

5. Prognostic impact of office versus ambulatory blood pressure control in treated hypertensive patients / P. Verdecchia [et al.] // J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19 (Suppl. 2). – P. 3.

6. Lewington S., Clarke R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington, R. Clarke // Lancet. – 2006. – Vol. 360. – P. 1903–1913.

Реалізація гемодинамічної стабільності у разі поєднаної анестезії у літніх хворих

О.О. БУГАЙ, А.В. ТХОРЕВСЬКИЙ, Ю. В. АЛЕКСАНДРОВА, В.В. РУДЯК

Резюме. *Стаття присвячена профілактиці гемодинамічних ускладнень у разі поєднаної анестезії у літніх хворих.*

Ключові слова: *гемодинамічна стабільність, системна гемодинаміка, літній вік.*

Realization haemodynamic stability of age-old patients at the united anaesthesia.

A. BUGAJ, A. THOREVSKY, V. ALEXANDROVA, V. RUDYAK

Resume. *The article is sanctified to the prophylaxis of haemodynamic complications at the united anaesthesia for age-old patients.*

Keywords: *haemodynamic stability, system hemodynamics, age-old patients.*

УДК 611.61-089

Застосування черезшкірної пункційної нефростомії в поєднанні з контактною лазерною літотрипсією у хворих на ускладнений уретеролітаз

Д.О. ВАЛЕРКО

Резюме. *На лікуванні в клініці Інституту урології АМН України в період з 2006 по 2012 р. перебували 9 хворих з ускладненим уретеролітазом, яким було проведено контактну лазерну літотрипсію в комплексі з черезшкірною пункційною нефростомією. Середній розмір каменя становив 16,5 мм, термін перебування каменів у сечоводі до літотрипсії в середньому становив 31 день. Черезшкірна пункційна нефростомія дозволила ліквідувати явища обструкції у 100% хворих з обструкцією сечоводів каменями. В усіх випадках було досягнуто повної фрагментації каменів.*

Ключові слова: *уретеролітаз, ускладнення, контактна лазерна літотрипсія, черезшкірна пункційна нефростомія.*

Сечокам'яна хвороба посідає одне з провідних місць серед урологічних захворювань, 2–3% населення планети страждають на уролітіаз. В індустріально розвинутих країнах щорічно реєструють 1,5–2 млн пацієнтів із каменями в органах сечовидільної системи, що сформувалися вперше. Уролітіаз вражає найчастіше саме осіб працездатного віку – від 20 до 50 років, тривалість хвороби (нерідко протягом усього життя хворого) спричинює часту тимчасову і навіть стійку втрату працездатності. Враховуючи це, зрозумілим є велике соціальне і економічне значення досліджуваної проблеми [2, 5].

У структурі уролітіазу уретеролітіаз (камені сечоводів) становить від 43,8 до 54,6%. Добре відомі такі небезпечні ускладнення уролітіазу, як уретерогідронефроз, анурія, гнійний пієлонефрит, бактеріємічний шок, уросепсис, серед причин яких перше місце за частотою посідають саме камені сечоводів [1].

Інколи зустрічаються камені сечоводів великих розмірів, але зазвичай розміри каменів сечоводів (найбільший діаметр) не перевищують розміри просвіту сечоводу. Частіше середній розмір каменів сечоводів не більше ніж 11 мм [3].

У виникненні важких ускладнень уретеролітіазу провідну роль грає чинник оклюзії верхніх сечових шляхів. Сечові шляхи посідають одне з перших місць як ворота інфекції: персистенція збудників у сечостатевому тракті, сечоміхурово-сечовідні, пієло-тубулярні, пієло-венозні рефлюкси [4].

У процесі контактної літотрипсії можуть вивільнятися патогенні мікроорганізми, які до цього перебували в матричній частині каменя, що також підвищує ризик виникнення інфекційних ускладнень [7].

