

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ УРЕТЕРОЛИТИАЗЕ

Д.В. Черкасов, Г.В. Бачурин, В.М. Черкасов

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

В настоящее время основными неоперативными методами лечения уретеролитиаза являются дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ).

В работе представлены результаты обследования и лечения 223 пациентов с камнями мочеточников. Среди них было 135 женщин и 88 мужчин. По локализации у 102 пациентов камни находились в нижней трети мочеточника, у 15 – в средней трети, у 106 – в верхней трети мочеточника. Размеры камней колебались от 5 до 16 мм.

ДЛТ проводилась на литотрипторе Siemens Modularis Variostar. КЛТ выполняли с помощью ригидного уретероскопа 9,5 Шр фирмы Karl Storz и пневматического литотриптора Calcusplit Karl Storz.

Первичная эффективность сеанса ДЛТ камней верхней трети мочеточника составила 82% (67 пациентов), средней трети – 89% (8 пациентов), нижней трети – 74% (22 пациента). Наиболее часто встречались такие осложнения, как

возникновение «каменной дорожки» в 11% случаев (13 пациентов), почечная колика – 8% (9 пациентов), обострение хронического пиелонефрита – 5% (4 пациента).

Эффективность КЛТ при расположении камня в верхней трети составила 60% (14 пациентов), в средней трети – 76% (4 пациента), в нижней трети – 96% (69 пациентов). Из осложнений чаще всего возникала миграция камня в ЧЛС интраоперационно – 11% случаев (11 пациентов), а в послеоперационном периоде – обострение хронического пиелонефрита в 19% случаев (19 пациентов). Полная элиминация фрагментов камня после ДЛТ в течение 2 месяцев отмечена в 93% случаев (112 пациентов).

Применение ДЛТ наиболее целесообразно при камнях верхней и средней трети, а КЛТ наиболее эффективно при камнях нижней трети. ДЛТ менее травматичный и неинвазивный метод лечения, поэтому является приоритетным в лечении больных с камнями мочеточника.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАФИЛАКТИКИ МКБ

В.И. Воцкула, А.Д. Гапоненко, Т.М. Юрага

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

В структуре урологической патологии мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из ведущих мест. Современные подходы к терапии МКБ требуют определения точного вида камнеобразования, что способствует правильному выбору схем лечения и метафилактики МКБ и снижает в последующем процент рецидивов камнеобразования. Однако на практике помочь пациентам с МКБ чаще всего заключается в удалении камня различными способами, без последующего его анализа и назначения специфических рекомендаций.

Нами за период 2005–2012 гг. выполнен анализ 494 мочевых камней пациентов из раз-

личных регионов Республики Беларусь. По химическому составу распределение камней оказалось следующим (n=494): кальция оксалат – 285 (57,7%), мочевая кислота – 98 (19,8%), струвит – 44 (8,9%), кальция оксалат + мочевая кислота – 26 (5,3%), апатит – 22 (4,5%), урат аммония – 8 (1,6%), цистин – 4(0,8%), брушит – 3 (0,6%), ксантил – 2 (0,4%), тирозин – 1(0,2%) и 2,8 ДГА – 1(0,2%). Как видно, кальция оксалат и мочевая кислота являются наиболее частыми видами камней.

Пациентам также выполнялись лабораторные тесты, включавшие общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи,

цистиновый тест, биохимическое исследование крови и мочи.

При сопоставлении данных биохимии мочи и анализа мочевых камней расхождение трактовки результатов выявлено в 29% случаев. Наиболее часто расхождения имели

место в группе струвитных и пуриновых камней.

Таким образом, для выбора способа метафилактики МКБ необходимо комплексное обследование пациентов, обязательным условием которого является анализ камня.

ФИТОПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

В.И. Вощула, А.И. Вилюха, А.Д. Гапоненко, В.Ю. Лелюк

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучение эффективности препарата Канефрон Н (Bionorica, Германия) для профилактики рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование включены 128 женщин в возрасте 18–65 лет (ср. возраст $33,6 \pm 9,5$) с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей (ИМП). Исследуемую группу составили 78 женщин, которым назначен Канефрон по 6 таб/день в течение трех месяцев. В контрольную группу вошли 40 пациенток, которым после купирования обострения лечение не назначалось.

Результаты и их обсуждение. При статистической обработке результатов исследуемые группы исходно не различались (Колмогорова–Смирнова $\lambda_{\text{эмп}} = 0,15 < 1,36 = \lambda_{\text{кр}}$ ($p < 0,05$)).

