

Особенно важно это указывать для пациентов после ДЛТ или КЛТ, у которых остаются при выписке фрагменты конкрементов или воспалительные изменения со стороны мочевых путей, – они составляют группу повышенного риска возникновения рецидивов камней.

Пациентам, которые пролечены по поводу вторичных камней на фоне застоя мочи и которым устранены причины обструкции (проведены пластика пельвиоуретерального сегмента, ликвидирована стриктура мочеточника или инфравезикальная обструкция), в рекомендации обязательно должны включаться мероприятия по своевременной диагностике рецидивирования нарушения оттока мочи.

Эффективность мероприятий по профилактике рецидивов МКБ определяется не только качеством рекомендаций, полученных при выписке из стационара после лечения, но и в значительной мере поведением самих пациентов, которое зависит от того, как они поняли рекомендации врача, насколько осознали важность их выполнения, что во многом обуславливается пониманием сущности заболевания и необходимости профилактики.

То, что 23,8% пациентов вообще не посчитали нужным что-то делать для профилактики рецидивов МКБ, по-видимому, можно объяснить их неправильным представлением о сущности заболевания, поскольку 52,4% из них считают, что если камня нет, то проблема решена.

Литература

1. Дзеранов, Н.К., Лопаткин, П.А. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации / Н.К. Дзеранов, П.А. Лопаткин. М.: Оверлей, 2007. 29 с.
2. Строчиц, А.В., Пиневиц, Д.Л. Состояние и перспективы развития урологической службы Республики Беларусь / А.В. Строчиц, Д.Л. Пиневиц // ARS medica. 2013. № 5 (75). С. 185–187.

Юшко Е.И., Булдык Ю.Т.,
Бартошик В.В., Мельничук Ю.А., Арабидзе И.Г.
Белорусский государственный медицинский университет;
4-я городская клиническая больница г. Минска им. Н.Е.Савченко;
36-я городская поликлиника г. Минска

Трансформация подходов в лечении пациентов с коралловидным нефролитиазом

Распространенность мочекаменной болезни в течение последних десятилетий не имеет тенденции к снижению. Частота стационарно пролеченных пациентов с данным заболеванием составляет 35–40% в структуре госпитализаций в урологические отделения Беларуси.

При анализе отдаленных результатов лечения по сводным данным литературы установлено, что наиболее неблагоприятной формой течения мочекаменной болезни является коралловидный нефролитиаз, частота которого на сегодняшний день составляет 4–12% от всех форм МКБ [1, 2].

Коралловидный нефролитиаз в основном встречается у людей трудоспособного возраста, среди пациентов отмечен высокий уровень продолжительности заболевания (часто в течение всей жизни человека) и инвалидности, что делает данную проблему еще более актуальной. Факторы, способствующие формированию коралловидного камня, подразделяют на врожденные и приобретенные.

Клиническое течение коралловидного нефролитиаза у большинства пациентов протекает в два этапа. Начало заболевания, а, следовательно, и начало первого этапа, именуемого латентным, установить в большинстве случаев не представляется возможным, так как у пациентов отсутствуют более-менее выраженные клинические проявления. С присоединением рецидивирующего хронического пиелонефрита, нарушений уродинамики, снижением функции почки начинается этап клинических проявлений. Коралловидные камни склонны к рецидивированию, у 5–12% пациентов выявляется двустороннее заболевание. Полное удаление камня является важной задачей в лечении пациентов с коралловидным нефролитиазом, что позволяет предотвратить дальнейший рост камней и любых, связанных с этим осложнений, а также сохранить функцию почек. Внедрение новых технологий и постоянное совершенствование открытых способов хирургического лечения в последние десятилетия существенно расширили возможности для достижения максимального результата лечения [1, 2]. В то же время реальную эффективность используемых способов и подходов к хирургическому лечению у пациентов с коралловидным нефролитиазом можно объективно определить только по оценке отдаленных результатов лечения достаточного количества прооперированных пациентов.

Цель исследования: оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с коралловидным нефролитиазом.

Для достижения поставленной цели было проанализировано 42 истории болезни пациентов с диагнозом «коралловидный камень одной или обеих почек», которые были прооперированы в урологических отделениях 4-й ГКБ им. Н.Е. Савченко г. Минска в течение 2010 г. (основная группа). Обработка данных проводилась с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0. Все пациенты по поводу коралловидного нефролитиаза ранее не оперировались. В то же время в анамнезе у 19 пациентов ранее выполнялись различные операции по поводу камней почек и/или мочеточников на той же стороне.

