були проведені операції при локалізації каменів у нижній і середній третині сечоводу - відповідно в 99% і 93% випадків. Післяопераційне перебування хворих з неускладненим уретеролітіазом у стаціонарі складало в середньому від 4 до 6 діб. Наявність стента у сечоводі працездатність хворих практично не обмежувала. Видалення його проводили при повторному відвідуванні амбулаторно.

У ранньому післяопераційному періоді тільки 10% хворих скаржилися на значні болі в поперековій ділянці. Помірна дизурія, відчуття дискомфорту при сечовипусканні виникали досить часто у 32 (64%) з подразнювальною дією самого стента. Про це свідчить і те, що після видалення катетера описані вище скарги зникали без додаткового лікування.

Інтраопераційні ускладнення: надрив слизуватої сечоводу у 2 пацієнтів (4%), неуспішна уретроскопія у 2 (4%); післяопераційні – загострення пієлонефриту у 6-х (12%).

Висновки

1. Уретероскопія і контактна літотрипсія є високоефективним методом лікування хворих з каменями середньої та нижньої третини сечоводу. Ефективність їх складає 93,3% і 99,1% відповідно.

2. У разі локалізації каменів верхньої третини сечоводу необхідним є зважений підхід до проведення цієї операції. Її слід застосовувати при досить великому досвіді хірурга і за наявності можливості виконання перкутанної нефротомії та екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії.

3. Уретероскопія є операцією вибору в хірургічному лікуванні каменів сечоводів.

ПЕРКУТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ПОЧЕК НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Савенков В.И., Мальцев А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Эндоскопический метод лечения нефролитиаза в последние 20 лет находит все более широкое применение и этим методом удаляются до 70 % коралловидных и множественных камней. В последние годы в литературе утвердилось положение о том, что сахарный диабет является еще одним существенным фактором риска литогенеза. Гипергликемия при диабете второго типа ведет к выведению глюкозы с мочой, что в свою очередь ведет к повышению выделения кальция, фосфора и мочевой кислоты. Этот вопрос обсуждался в ряде научных публикаций, однако специально изучение сопряженности камнеобразования и нарушений обмена, сопровождающихся сахарным диабетом, не проводилось.

Целью исследования явилось изучение возможности широкого использования перкутанных методик лечения камней почек у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. В основу работы легли результаты проведения 33 операций (перкутанная нефролитотрипсия), осуществленных в течение января-марта 2015 года в Центре малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии Харьковского национального медицинского университета. Мужчин было 12, женщин – 21. Больные были в возрасте от 18 до 76 лет (38,6±4,2 года). 19 пациентов имели нормальный уровень гликемии (1-я группа), у 14 пациентов имел место сахарный диабет (2-я группа). Уровень гликемии во 2-й группе колебался от 7,8 до 15,7 ммоль/л (10,4±1,8 ммоль/л). Показаниями к данному вмешательству были: множественные конкременты почки, крупные (более 2 см), камни единственной или аномальной почки, после неудачных попыток дистанционной литотрипсии, а также коралловидные камни, у пациентов с ожирением. Всем пациентам на догоспитальном этапе был выполнен бактериологический посев мочи, по результатам которого проведена предоперационная антибиотикотерапия. Так как при сахарном диабете особенно страдают сосуды почек на фоне прогрессирующей микроангиопатии, во 2-й группе лечение

проводилось на фоне приема ангиопротекторов. 15 вмешательств были выполнены на правой почке, 17 – на левой и одно с двух сторон одновременно, при этом у 5 больных – на единственной почке. Размер камней измеряли в миллиметрах на основании данных ультразвукового исследования верхних мочевых путей и компьютерной томографии. Средний размер камней составил $30,3 \pm 0,6$ мм. Всем пациентам перкутанные нефролитотрипсии были выполнены в положении на животе, из них через один доступ – у 19, два доступа – у 9 больных, через три – у четверых, четыре доступа потребовались одному больному. Всем пациентам нефролитотрипсия выполнялась одним хирургом и использовалась только пневматическая литотрипсия, что дало возможность объективно оценить эффективность лечения в группах.

Результаты и обсуждение. Малая выборка больных не позволяет статистически значимо сравнить результаты, но дает возможность оценить эффективность перкутанной хирургии у пациентов с сахарным диабетом. Серьезных интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения (обострение хронического пиелонефрита, макрогематурия) наблюдали у 15,8 % больных 1-й группы и у 14,3 % – 2-й. Кровотечения, требующего переливания крови, и травм соседних органов не было. Эффективность ПНЛ в 1-й группе составила 94,7 %, к дополнительным вмешательствам (дистанционная литотрипсия) прибегли в отношении одного больного (5,3 %). Во 2-й группе эффективность ПНЛ составила 92,9 %, одному больному (7,1 %) дополнительно выполнена дистанционная литотрипсия. Достоверных различий по эффективности перкутанной нефролитотрипсии, объему кровопотери и срокам госпитализации установлено не было. По данным лабораторных, инструментальных методов исследования у всех пациентов отмечали нормализацию уродинамики верхних мочевыводящих путей и улучшение функции почки. Частота осложнений после выполнения перкутанной нефролитотрипсии была невысока, поскольку ни один пациент не был подвергнут открытой операции. Следовательно, полученные результаты расширяют показания к применению данного метода.

Для эндоуролога важен размер камня (камней), количество, объем, конфигурация, локализация, наличие трудностей вмешательства, обусловленных возможными аномалиями развития. Страдает ли пациент сахарным диабетом или имеется инфекция верхних мочевых путей, не является принципиальным, т.к. операция по эндоскопическому удалению камня осуществляется планомерно, после предварительной подготовки. Соответственно, до операции пациент с сахарным диабетом должен быть компенсирован и подготовлен соответствующим специалистом, а инфекция верхних мочевых путей должна быть ликвидирована или, по крайней мере, быть контролируемой.

Выводы. Таким образом, перкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивным и эффективным методом оперативного лечения больных с камнями почки на фоне сахарного диабета. При подготовке к нефролитотрипсии необходимо учитывать не только показатели уровня гликемии, но и состояние жизненно важных органов, имея в виду вероятность развития поздних осложнений, а также рутинное бактериальное исследование мочи с последующей антибиотикопрофилактикой.

ГІДРОКОЛОНОТЕРАПІЯ БЕРЕЗІВСЬКОЮ МІНЕРАЛЬНОЮ ВОДОЮ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Сердюк А.І., Макаров Д.В., Василенко О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»
ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», Харківська область

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – це одна з найбільш поширених урологічних патологій, що зустрічається у 1-3% населення. Згідно сучасних рекомендацій з ведення пацієнтів з уролітіазом Європейської асоціації урологів, консервативна терапія, показана у всіх випадках, коли конкремент не викликає значного порушення відтоку сечі і значної гідронефротичної трансформації і немає атаки гострого піелонефриту, включає в себе загальнозміцнюючі заходи, дієтичне харчування, лікарське і санаторно-курортне лікування. В умовах даного санаторію окрім загальноприйнятого методу прийому мінеральної води всередину per os, застосовуються і спеціальні методи її прийому, в т.ч. і кишкові зрошення.

Метою проведення даного дослідження було вивчення ефективності застосування гідроколонотерапії Березівською мінеральною водою у складі комплексного санаторно-курортного лікування хворих СКХ.