В умовах сучасного лікування хворих на уретеролітіаз із застосуванням відносно безпечних малоінвазивних методів залишається до кінця не вирішеним питання про адекватне дренивання верхніх сечових шляхів перед втручанням, у ході останнього та в післяопераційний період. При каменях сечоводів великих розмірів, при вклинених каменях сечоводів, за наявності стриктур або девіацій сечоводів проведення їх катетеризації або стентування є технічно неможливим. В умовах гострої оклюзії сечовода адекватно дренивати нирку за допомогою стента вдається лише у 39,7% випадків [6].

Обструкція верхніх сечових шляхів каменем часто супроводжується загостренням хронічного пієлонефриту, призводить до гідронефротичної трансформації, атрофії нирки та порушення її функції. Характер і ступінь порушення функції нирок і сечових шляхів залежать від рівня обтурації, темпів її розвитку і ступеня обструкції, а також наявності інфекції. У ході тривалого проведення ретроградної контактної уретеролітотрипсії при каменях великих розмірів, міцних або вклинених каменях існує загроза

розвитку загострення хронічного пієлонефриту внаслідок надходження великої кількості зрошувальної рідини в порожнинну систему нирки, підвищення тиску в ній та виникнення пієло-ренальних рефлюксів. Для запобігання цьому запропоновано не розташовувати ємність з іригантом на висоті більше ніж 80 см вище рівня пацієнта та застосовувати катетер-балон, що розташовується вище рівня конкремента та запобігає потраплянню надлишкової кількості іриганта в порожнинну систему нирки [3, 8, 9, 10].

Матеріали і методи

Проведено клінічний аналіз 9 випадків лікування хворих на ускладнений уретеролітіаз, що були проліковані методом контактної лазерної літотрипсії в комплексі з черезшкірною пункційною нефростомією (ЧПНС) в умовах Інституту урології АМН України в період з 2006 по 2012 р. Діагностика уретеролітазу базувалася на скаргах хворого, даних анамнезу, результатах лабораторних, рентгенологічних, радіоізотопних та ультразвукових методів обстеження. Серед хворих було 5 жінок та 4 чоловіки. Вік хворих становив від 45 до 79 років.

Локалізація каменів була наступною: у 2 пацієнтів камені локалізувалися у верхній третині сечоводу, у 3 – у середній третині сечоводу, у 4 пацієнтів – у нижній третині сечоводу. Двоє пацієнтів мали камені обох сечоводів. У 2 хворих спостерігали хронічний калькульозний пієлонефрит у фазі загострення, у 6 – хронічний калькульозний пієлонефрит у фазі латентного запалення, у 3 випадках спостерігали уретерогідронефроз, в 1 випадку – анурію в післяопераційний період. Розміри каменів сечоводів були порівняно великими – діаметром від 6 до 30 мм (середній розмір каменя в групі становив 16,5 мм).

У 8 хворих ЧПНС виконували превентивно у передопераційний період з метою оптимізації усунення активного запального процесу в нирках, в одному випадку ЧПНС було виконано в післяопераційний період з обох боків внаслідок наявності у хворого на двобічний уретеролітіаз анурії. Для виконання контактної лазерної літотрипсії використовували апарат «Dornier Medilas H 20», в якому застосовано енергію голмієвого лазера. Втручання виконували під спинномозковою анестезією або під внутрішньовенним наркозом. ЧПНС виконували під ультразвуковою навігацією з використанням ультразвукового сканера з пункційною насадкою. Термін перебування каменя у сечоводі до проведення контактної лазерної літотрипсії становив від 17 діб до 2 міс (у середньому – 31 доба.) При превентивному виконанні ЧПНС до виконання контактної лазерної літотрипсії проходило в середньому 15 діб.

Результати та їх обговорення

Хворі, які взяли участь у дослідженні, мали переважно важкий або середньо-важкий перебіг захворювання. Для конкрементів сечоводів в даній групі хворих були характерні порівняно великі розміри та тривалий період стояння в сечоводі до проведення контактної лазерної літотрипсії.