По анализу результатов проведенного исследования установлено: женщин было 29 (69,0%), мужчин 13 (31,0%). Средний возраст пациентов на день операции составил 53 года (от 23 до 75 лет). У 16 (38,1%) пациентов коралловидный камень был в правой почке, при этом в 5 случаях наблюдались камни левой почки. У 17 (40,5%) пациентов коралловидный камень был в левой почке, а у 4 из них наблюдались камни в правой почке. У 9 (21,4%) пациентов коралловидный камень был в обеих почках. Проведен анализ взаимосвязи пола и стороны заболевания. Отмечена непараметрическая корреляция Спирмена между данными показателями. У женщин коралловидный камень был чаще в правой почке, у мужчин с одинаковой частотой встречаются коралловидный камень левой и правой почек ($p = 0,035$, коэффициент корреляции = 0,326). Средний размер коралловидного камня по результатам УЗИ составил 4,65 см (от 3,4 до 9,5 см). Средний размер почек по результатам УЗИ: при наличии коралловидного камня составил 11,7 × 5,0 см.

В соответствии с программой отбора пациентов для оперативного лечения в нашей клинике наличие осложнения коралловидного нефролитиаза в виде пиелонефрита было одним из основных критериев. Тяжелое течение вторичного пиелонефрита на фоне различных по степени выраженности изменений почечной паренхимы оказывает влияние на течение основного заболевания, а также определяет характер и выраженность осложнений [3]. Все вышеуказанное по данным литературы влияет на ближайшие и отдаленные результаты, исход лечения [3]. У всех 42 пациентов диагностирован хронический пиелонефрит. У 18 (42,8%) пациентов в течение последних трех лет установлено рецидивирующее течение хронического пиелонефрита, у 24 (57,2%) – латентное. Проведен анализ взаимосвязи возраста и течения хронического пиелонефрита. Наблюдается непараметрическая корреляция Спирмена

между данными показателями: с увеличением возраста пациента увеличивается число пациентов с рецидивирующим течением хронического пиелонефрита. Средний возраст пациентов с рецидивирующим течением составил 61 год, а с латентным – 52 года.

Открытые оперативные вмешательства (пиелолитотомия, пиелолитонекфростомия в сочетании со щадящими нефролитотомиями и интермиттирующим пережатием почечной ножки и др.) были ведущим методом лечения больных коралловидным нефролитиазом. Такие операции проведены у 26 (61,9%) пациентов. Нефростомия в процессе первичной операции у пациентов с коралловидным нефролитиазом оставалась главным образом для последующего удаления оставшихся фрагментов камня с использованием возможностей дистанционной литотрипсии и эндоурологии. От секционной нефролитотомии в качестве монометода лечения мы отказались полностью. В процессе ее проведения у пациентов наблюдается кровотечение, требующее для его остановки лигирования части внутривенных сосудов, что в сочетании с рубцеванием ткани в зоне разреза и последствиями пережатия почечной артерии у всех пациентов снижает функцию почки в послеоперационном периоде.

Доля малоинвазивных методов удаления коралловидных камней (дистанционная литотрипсия, чрескожная контактная нефролитотрипсия, ретроградная контактная нефролитотрипсия из трансуретрального доступа и их сочетания) составила 38,1% (16 пациентов). В частности, дистанционная литотрипсия в качестве монотерапии использовалась только у пациентов с относительно небольшими коралловидными камнями (не более 2,5–3,0 см), расположенными в лоханке и чашечках верхнего и среднего сегментов без расширения чашечно-лоханочной системы, легко или относительно легко поддающихся дроблению, без нарушения уродинамики и если по результатам предоперационного исследования количество сеансов дистанционной литотрипсии по плану не превышало 3–4. Предварительное стентирование мочеточника до начала проведения дистанционной литотрипсии не проводилось. Мы считаем, что установка стента будет мешать отхождению фрагментов разрушенного камня.

