

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 внутривезикулярные 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 функции 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 кораллоподобными. 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 урограмме при обследовании по поводу других заболеваний. Лечение коралловидного литиаза остается сложной и пока неразрешенной проблемой. Контактная и дистанционная литотрипсия неприемлемы 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 %), органуносящие – 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 кораллоподобного камня с резекцией почки. Контактная литотрипсия (КЛТ) камня выполнена у 8 пациентов. У 30 человек выполнена нефрэктомия. Практически во всех случаях оперативного удаления кораллоподобных камней необходимо выполнение уретеролиза, т.е. тщательного выделения верхней трети мочеточника и лоханки из окружающей рубцово-измененной околопочечной клетчатки с последующим иссечением рубцово-измененной клетчатки в области ворот почки. При внутриваночечной 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 кораллоподобного 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 кораллоподобного 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 пиелоуретральную часть и лоханку почки, удалить лоханочную часть камня и восстановить отток из гидронефротически 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 кораллоподобном литиазе требует проведения антибактериальной терапии, что улучшает уродинамику в мочевых путях, способствует уменьшению рецидивирования камнеобразования. Все больные, подвергнувшиеся удалению кораллоподобных камней любым способом (оперативное вмешательство, КЛТ, ДЛТ), должны активно наблюдаться 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.