Адекватну візуалізацію каменів забезпечували постійною іригацією. Запобіжне накладання пункційної нефростоми дало змогу забезпечити проведення контактної лазерної літотрипсії протягом тривалого часу, без потреби в проведенні катетера-балона вище рівня конкремента або в суттєвому обмеженні тиску подачі іриганта. Надлишок іриганта своєчасно евакуювався через нефростому, функціонуюча нефростома в післяопераційний період продовжувала виконувати значну роль у профілактиці загострення запального процесу та надійно забезпечувала пасаж сечі.

Фрагментація каменів була задовільною. Для руйнування лише одного каменя було проведено 2 сеанси контактної лазерної літотрипсії, решта каменів були повністю фрагментовані протягом одного сеансу. Фрагменти каменів відходили самостійно. Важких інфекційних ускладнень уретеролітіазу, таких як бактеріємічний шок або уросепсис, у цій групі не спостерігали. Усі хворі у задовільному стані були виписані під нагляд уролога поліклініки, у 7 хворих нефростоми вилучені до виписки зі стаціонару, у 2 хворих – під час наступних госпіталізацій.

Висновки

1. Черезшкірна пункційна нефростома дозволила ліквідувати явища обструкції у 100% хворих з обструкцією сечоводів каменями.

2. Превентивне виконання черезшкірної пункційної нефротомії при ускладненому уретеролітіазі з каменями великих розмірів дозволяє ефективно ліквідувати активний запальний процес в верхніх сечових шляхах в передопераційний період, запобігає розвитку таких ускладнень уретеролітіазу, як бактеріємічний шок та уросепсис.

3. Превентивне виконання черезшкірної пункційної нефротомії у хворих із каменями сечоводів великих розмірів, що протягом тривалого часу перебували в просвіті сечоводу, попереджує надходження надлишкової кількості іриганту в порожнинну систему нирки в ході контактної лазерної літотрипсії та запобігає виникненню загострення калькульозного пієлонефриту в інтра- та післяопераційний період.

4. Контактна лазерна літотрипсія у поєднанні з черезшкірною пункційною нефростомаєю при ускладненому уретеролітіазі є безпечним та високоефективним методом фрагментації каменів сечоводів великих розмірів та вклиненних каменів, що перебувають у просвіті сечоводу протягом тривалого часу.

Література

1. Боржієвський А.Ц. Уретеролітиаз (урологічні аспекти) / А.Ц. Боржієвський, С.О. Возіанов. – Львів, 2007. – 264 с.
2. Етапна реабілітація хворих на сечокам'яну хворобу та критерії її оцінки : метод. рекомендації / О.Ф. Возіанов [та ін.] / – К., 1991. – 15 с.
3. Возіанов О.Ф. Ендоскопічна пневматична літотрипсія у лікуванні пацієнтів з каменями сечоводів / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечников, А.О. Андреев // Урологія. – 1998. – № 2. – С. 3–7.
4. Лопаткин Н.А. Оклюзирующий фактор в развитии осложненной мочекаменной болезни / Н.А. Лопаткин, Э.К. Яненко, В.Б. Румянцев и др. // Урология и нефрология. – 1999. – № 1. – С. 5–8.
5. Люлько О.В. Динаміка розповсюдженості сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України : труди міжнародної науково-практичної конференції урологів та нефрологів / О.В. Люлько, Н.О. Сайдакова, С.І. Бараннік. – К., 1997. – С. 131–136.
6. Морозов А.В. Дренирование верхних мочевых путей пункционной нефростомией и «подвесной катетеризацией» / А.В. Морозов, Г.И. Варенцов // Урология нефрология. – 1981. – № 1. – С. 56–58.
7. Симонов В.Я. Техника перкутанной нефроуретеролитотомии / В.Я. Симонов, А.Г. Мартов // Эндоскопическая хирургия и ДЛТ. – М., 1992. – С. 53–60.
8. Dretler S.P. An Evaluation of ureteral laser lithotripsy for ureteral calculi / S.P. Dretler // Journal of Urology. – 1990. – Vol. 143, № 2. – P. 267–272.
9. Francesca F. Failures and complications of transurethral ureteroscopy in 297 cases: conventional rigid instruments with small caliber semirigid ureteroscopes / F. Francesca, V. Scattoni et al. // European Urology. – 1995. – № 28. – P. 112–115.
10. Morgentaler A. Management of the impacted ureteral calculus / A. Morgentaler, S. Bridge, S. Dretler // Journal of Urology. – 1990. – Vol. 143. – P. 263–266.

