

У 26 випадках була виконана двобічна уретеролітотрипсія, та 8 — двобічна пієлолітотрипсія з дрениванням нирок стентами (ургентно).

У 450 випадках виконувалась пієлокаліколітотрипсія, при цьому нирка дренована стентом в 306 випадках.

У 1709 випадках виконувалась уретеролітотрипсія (в в/з — 612 (35,81%), с/з — 350 (20,49%), н/з — 747 (43,7%) з них у 824 (48,2%) випадках нирка дренована стентом.

Дренивання нирки стентом проводилось у термін від 3 днів до 12 тижнів у залежності від показань.

Як правило, після операції, пацієнти були виписані на амбулаторне лікування через 2–3 дні, за поодинокими виключеннями.

Проліковано хворих з уратакам'яною хворобою — 184, з використанням контактної лазерної літотрипсії та подальшим проведенням цитратотерапії.

Відмічені наступні технічні особливості та ускладнення операцій: 2 (0,13%) випадки нефростомії при неможливості дренивання нирки стентом у зв'язку з девіацією сечоводу. 34 (2,19%) випадки — помірні гематурії, які були куповані консервативно. 28 (1,8%) ви-

падків загострення пієлонефриту, які були куповані консервативно.

Результати та їх обговорення. Лазерна контактна ендоскопічна літотрипсія була проведена 2159 пацієнтам в не залежності від складу конкременту та його локалізації.

При розсіченні вроджених та набутих стриктур сечоводів проводилась корекція режиму роботи лазера.

Дренивання нирки стентом 5–6 Fr виконувалось при: розсіченні стриктур, пролежнях сечоводів, великих конкрементах 2–3 см, в порожнинній системі нирки, двобічній патології нирок, ануриях, єдиній нирці, на час цитратотерапії при уратакам'яній хворобі.

Всі хворі виписані зі стаціонару на амбулаторне лікування, як правило, через 2–3 дні після проведеної операції.

Висновки. Використання гольмієвої контактної лазерної літотрипсії дозволяє значно покращити ефективність ендouroлогічних втручань на всіх рівнях сечовивідної системи, шляхом значного зменшення кількості інтраопераційних травм та післяопераційних ускладнень, скорочення терміну лікування, що дає можливість значно підвищити якість наданої спеціалізованої урологічної допомоги.

ОБСТРУКТИВНА УРОПАТІЯ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ У ТРУСКАВЦІ

О.Б. Прийма, Я.В. Фецяк, М.В. Босак, О.Я. Петришин, Я.Л. Грицак, О.С. Лисик

КП «Трускавецька міська лікарня», Приватний центр літотрипсії, м. Трускавець, Україна

Вступ. Обструктивна уропатія — поширене ускладнення, котре спостерігається при самостійному відходженні конкремента чи після дистанційної літотрипсії конкременту нирки у хворих на сечокам'яну хворобу. Обструкція сечових шляхів є небезпечна тим, що призводить до спалаху пієлонефриту та розвитку уретерогідронефрозу. Тому обструктивна уропатія у хворих на уrolітіаз вимагає вироблення чіткої лікувальної тактики. Деякі клініки дотримуються очікувальної тактики, виконують дренивання сечових шляхів лише в разі вираженої гарячки, больового синдрому та пропасниці понад 2–3 рази. Проте, вивчення патофізіологічних змін у сечових шляхах при обструкції їх конкрементами чи їх фрагментами після дистанційної літотрипсії змушує дотримуватися активної тактики у таких хворих. До останнього схильна більшість практикуючих урологів.

Мета дослідження. Вивчення впливу ліквідації обструкції сечовидільних шляхів у хворих на сечокам'яну хворобу з раннім застосуванням природної лікувальної води «Нафтуся» в Трускавецькій лікарні зразу ж після відновлення повноцінного пасажу сечі по сечових шляхах.

