

Сравнительная оценка клинической эффективности различных методов литотрипсии при уретеролитиазе

Д.В. Черкасов, Г.В. Бачурин, В.М. Черкасов
Запорожский государственный медицинский университет

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 проводили на литотрипторе Siemens Modularis Variostat. КЛТ выполняли с помощью ригидного уретероскопа 9,5 Шр фирмы Karl Storz и пневматического литотриптора Calculusplit 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 воз-

никновение «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 послеоперационный период – обострение хронического пиелонефрита в 19% случаев (19 пациентов). Полная элиминация фрагментов камня после ДЛТ в течение 2 мес отмечена в 93% случаев (112 пациентов).

Выводы. 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.

Применение трансперитонеальной лапароскопической пиелопластики при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента

Ф.И. Костев, А.В. Борисов, В.М. Ходос, К.А. Борисов, М.В. Шостак, Ю.А. Кабак
Одесский национальный медицинский университет
Урологическая клиника ГКБ № 10, г. Одесса

Лапароскопическая пиелопластика (с резекцией или без резекции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС)) является альтернативой открытым оперативным методикам при врожденной или приобретенной обструкции ЛМС. Инвазивность антеградной либо ретроградной эндопиелотомии ниже, однако ее эффективность не превышает 70%. Эндопиелотомия также не показана при наличии абберантного сосуда, пересекающего ЛМС.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 17 больных с выраженной обструкцией ЛМС, гидронефрозом 2-й степени. Пациенты обоих полов – 9 мужчин и 8 женщин находились в возрасте от 24 до 47 лет. В 11 случаях имела место обструкция ЛМС изнутри (врожденная, приобретенная) и в 6 наблюдениях обструкция ЛМС снаружи (абберантный нижнеполярный сосуд). Вторичные камни почки выявлены у 7 пациентов. Непосредственно перед операцией с помощью экскреторной урографии, компьютерной томографии, ретроградной уретеропиелогграфии уточняется анатомия ЛМС, а также исключается патология дистального отдела мочеточника.

Карбоксиперитонеум накладывали в положении больного на боку с помощью иглы Вереша, введенной супраумбиликально либо посредством микролапаротомии. Первичный лапаропорт (10 мм) вводят на 5 см выше и латеральнее пуп-

ка. Вторичные порты (10 мм, 5 мм) вводят на расстоянии 7–8 см от первичного по принципу треугольника.

После выделения ЛМС и почечной лоханки на стенку последней накладывают стабилизирующий шов, который выводят наружу через поясничную область. Подобный технический прием фиксирует лоханку и позволяет исключить нежелательные манипуляции инструментами. Использование нами пиелопластика с резекцией ЛМС показана при крупной лоханке с очень узким ЛМС, а также при наличии абберантных нижнеполярных сосудов. Суженный ЛМС иссекают, мочеточник спатулируют по латеральной поверхности на протяжении 1–1,5 см. При наличии вторичных камней выполняют пиелокаликотомию. Формирование ЛМС начинают с наложения шва на дистальный спатулированный отдел мочеточника с переходом на заднюю стенку лоханки. Используют непрерывный шов (викрил 3–0 или 4–0). После формирования задней стенки анастомоза устанавливают мочеточниковый стент (через субкостальный порт) и переходят к формированию передней губы анастомоза. Пиелотомическое отверстие ушивают непрерывным викриловым швом. В зоне вмешательства оставляют два улавливающих дренажа на 36–48 ч. Длительность операции составила 120–145 мин.

Результаты исследования. В ходе вмешательства интрапе-