

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ПУНКЦІЙНОЇ НЕФРОСТОМІЇ У ХВОРИХ З ОБСТРУКЦІЄЮ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ**

*А.В.Верба, Р.П.Стащук,  
В.В.Черноконь, О.В.Москалюк, В.М.Приймак*

**Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону  
Вінниця, Україна**

Проблема вибору методу ліквідації обструкції верхніх сечових шляхів та відновлення адекватного пасажу сечі одна із найважливіших в урології та актуальна, особливо в тих випадках, коли тяжкий стан хворого є причиною вкрай високого ризику відкритої операції [1, 2, 4, 7].

Впровадження в клінічну практику внутрішнього дренивання сечових шляхів та черезшкірної пункційної нефростомії (ЧПНС) під ультразвуковим (УЗ) наведенням змінили традиційний підхід до лікувальної тактики при обструкціях верхніх сечових шляхів [2, 5, 6].

У випадку неможливого або неефективного внутрішнього дренивання верхніх сечових шляхів протягом доби методом вибору є черезшкірна пункційна нефростомія під УЗ наведенням, що дозволяє усунути суправезикальну обструкцію верхніх сечових шляхів, створити сприятливі умови для лікування гнійно-запальних захворювань нирок [3, 5, 7].

За період 2008-2012 рр. в урологічному відділенні клініки планової та ендovasкулярної хірургії ВМКЦ ЦР виконано 67 ЧПНС під УЗ наведенням. У 27 (40%) обструкція виникла внаслідок сечокам'яної хвороби з локалізацією конкрементів у різних відділах сечовода. Із них у 5 хворих з єдиною ниркою. У 15 (22%) хворих причиною обструкції був рак сечового міхура, у 5 (7,5%) хворих — рак простати, у 7 (10%) хворих — рак матки, у 4 (6%) — рак товстої кишки, у 9 (13,4%) — стриктура сечовода різної етіології.

Методика операції полягала у створенні антеградного доступу до нирки під УЗ наведенням з використанням сканера «Аloka-500», осна-

шеного секторальним датчиком для наведеної пункції. Нефростомія виконувалась за методикою Сельдінгера із застосуванням спеціальних голок, струни провідника і стандартного набору телескопічних дилататорів. Усі оперативні втручання проводились під УЗ контролем та місцевим знеболенням. Час операції не перевищував 30 хв.

У 64 (95,5%) хворих застосування ЧПНС забезпечувало адекватне відведення сечі. При цьому патогенетична та етіотропна терапія призводила до ліквідації гострого обструктивного пієлонефриту, нормалізації показників сечовини та креатиніну крові. Лише після виведення хворого з критичного стану проводили урологічне дообстеження для вирішення показань для радикального оперативного втручання чи променевої та хіміотерапії.

При проведенні ЧПНС у 3 (4,5%) хворих виникли ускладнення, які вимагали відкритого оперативного втручання: профузна кровотеча з нефростомічного дренажу — в 1 (1,5%) хворого та незадовільна робота нефростомічного дренажу — у 2 (3%) хворих.

1. ЧПНС під УЗД наведенням є високоефективним, малоінвазивним та нетривалим за часом втручанням, що дозволяє хворим з обструкцією верхніх сечових шляхів ліквідувати проблему адекватного пасажу сечі без відкритого оперативного втручання.

2. Використання ультразвукографії дає більш широку та ефективну можливість використання малоінвазивних технологій, вигідно відрізняє їх від інших променевих методик.

3. Пункційні методи лікування обструкцій верхніх сечових шляхів вважаємо важливою альтернативою стосовно відкритої операції.

4. За даними літератури та власного досвіду, обструктивний уретерогідронефроз, ускладнений гострим пієлонефритом, є абсолютним показанням для виконання ЧПНС.

5. Своєчасна ЧПНС дозволяє не тільки попередити прогресування гідронефротичної трансформації, а також виконати радикальне хірургічне втручання або хіміопроменеву терапію.