При анализе частоты ранних и поздних осложнений, отдаленных результатов лечения установлено, что наибольшее количество осложнений приходится на открытые вмешательства, особенно те методы, где травмируется почечная паренхима. У таких пациентов чаще отмечались кровотечения во время операции, требующие в отдельных случаях последующих гемотрансфузий. В раннем послеоперационном периоде обострение хронического пиелонефрита отмечено у всех пациентов, подтекание мочи в рану у 25% оперированных, оставление в почке фрагментов коралловидного камня (чаще в чашечках) – 23,8%. Рецидив коралловидного нефролитиаза чаще возникал у пациентов после открытых хирургических вмешательств и у пациентов, которым на первом этапе лечения применялся монометод хирургического лечения. Использование комбинирования хирургических методов (пиелолитонекфростомия + дистанционная литотрипсия, чрескожная нефролитотрипсия + дистанционная литотрипсия и др.) позволяет добиться полного удаления камня, что уменьшает риск рецидива камнеобразования и связанных с этим инфекций, а также других осложнений. Этот факт обосновывает важность комплексного лечения пациентов при первичном хирургическом вмешательстве. Из проведенного исследования вытекает, что наилучшие возможности, наилучшие результаты в плане сохранения функции почки достигаются при использовании малоинвазивных способов лечения коралловидного нефролитиаза. Сказанное подтверждается данными изотопной ренографии – улучшение показателей, характеризующих секреторно-эксcretорную функцию оперированной почки получены у всех пациентов.

Группу сравнения составили 33 пациента, которым впервые выполнены хирургические пособия по поводу коралловидного

нефролитиаза в этих же отделениях в течение 2014 г. Структура проведенных операций, ранних и поздних осложнений существенно изменились. В частности, за 2014 г. доля хирургических пособий с использованием эндоурологических методов лечения и дистанционной литотрипсии увеличилась до 66,6%, уменьшилось количество осложнений, уменьшился также удельный вес пациентов с коралловидным нефролитиазом среди общего числа пациентов, пролеченных с мочекаменной болезнью.

Несмотря на достигнутые успехи и накопленный опыт лечения пациентов с коралловидным нефролитиазом в ведущих клиниках мира многие исследователи утверждают, что итоговый результат лечения зависит в меньшей степени от мастерства хирурга, а в большей – от тяжести структурных нарушений, наступивших в почке (почках) в процессе заболевания, и его давности, от обратимости и тяжести нарушений обменного характера. Поэтому разграничение этих понятий, поиск звеньев этиопатогенеза заболевания у конкретного пациента, на которые мы можем воздействовать, есть и будет одной из самых трудноразрешимых проблем в урологии и требует своего дальнейшего уточнения и решения [4, 5].

Литература

1. Колпаков, И.С. Мочекаменная болезнь: рук. для врачей / И.С. Колпаков. М.: МИА, 2014. 368 с.
2. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения / Ю.Г. Аляев [и др.]; под ред. Ю.Г. Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 216 с.
3. Мочекаменная болезнь: клинико-биохимические аспекты патогенеза, диагностики и лечения / З.А. Кадыров [и др.]. М.: БИНОМ, 2013. 183 с.
4. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика, лечение и метафилактика / В.И. Воцула [и др.]; под общ. ред. В.И. Воцулы. Минск: Зиналетто, 2010. 219 с.
5. Неймарк, А.И. Мочекаменная болезнь. Вопросы лечения и реабилитации / А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, И.В. Каблова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 216 с.

Юшко Е.И., Скобеюс И.А., Дубров В.И.

Белорусский государственный медицинский университет;
2-я городская детская клиническая больница г. Минска

Частота мочекаменной болезни в отдаленные сроки после операции у детей с первичным обструктивным мегауретером

Среди теорий камнеобразования большинство исследователей практикующих врачей на одно из первых мест в этиологии ставят фактор застоя мочи, то есть нарушение уродинамики.

Среди аномалий мочевыделительной системы, занимающих третье место по частоте в общей структуре врожденных пороков развития, наибольший удельный вес (около 40%) имеют различные варианты обструктивных уропатий. Нарушение уродинамики чаще всего регистрируется в основных уродинамических узлах: лоханочно-мочеточниковом и пузырно-мочеточниковом сегментах. Распространенность гидронефроза составляет один случай на 500–800 новорожденных, распространенность обструктивного мегауретера один случай на 1500–3000 новорожденных. Именно при этих двух заболеваниях выполняется наибольшее количество хирургических вмешательств при пороках мочевых путей [1].

Успехи в лечении первичного обструктивного мегауретера (ПОМУ) у детей достигнуты благодаря внедрению в медицинскую практику метода ультразвуковой диагностики, использование которого уже в антенатальном периоде позволяет выявлять рас-