



24-25 ТРАВНЯ

**УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ,
НЕФРОЛОГІЯ —
ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ,
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ДОПОЛНЕННАЯ RIRS В ХИРУРГИИ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

Мальцев А.В., Дубинина А.Н

Университетская клиника ХНМУ

Введение. Коралловидные конкременты - крупные камни, занимающие почечную лоханку не менее чем с одним ответвлением в чашечку почки. На современном этапе выбор лечения коралловидного нефролитиаза является одной из самых трудных задач в урологии. Высокая распространенность мочекаменной болезни и, в частности, камней почек определяет актуальность поисков и путей развития новых малоинвазивных методов эндоскопического лечения. Предметом дискуссии остаются выбор метода элиминации конкрементов, оценка морбидности и экономичности при различных видах вмешательств в зависимости от стадии и длительности заболевания, наличия инфекционных осложнений и хронической почечной недостаточности. При этом безопасность, радикальность, эффективность и экономичность являются принципами ведения пациентов с коралловидным нефролитиазом.

Согласно последним рекомендациям EAU, перкутанная контактная нефролитотрипсия стала общепринятым мировым стандартом в лечении этой категории пациентов и привела к резкому сокращению числа открытых оперативных вмешательств по поводу камней почек. Основными преимуществами метода являются малая травматичность, сравнительно невысокая продолжительность операции, сокращение длительности послеоперационного нахождения пациента в стационаре. Несмотря на довольно длительный период, прошедший с момента становления методики ПНЛ, эндоскопические операции при коралловидных камнях остаются прерогативой отдельных клиник, что связано с трудоемкостью техники ПНЛ и необходимостью наличия специального инструментария.

Понятие «сэндвич-терапии» чаще используется при сочетании ПНЛ с последующей ДЛТ резидуальных фрагментов. RIRS используется чаще как самостоятельный вид хирургии камней почек размером до 2 см.

Материал и методы. В основу работы легли результаты проведения 176 перкутанных нефролитотрипсий по поводу коралловидных камней, в том числе у пациентов с единственной или единственно функционирующей почкой, выполненных в течение 2015-2017 гг. а в Университетской клинике Харьковского национального медицинского университета. Мужчин было 71 и 105 женщин в возрасте от 21 до 78 лет.

Стремясь добиться stone free, мы в своей работе начали комбинировать ПНЛ с RIRS в лечении пациентов с коралловидными камнями. В 58 из 176 случаев ПНЛ была дополнена RIRS. Фиброоптический уретеропиелоскоп в комбинированном лечении использовался в случаях локализации небольших фрагментов конкремента или ответвления последнего в чашечку 2-го порядка, а также мигрировавших в труднодоступные отделы ЧЛС, для удаления которых требовался дополнительный доступ. С этой целью выполнялась либо лазерная литотрипсия *in situ*, либо перемещение нитиновым экстрактором конкремента/фрагмента в освобожденную от камня лоханку с последующей литолапаксией через уже имеющийся пункционный доступ. ПНЛ выполнялась по стандартной методике в положении пациента на животе. При необходимости использования фиброуретеропиелоскопа после основного этапа ПНЛ, пациента переворачивали на спину и далее все манипуляции продолжали в этом положении с использованием мочеточникового кожуха.

Всем пациентам на догоспитальном этапе был выполнен бактериологический посев мочи, по результатам которого проведена предоперационная антибиотикотерапия. Эндоскопическое оборудование было использовано фирмы Karl Storz, а для разрушения конкрементов пневматический литотриптор «Swiss Lithoclast» и лазерный литотриптор

«Lumenis VersaPulse 60». Данные оперативные пособия выполнялись одним хирургом, что дало возможность объективно оценить эффективность лечения.

Результаты и обсуждение. Критериями оценки результатов лечения служат полнота удаления камня и осложнения проведенного лечения. Так, по данным литературы, эффективность ПНЛ как монотерапии в лечении коралловидных камней составляет 59,5-74,7%.

Средний срок пребывания пациентов в стационаре после операции составил 6,3 койко-дня, средний срок удаления дренажей после операции – 3,5 сут. Частота осложнений после выполнения перкутанной нефролитотрипсии как монотерапии, так и в комбинации с RIRS была невысока, так не было ни одного осложнения выше II-ой степени по классификации Clavien-Dindo. Из-за выраженной геморрагии и ухудшения визуализации в 12 случаях из 58 RIRS была неэффективна. Суммарная эффективность лечения для состояния stone free составила 92,3%.

Выводы. Одновременное применение RIRS и ПНЛ может быть целесообразным для достижения полного удаления коралловидных камней после однократной процедуры, позволяя избежать необходимости многократных доступов в почку. Однако для применения такого подхода нужно обладать значительным опытом и сложным, дорогостоящим оборудованием, поэтому его нельзя рекомендовать в качестве стандартного.

СОЛИДАГОРЕН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИСТАЛЛУРИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

Россихин В.В., Мегера В.В., Бухмин А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

*Проведено исследование, в процессе которого были доказаны эффективность и безопасность применения фитопрепарата Солидагорен при кристаллурическом сладже (КС). Препарат Солидагорен является фитопрепаратом (смесь травы золотарника обыкновенного (*Solidago virgaurea* L.), травы лапчатки гусиной (*Potentilla anserina* L.), травы хвоща полевого (*Equisetum arvense* L.) проявившем высокую активность при кристаллурии и как средство профилактики уролитиаза. В процессе исследования клинически оценивалась эффективность препарата Солидагорен, его переносимость. На фоне терапии у всех больных отмечалась положительная динамика в виде исчезновения или уменьшения интенсивности и частоты возникновения болевых ощущений, нормализация рН и цитологии в клинических анализах мочи.*

Часто при ультразвуковом исследовании почек и мочевыделительных путей выявляются неоднородность концентрированной мочи в полостной системе почки мочевыделительной системе, не дающие феномен «каменной дорожки», что оценивается как признак кристаллурического диатеза (КД). Характер же КД – уратурия, оксалурия, фосфатурия и т.п. – определяется уже при последующем клинико-лабораторном и биохимическом обследовании пациента.

Подобную эхографическую находку можно определить как термином «кристаллурический сладж» (КС) (crystalwise sludge - в переводе с англ. sludge означает «ил, грязь»). Адекватного эквивалента в русском языке не было найдено. Необходимо отметить, что в отечественной медицинской литературе имеют хождение такие термины, как сладж эритроцитов [1, 5], билиарный сладж [6, 9].

Для КС специфичны: 1. Микролитиаз - взвесь мелких гиперэхогенных частиц (ВГЧ), смещаемых при изменении положения тела, не дающих акустической тени. 2. Эхонеоднородная моча, смещаемая и не дающих акустической тени. 3. Сочетание эхонеоднородной мочи (ЭНМ) с микролитами.