Матеріали та методи дослідження. Щорічно в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні на лікуванні перебуває понад 500 хворих з обструктивною уропатією, спричиненою сечокам'яною хворобою, що складає близько 40% хворих, лікованих в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні. Причому серед цього контингенту близько 1% — хворі з каменями висячої частини уретри, 3% — з каменями сечового міхура, 25% — каменями ниркової миски, решта — камені сечоводів.

Результати та їх обговорення. Хворі з обструктивною уропатією за останні 5 років в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні перебували понад 2,5 тисячі осіб. Всі вони були розділені на групи. Зокрема, за локалізацією рівня обструкції – на патологію у верхніх сечовидільних шляхах – ниркових мисках та сечоводах та – у нижніх сечових шляхах – сечовий міхур та уретра.

У хворих з каменями висячої частини уретри обструкція найчастіше спостерігалася на рівні човноподібної ямки висячої частини уретри. За останніх п'ять років, 2007–2012 рр., ми спостерігали 27 таких хворих. У 25 з них видалено конкремент з уретри під довенним дипривановим знечуленням. У 2 застосовано меатотомію під ідентичним знеболенням. Період після втручання супроводжувався короткотривалою поліурією та хворі отримували уроантисептики і протизапальну терапію.

Хворі з каменями сечового міхура за період 2007–2012 рр. склали 78 осіб. У них ургентного відновлення пасажу сечі на 1–2 дні добивались постановкою постійного уретрального катетера. Вони розділилися на дві групи. У першій – у 27 хворих виконано відкриту операцію – цистолітотомію. Остання у половини хворих була зумовлена наявною доброякісною гіперплазією передміхурової залози і вимагала одномоментного виконання і аденомектомії. У решти 13 осіб були супутня патологія – стриктура задньої уретри, що вимагала оперативної корекції. У другій групі – у 61 хворого виконано дроблення конкременту сечового міхура. З них, у 25 випадках – дистанційного з самостійним відходженням фрагментів, у 36 – контактного дроблення конкременту сечового міхура електрогідролітичним способом із застосуванням апарату Урат-2. Розмір конкременту був варіабельний – від 8 мм до 6 см. Було виконано спробу контактної цистолітотрипсії з застосуванням пневматичного дроблячого механізму. У 3 хворих спроби були невдалі через щільність конкременту і у них успішно застосовано апарат Урат-2.

Хворі з конкрементами сечоводу склали 1750 осіб. У 2/3 з них обструкція ліквідувалася під впливом консервативної терапії – знеболення, спазмолітики, гаряча ванна, фізіотерапія і дистанційної літотрипсії (ЕУХЛ). У решти 590 хворих з конкрементами сечоводів виконували дренажування нирки із застосуванням рентгеноконтрастних сечовідних катетериків, а останнім часом сечовідних стентів із подальшим дистантним дробленням конкременту та застосуванням уроантисептиків, антибіотиків та протизапальної терапії.

Останнім часом у 7 хворих виконано контактну літотрипсію каменя нижньої третини сечоводу в плановому порядку. Попередньо через обструкцію сечоводу виконували його стентування терміном на 2–3 тижні.

За останні 5 років у 630 хворих виявили обструкцію сечовидільних шляхів на рівні мисково-сечовідного сегмента. Цим хворим виконали ургентно стентування нирки на стороні ураження з подальшою інтенсивною інфузійною детоксикаційною терапією, антибактеріальною і уроантисептичною терапією, антиазотемічною терапією. Після 3–5 днів інтенсивної терапії виконували сеанси дистанційної літотрипсії.

При застосуванні дистанційної літотрипсії у 80% випадків лікувальний ефект досягався після 1–3 сеансів літотрипсії, у решти – доводилось застосовувати більшу кількість сеансів.

У всіх хворих, що лікувалися з приводу обструктивної уропатії, застосовували лікувальну воду «Нафтуса» питним способом, курсовим прийомом протягом 2 тижнів. Це зумовлено наявністю у воді «Нафтуса» протизапальної, діуретичної, амбівалентно-еквілібричної щодо електролітів крові дії та імуномодуючого впливу.

Черезшкірну нефростому застосовано у 10 хворих та проведено в умовах обласної клінічної лікарні при наявній обструкції на рівні ниркової миски і сечоводу.