За 3 месяца 18 (45,0%) пациенток из группы контроля имели обострения, в то время как в группе Канефрана обострения наблюдались у 31 (39,7%) пациентки. В группе Канефрана 3-месячный интервал рецидивирования составил 0,008 в год, а в контрольной группе 0,014 в год

($p < 0,05$). Относительный риск клинического рецидивирования (Relative risk (RR)) составил 0.88 (95% CI: 0.57 to 1.37). Соотношение рисков Odds ratio (OR) = 0.81 [95% CI 0.37–1.74]. Для данного периода наблюдения мы не выявили различий между группами по числу развития рецидивов ($p > 0,1$).

За 6 месяцев, с учетом предыдущих 3, из группы контроля имели обострения 33 (82,5%) пациентки, а в группе Канефрана – 49 (62,8%) пациенток. В группе Канефрана интервал рецидивирования за 6 месяцев составил 0,006 в год, а в контрольной группе – 0,015 в год ($p < 0,05$). RR составил – 0.76 (95% CI: 0.61 to 0.95), OR = 0.36 [95% CI 0.14–0.91] в пользу группы Канефрана. Риск развития рецидива среди пациентов, принимавших Канефрон, значительно ниже по сравнению с контрольной группой (для RR и OR $p < 0,05$).

Вывод. Анализ результатов 6-месячного наблюдения показал статистически достоверное снижение риска рецидивов ИМП у женщин после 3-месячного курса Канефрана.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАСАКРАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Ю.П. Серняк, А.С. Фуксзон, Ю.В. Рощин, М.В. Криштопа

Кафедра урологии ФИПО ДонНМУ

Частота повреждений спинного мозга в современном обществе составляет от 1,5 до 4 на

100 000. Максимальный риск травмы существует в возрасте 15–35 лет. Примерно у 61% пациен-

тов отмечают нейрогенные расстройства мочеиспускания и функции кишечника. У 1/3 пациентов с травмой спинного мозга причиной смерти являются изменения в верхних мочевых путях.

В клинике урологии ФИПО ДонНМУ мы наблюдали 19 человек с супрасакральными повреждениями спинного мозга. Из них женщин было 4 (21,1%), мужчин 15 (78,9%). Причиной обращения в клинику у них явилась: мочекаменная болезнь у 6 (31,6%) пациентов, стойкая дилатация ВМП у 8 (42,1%) больных, атаки пиелонефрита не менее 3 раз в месяц у 9 (47,4%) пациентов, наличие остаточной мочи более 150 мл у 19 (100%) пациентов, недержание мочи у 19 (100%) пациентов.

При уродинамическом исследовании у всех больных была выявлена нейрогенная гиперактивность детрузора со снижением физиологической емкости мочевого пузыря до 40–120 мл и наличием гиперактивных сокращений детрузора с подъемом внутрипузырного давления до 50–140 см водного столба.

Основными задачами терапии у данных пациентов явились санация МВП, профилактика атак инфекции, восстановление качества жизни. При начале терапии было проведено обуче-

ние пациентов и (или) их родственников приемам чистой периодической катетеризации. Инициально с целью снижения тонуса мочевого пузыря использовали толтеродин 4 мг/сут. в сочетании с солифенацином 10 мг/сут. При неэффективности данной терапии в течение 3 месяцев, наличии побочных эффектов, нежелании пациентов использовать данный вид лечения, у 7 (36,8%) больных использованы внутрипузырные инъекции ботулотоксина.

В результате проводимой терапии у всех пациентов отмечено улучшение как общего состояния (снижение частоты атак пиелонефрита, отсутствие рецидивов МКБ и пр.) так и качества жизни (резкое уменьшение эпизодов недержания мочи, активизация деятельности, улучшение самочувствия). При контрольном уродинамическом исследовании отмечено увеличение функциональной емкости мочевого пузыря до 320–510 мл, со снижением внутрипузырного давления при гиперактивных сокращениях до 25–60 см водного столба.