Использование чрескожной пункционной нефростомии в сочетании с контактной лазерной литотрипсией у больных с осложненным уретеролитиазом

Д.О. ВАЛЕРКО

Резюме. На лечении в клинике Института урологии АМН Украины в период с 2006 по 2012 г. находились 9 больных с осложненным уретеролитиазом, которым была проведена контактная лазерная литотрипсия в комплексе с чрескожной пункционной нефростомией. Средний размер камня составил 16,5 мм, сроки пребывания камня в мочеточнике до литотрипсии в среднем составил 31 день. Чрескожная пункционная нефростомия позволила ликвидировать явления обструкции у 100% больных с обструкцией мочеточников камнями. Во всех случаях была достигнута полная фрагментация камней.

Ключевые слова: уретеролитиаз, осложнения, контактная лазерная литотрипсия, чрескожная пункционная нефростомия.

Usage of percutaneous nephrostomy in combination with contact laser lithotripsy in patients with complicated ureterolithiasis

D.A. VALERKO

Summary. *On treatment in the clinic of Institute of urology of Ukraine in the period from 2006 to 2012 year were 9 patients with complicated ureterolithiasis, which contact laser lithotripsy was conducted in a complex with a percutaneous nephrostomy. The middle size of stones made 16,5 mm, term of stay of stone in an ureter to lithotripsy averaged 31 day. A percutaneous nephrostomy allowed to liquidate the phenomena of obstruction in 100% patients with the obstruction of ureters by stone. In all events was reached full destruction of stones.*

Key words: *ureterolithiasis, complications, contact laser lithotripsy, percutaneous nephrostomy.*

УДК 611.61-089

Застосування черезшкірної пункційної нефростомії у поєднанні з екстракорпоральною ударно-хвильовою літотрипсією у хворих з ускладненим уретеролітіазом

Д.О. ВАЛЕРКО

Резюме. *На лікуванні в клініці Інституту урології АМН України в період з 2001 по 2012 р. перебували на лікуванні 46 хворих з ускладненим уретеролітіазом, яким було проведено екстракорпоральну ударно-хвильову літотрипсію в комплексі із черезшкірною пункційною нефростомією. Середній розмір каменя становив 12,2 мм, термін перебування каменів у сечоводі до літотрипсії в середньому становив 18 днів. Черезшкірна пункційна нефростомія дозволила ліквідувати явища обструкції у 100% хворих з обструкцією сечоводів каменями. У 87% випадків було досягнуто повної фрагментації каменів.*

Ключові слова: *уретеролітіаз, ускладнення, екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, черезшкірна пункційна нефростомія.*

Сечокам'яна хвороба (уролітіаз) є однією з важливих проблем сучасної медицини, вона належить до найбільш розповсюджених урологічних захворювань. Останніми роками в Україні спостерігають вірогідне підвищення рівня захворюваності на сечокам'яну хворобу, який, за матеріалами прогнозу, і надалі зберігатиметься [2, 5, 6]. Клінічні симптоми уретеролітіазу найчастіше проявляються в найбільш працездатному віці (від 20 до 50 років), у зв'язку з чим лікування цього захворювання має важливе соціальне значення [8].

Майже половину випадків уролітіазу становить уретеролітіаз (43,8–54,6% випадків), що найчастіше призводить до ускладнень (уретеро-