

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ УРЕТЕРОЛИТИАЗЕ

Д.В. Черкасов, Г.В. Бачурин, В.М. Черкасов

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

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 мочеочечников. Среди них было 135 женщин и 88 мужчин. По локализации у 102 пациентов камни находились в нижней трети мочеочечника, у 15 – в средней трети, у 106 – в верхней трети мочеочечника. Размеры камней колебались от 5 до 16 мм.

ДЛТ проводилась на литотрипторе Siemens Modularis Variostar. 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 мочеочечника составила 82% (67 пациентов), средней трети – 89% (8 пациентов), нижней трети – 74% (22 пациента). Наиболее часто встречались такие осложнения, как

возникновение «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 послеоперационном периоде – обострение хронического пиелонефрита в 19% случаев (19 пациентов). Полная элиминация фрагментов камня после ДЛТ в течение 2 месяцев отмечена в 93% случаев (112 пациентов).

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 мочеочечника.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАФИЛАКТИКИ МКБ

В.И. Вошула, А.Д. Гапоненко, Т.М. Юрага

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

В структуре урологической патологии мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из ведущих мест. Современные подходы к терапии МКБ требуют определения точного вида камнеобразования, что способствует правильному выбору схем лечения и метафилактики МКБ и снижает в последующем процент рецидивов камнеобразования. Однако на практике помощь пациентам с МКБ чаще всего заключается в удалении камня различными способами, без последующего его анализа и назначения специфических рекомендаций.

Нами за период 2005–2012 гг. выполнен анализ 494 мочевых камней пациентов из раз-

личных регионов Республики Беларусь. По химическому составу распределение камней оказалось следующим (n=494): кальция оксалат – 285 (57,7%), мочева кислота – 98 (19,8%), струвит – 44 (8,9%), кальция оксалат + мочева кислота – 26 (5,3%), апатит – 22 (4,5%), урат аммония – 8 (1,6%), цистин – 4 (0,8%), брусшит – 3 (0,6%), ксантин – 2 (0,4%), тирозин – 1 (0,2%) и 2,8 ДГА – 1 (0,2%). Как видно, кальция оксалат и мочева кислота являются наиболее частыми видами камней.

Пациентам также выполнялись лабораторные тесты, включавшие общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи,

цистиновый тест, биохимическое исследование крови и мочи.

При сопоставлении данных биохимии мочи и анализа мочевых камней расхождение трактовки результатов выявлено в 29% случаев. Наиболее часто расхождения имели

место в группе струвитных и пуриновых камней.

Таким образом, для выбора способа метафилактики МКБ необходимо комплексное обследование пациентов, обязательным условием которого является анализ камня.

ФИТОПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

В.И. Вошула, А.И. Вилюха, А.Д. Гапоненко, В.Ю. Лелюк

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучение эффективности препарата Канефрон Н (BioLogica, Германия) для профилактики рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование включены 128 женщин в возрасте 18–65 лет (ср. возраст $33,6 \pm 9,5$) с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей (ИМП). Исследуемую группу составили 78 женщин, которым назначен Канефрон по 6 таб/день в течение трех месяцев. В контрольную группу вошли 40 пациенток, которым после купирования обострения лечение не назначалось.

Результаты и их обсуждение. При статистической обработке результатов исследуемые группы исходно не различались (Колмогорова–Смирнова $\chi^2_{\text{эмп}} = 0,15 < 1,36 = \chi^2_{\text{кр}}$ ($p < 0,05$).

За 3 месяца 18 (45,0%) пациенток из группы контроля имели обострения, в то время как в группе Канефрона обострения наблюдались у 31 (39,7%) пациентки. В группе Канефрона 3-месячный интервал рецидивирования составил 0,008 в год, а в контрольной группе 0,014 в год

($p < 0,05$). Относительный риск клинического рецидивирования (Relative risk (RR)) составил 0,88 (95% CI: 0,57 to 1,37). Соотношение рисков Odds ratio (OR) = 0,81 [95% CI 0,37–1,74]. Для данного периода наблюдения мы не выявили различий между группами по числу развития рецидивов ($p > 0,1$).

За 6 месяцев, с учетом предыдущих 3, из группы контроля имели обострения 33 (82,5%) пациентки, а в группе Канефрона – 49 (62,8%) пациенток. В группе Канефрона интервал рецидивирования за 6 месяцев составил 0,006 в год, а в контрольной группе – 0,015 в год ($p < 0,05$). RR составил – 0,76 (95% CI: 0,61 to 0,95), OR = 0,36 [95% CI 0,14–0,91] в пользу группы Канефрона. Риск развития рецидива среди пациентов, принимавших Канефрон, значительно ниже по сравнению с контрольной группой (для RR и OR $p < 0,05$).

Вывод. Анализ результатов 6-месячного наблюдения показал статистически достоверное снижение риска рецидивов ИМП у женщин после 3-месячного курса Канефрона.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАСАКРАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Ю.П. Серняк, А.С. Фуксзон, Ю.В. Роцин, М.В. Криштопа

Кафедра урологии ФИПО ДонНМУ

Частота повреждений спинного мозга в современном обществе составляет от 1,5 до 4 на

100 000. Максимальный риск травмы существует в возрасте 15–35 лет. Примерно у 61% пациен-