

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.А. Губарь, В.И. Бачурин, Г.В. Бачурин

Запорожский государственный медицинский университет

Распространенность бессимптомной бактериурии в популяции беременных составляет 6–26%. Наиболее частым уропатогеном у беременных остается *E. Coli* (около 80%), *Klebsiellaspp*, о чем свидетельствует высокая частота (27,4%) развития бактериотоксического шока у пациентов с ГП.

На базе КПКБЭ и СМП г. Запорожья за 2010–2012 годы выполнено 29 УРС беременным, которые в 16 наблюдениях завершились КЛТ/уретеролитоэкстракцией, в разных отделах мочеочника. УРС и КЛТ являлись первой линией вмешательства при уретеролитиазе у беременных. Дробление осуществлялось пневматическим литотриптором. Обезболивание – внут-

ривенный наркоз, спинальная или эпидуральная анестезия.

По срокам беременности распределение пациенток следующее: в I триместре – 7 (24,2%), во II – 14 (48,4%), в III – 8 (27,3%). Камни мочеочников выявлены у 16 (56%) пациенток: в нижней трети у 8 (51,4%), в средней трети у 3 (18,9%), в верхней трети у 5 (29,7%). Нарушение оттока мочи из почки за счет сдавления мочеочника увеличенной маткой наблюдалось у 13 (44%) беременных.

Применение УРС позволяет достоверно установить причину обструкции мочеочника у беременных, выполнением КЛТ восстановить пассаж мочи, без длительной антибактериальной терапии.

ПЕРШИЙ ДОСВІД МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ

А.З. Журавчак, М.Д. Дячук

ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ

Черезшкірна нефролітотрипсія (ЧШНЛ) є значним кроком вперед порівняно з відкритими оперативними втручаннями при сечокам'яній хворобі (СКХ). Проте використання доступу Fg 26–30 пов'язано з операційним ризиком крововтрати у зв'язку з травмою нирки. Це обумовило потребу у розвитку та пошуку менш травматичного доступу до нирки. Термін «мінічерезшкірна нефролітотрипсія» (МЧШНЛ), був впроваджений Lahme в Німеччині у 2001 році. Проте, вперше МЧШНЛ з доступом 12–18 Fg виконано ще у 1997 році.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування хворих на камені нирок методом МЧШНЛ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшли 20 пацієнтів з СКХ. Пацієнтам була виконана МЧШНЛ. Ме-

тодика оперативного втручання була наступною: під УЗД та рентген контролем після катетеризації сечоводу, в положенні на животі, проводилась пункція порожнистої системи нирки через нижню, середню, а в окремих випадках і верхню чашку. Під рентгенологічним контролем по струні виконувалось бужування доступу та встановлювався амплац нефроскопа. Нефроскоп проводився в порожнисту систему нирки, після чого візуалізований конкремент дробився за допомогою лазерного волокна та дрібними шматками вимивався з током рідини з порожнистої системи за рахунок гідродинамічного ефекту без підвищення інтраренального тиску. В деяких випадках фрагменти конкремента видалялись щипцями. Після видалення конкрементів проводився рентген контроль на наявність залишкових фрагментів. У порожнисту систему встановлювався нефростомічний дренаж 12Ch. Необхідність постановки нефростомічного дрена-

жу пов'язана з відсутністю реєстрації необхідного желатинового та протромбінового компоненту для тампонади нефростомічного ходу.

Середній вік пацієнтів склав 41 рік. Мінімальний вік 21 рік, максимальний 68 років. Усі пацієнти були обстежені згідно зі стандартами, в деяких випадках хворим була показана комп'ютерна томографія. Середній розмір конкрементів склав 1,4 см. Мінімальний розмір – 0,8 см, максимальний – 2,4 см. У більшості хворих конкременти були рецидивні, або резидуальні, після проведеної відкритої пієлолітотомії, ЧШНЛ, або ЕУХЛ. У чотирьох пацієнтів мала місце обстукція на рівні пієлоуретерального сегмента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими даними, середня тривалість оперативного втручання склала 70 хвилин, інтраопераційна крововтрата не перевищувала 100 мл. У 85% всіх прооперованих хворих, видалення катетера Фолея, сечовідного катетера та нефростомічного дренажу виконувалось через добу після операції, в (15%) випадків видалення останніх відбувалося через дві доби. Середній час перебування у стаціонарі 1,2 доби. У ряді випадків були виявлені в післяоперацій-

ному періоді ускладнення: болі по типу ниркової коліки – 20%, загострення пієлонефриту – 10%. В 10% випадків було встановлено стент в ранньому п/о періоді, в 20% випадків на контрольному УЗД та оглядовій урографії відмічались залишкові дрібні фрагменти до 0,3–0,4 см, що не потребували додаткових втручань та відходили самостійно.

ВИСНОВКИ

Методика МЧШНЛ має ряд переваг: короткий період перебування в стаціонарі, безпечність проведення втручання, мала інтраопераційна та післяопераційна крововтрата, краща візуалізація операційного поля, можливість швидкого видалення катетера з сечового міхура, нефростоми та сечовідного катетера. Можливість проведення втручання хворим з важкою супутньою патологією, а також майже повна відсутність больового синдрому.

Особливостями методу є доволі тривалий час проведення оперативного втручання, необхідність досвіду проведення ЧШНЛ та високий фах хірургів, у ряді випадків необхідність встановлення стента в післяопераційному періоді.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

*С.Н. Завгородний, В.И. Бачурин, А.Б. Унгурян, А.И. Передерий,
Г.В. Бачурин, Б.Е. Барковский, А.А. Попович*

*КП «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи»
Запорожский государственный медицинский университет*

Клинически почечная форма первичного гиперпаратиреозидизма (ПГПТ) проявляется мочекаменной болезнью, причем наиболее тяжелыми ее видами: двухсторонним и рецидивным камнеобразованием, камневыделением, возникновением коралловидных камней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом является результат обследования 123 пациентов, госпитализированных в эндоурологическое отделение с диагнозом МКБ. Все больные были разделены на две группы. I группа больных (84), у которых показатели

паратгормона и кальцитонина были в пределах нормы. II группа (39) пациентов, показатели паратгормона и кальцитонина значительно превышали норму.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В I группе больных из 84 человек, клинические признаки гиперкальциемии (паратгормон и кальцитонин в пределах нормы) наблюдались у 16 больных (19%). Во II группе больных, из 39 человек, выраженные клинические признаки гиперкальциемии (паратгормон и кальцитонин значительно превышают норму) наблюдались у 28 человек (72%).