З двобічними обструктивними процесами в сечоводах через наявність каменя ми зіткнулися у спорадичних трьох випадках. Через важкий стан – анурія, азотемія – хворі були госпіталізовані ургентно в обласну лікарню.

Висновки.

1. Обструктивна уропатія – поширена патологія серед осіб на курорті Трускавець, котрі хворіють на сечокам'яну хворобу.

2. Обструктивна уропатія верхніх сечових шляхів вимагає ургентного дренажування нирки на стороні ураження з метою запобігання прогресивного розвитку деструктивного пієло-нефриту.

3. Обструкція конкрементом на рівні сечового міхура вимагає контактного дроблення з застосуванням електрогідролітичної цистолітотрипсії, за відсутності аденоми передміхурової залози чи стриктури задньої уретри. Останні – вимагають відкритого оперативного втручання.

4. Обструкція на рівні висячої частини уретри через гостру затримку сечі вимагає невідкладного інструментального видалення каменя з подальшою метафілактикою каменеутворення.

5. Дистанційна літотрипсія – дієвий метод ліквідації обструкції сечовидільних шляхів.

6. «Нафтуся» сприяє м'якому перебігу піелонефриту після ліквідації обструктивної уропатії і слугує засобом метафілактики.

УДК 616.617-089.844

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ СТРИКТУРАХ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Б.Г. Гулиев, Р.В. Алиев

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В настоящее время широко внедряется лапароскопическая пиелопластика (ЛП) при обструкции пиелоуретерального сегмента (ПУС). Мы приводим результаты ЛП у 72 больных.

Материал и методы исследования. С 2010 по 2013 годы ЛП выполнена 72 больным. Мужчин было 34, женщин – 38, возраст их колебался от 20 до 58 лет. ЛП справа произведена у 32 больных, слева – у 40. Операцию выполняли на боку с использованием 3 или 4 троакаров. У 58 (80,5%) больных выполняли инцизию брюшины по линии Тольда, выделяли, отводили толстую кишку медиально, выделяли верхнюю треть мочеочника, ПУС и лоханку. У 14 (19,5%) больных с гидронефрозом слева ЛП выполнялась через брыжейку нисходящей толстой кишки. Во всех случаях проводилась полная резекция ПУС со спатуляцией мочеочника. У 8 (11,1%) пациентов также удалены камни из полостной системы почки. Антевазальная пластика ПУС произведена 28 (38,9%) больным. Пиелоуретероанастомоз формировали узловыми интракорпо-

ральными швами. ВМП дренировали стентом, который удалялся через 3–4 недели.

Результаты и их обсуждение. Конверсий не было. Подтекание мочи по дренажу отмечалось у 4 (5,5%) больных, прекратившееся самостоятельно в 3 случаях. Одному пациенту выполнена повторная лапароскопия и ушивание дефекта анастомоза. Обострение хронического пиелонефрита, связанное с пузырно-лоханочным рефлюксом на фоне стента, наблюдалось в 5 случаях. Длительность операций колебалась от 90–180 минут (среднее 150 мин). У 68 (94,4%) больных по данным послеоперационного обследования ПУС свободно проходимо, уродинамика ВМП нормализовалась или сравнительно улучшилась. В 3 (4,2%) случаях в связи с рецидивом стриктуры ПУС выполнена ретроградная эндопиелотомия, в 1 (1,4%) – открытая пиелопластика.

Выводы. В настоящее время методом выбора при первичных сужениях ПУС является ЛП, не уступающей по эффективности открытой пиелопластике. Сроки госпитализации и реабилитации больного после ЛП были достоверно ниже.

УДК 616.617-089

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОЧЕТОЧНИКА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ НИТИНОЛОВЫМИ СТЕНТАМИ

Б.Г. Гулиев, А.М. Загазежев

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Перспективным способом лечения больных с рецидивными и опухолевидными стриктурами мочеочника является

эндопротезирование верхних мочевых путей (ВМП) металлическими нитиноловыми стентами.