Таким образом, пациенты с супрасакральными повреждениями спинного мозга нуждаются в детальном нейроурологическом обследовании и всесторонней реабилитации функций как нижних, так и верхних мочевыводящих путей.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ

*В.П. Стусь, Н.Н. Моисеенко, Е.П. Украинец, А.Л. Суварян, С.В. Шомченко,
Э.А. Светличный, А.М. Фридберг, А.А. Можейко*

*ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
г. Днепропетровск, Украина*

Камни, выполняющие всю чашечно-лоханочную систему почки, называются коралловидными. Согласно литературным данным коралловидный литиаз встречается у женщин в 2 раза чаще чем у мужчин. Максимальная заболеваемость встречается в возрасте 30–50 лет. Жалоб, свойственных только для больных с коралловидными камнями нет. Как правило, выявляются камни случайно при ультразвуковом исследовании (УЗИ) или на обзорной уrogramме при обследовании по поводу других заболеваний. Лечение коралловидного литиаза остается сложной и пока неразрешенной проблемой. Контактная и дистанционная литотрипсия не-приемлемы в случае нарушенного оттока мочи

из почки, вследствие педункулита, добавочных сосудов и др.

Под нашим наблюдением было 112 больных с коралловидными камнями почек, находившихся в отделении урологии №1 КУ «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова» с 2007 г. по 2013 г. Из них мужчин 44 (39,6%), женщин 68 (60,4%). По данным нашего исследования чаще заболевание встречается в возрасте 60–70 лет. Камни локализовались примерно одинаково в левой почке – 50 больных (45%), и в правой почке – 49 больных (44%), в обеих почках – 11 больных (9,9%), в подковообразной почке – 1 больной (0,9%), в единственной почке – 1 больной (0,9%). По видам про-

водимого лечения больные распределились следующим образом: органосохраняющие операции – 61 человек (54,46 %), органоуносящие – 30 человек (26,79 %), контактная литотрипсия – 8 человек (7,14%), консервативное лечение – 13 человек (11,61%). Из органосохраняющих операций: у 13 пациентов выполнена пиелолитотомия, пиелонефролитотомия выполнена у 10 пациентов, у 35 пациентов выполнен уретеролиз, пиелолитотомия, у троих пациентов – удаление коралловидного камня с резекцией почки. Контактная литотрипсия (КЛТ) камня выполнена у 8 пациентов. У 30 человек выполнена нефрэктомия. Практически во всех случаях оперативного удаления коралловидных камней необходимо выполнение уретеролиза, т.е. тщательного выделения верхней трети мочеточника и лоханки из окружающей рубцово-измененной оклопочечной клетчатки с последующим иссечением рубцово-измененной клетчатки в области ворот почки. При внутрипочечной лоханке выполняется пересечение губы почки, после предварительного прошивания и перевязки паренхимы почки. Нефролитотомия выполняется в случаях, когда чашечная часть камня булавовидно расширена и не может быть извлечена через узкую шейку чашки. В том случае, когда лоханочная часть камня не извлекается из-за «вросших» чашечных фрагментов или размер камня значительно превышает лоханочный доступ, мы выполняем механическую фрагментацию камня и извлекаем его по частям. Не удаленные мелкие фрагменты камня в последующем удаляются путем контактной литотрипсии или дистанционной литотрипсии. Мочевые пути дренируем, чаще всего, с помощью стента либо нефростомы, установленной через нижнюю чашку.

Таким образом, на основании нашего материала, мы можем утверждать, что консерва-

тивное лечение коралловидного уролитиаза не может быть приемлемым в настоящее время (даже если у больного нет жалоб, отсутствуют изменения в моче, нет инфекции). Относительным противопоказанием к удалению камня может быть тяжелая сопутствующая патология. Наличие коралловидного камня нарушает отток мочи из почки, ведет к гибели функционирующей паренхимы, инфицированию почки, возникновению осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (инфаркты, инсульты). Метод удаления камня зависит от опыта, оснащенности, существующих анатомических особенностей мочевых путей, сопутствующей патологии других органов и систем. Важно тщательно высвободить пиелоуретральный сегмент и лоханку почки, удалить лоханочную часть камня и восстановить отток из гидронефроза измененных чашек. Оставшиеся чашечные камни могут быть удалены с помощью дистанционной, либо контактной литотрипсии. Мы применяем механическое фрагментирование камня в лоханке, в случае невозможности удаления его целиком. В случае, если оставшиеся чашечные камни не обнаруживают тенденции к росту, не вызывают гидрокаликоза, возможно динамическое наблюдение. Частое инфицирование мочевых путей при коралловидном литиазе требует проведения антибактериальной терапии, что улучшает уродинамику в мочевых путях, способствует уменьшению рецидивирования камнеобразования. Все больные, подвергнувшиеся удалению коралловидных камней любым способом (оперативное вмешательство, КЛТ, ДЛТ), должны активно наблюдаваться в уролога. Сроки обследования: 3 месяца, 6 месяцев, 1 год с момента удаления камня. Объем обследования: УЗИ почек, креатинин крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.