

2. У больных с нефролитиазом уретероскопия – важным методом дифференциальной диагностики педункулита с воспалительными изменениями слизистой лоханки и начального отдела мочеточника.

3. Больные с нефролитиазом, осложненным педункулитом, нуждаются в лапароскопическом (ретроперитонеоскопическом) уретеро-пиелолитотрипсии.

Адреса для листування

Р.Н. Молчанов
E-mail: rob_molch@yahoo.com

НАШ ДОСВІД УРЕТРОСКОПІЇ І КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В ЛІКУВАННІ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ НА КРИВОРІЖЖІ

*М.С. Померанцев, І.Б. Білий, В.М. Семенів,
А.П. Мусієнко, С.М. Сліпенький, С.І. Щербина*

*ДЗ «Відділкова лікарня ст. Кривий Ріг – Головний»
ДП «Придніпровська залізниця»
КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР*

Вступ. Жорстка уретероскопія з літотрипсією конкрементів сечоводу є світовим стандартом лікування сечокам'яної хвороби. В результатах нашої роботи відображений досвід використання цієї мінімально-інвазивної методики лікування сечокам'яної хвороби.

Матеріали та методи дослідження. За період 2012–2015 рр. на базі хірургічного відділення Відділкової лікарні ст. Кривий Ріг – Головний проведено 375 уретероскопій з приводу конкрементів сечовивідних шляхів у пацієнтів віком 18–83 років (225 чоловіків та 150 жінок). Найчастішою локалізацією конкрементів була нижня третина сечоводу – 240 пацієнтів (64%), у 42 пацієнтів (11,2%) каміння локалізувалось у середній третині сечоводу, у 75 пацієнтів (20%) – у верхній третині, 10 пацієнтів (2,6%) – камінь сечового міхура та 8 пацієнтів (2,2%) з каменями миски. Розмір каменя від 6 до 25 мм, у 20 пацієнтів – кам'яна доріжка від 2 до 4 конкрементів, 15 хворих було прооперовано негайно з приводу анурії на фоні обструкції сечоводу єдиної нирки (12 пацієнтів) та 3 пацієнти з каменем обох сечоводів. У 10 випадках УРС та КЛП виконувалась як другий етап у хворих з нефростомічним дренажем після лікування гострого обструктивного пієлонефриту.

Уретероскопія проводилася при низькому іригаційному тиску напівжорстким уретероскопом розміром 9,5Шр (Карл Шторц) з відеопідтримкою на стойці Олімпус. Літотрипсія виконувалась у 320 пацієнтів шляхом електроімпульсного літотриптеру Уроліт, у 55 пацієнтів

використовувався лазерний літотриптер У-100, під спинальною, епідуральною або загальною анестезією. Післяопераційне стентування сечоводу проводилось у 285 випадках (тривалістю від 7 до 30 днів), у 70 випадках – катетеризація сечоводу та 20 випадків – без дренивання верхніх сечових шляхів.

Результати. Внаслідок проведеного лікування у 345 пацієнтів (92%) досягнуто повне видалення конкременту за один етап без резидуальних фрагментів. 18 пацієнтам (4,8%) довелося проводити другий етап операції з проміжним стентуванням. 12 пацієнтів (3,2%) направлено для проведення перкутанної нефролітотрипсії. Випадки повторних уретероскопій та необхідність проведення перкутанної нефролітотрипсії виникли з приводу міграції конкременту або його фрагменту у ЧМС, цим хворим попередньо проводилось стентування.

Середня тривалість операції від 20 до 70 хв. Ускладнення: 1 випадок – макроперфорація сечоводу (0,2%), який ліквідовано конверсією у відкриту операцію. 17 (4,53%) випадків мікроперфорації сечоводу, яка пов'язана з тривалим знаходженням конкременту у сечоводі, ліквідувалась стентуванням. 42 (11,2%) випадки атаки пієлонефриту, серед них 35 (9,3%) випадків загострення хронічного пієлонефриту на фоні тривалого ускладненого перебігу хвороби, 7 (1,8%) хворих з гострим серозним пієлонефритом; всі випадки ліквідувались консервативно. 2 випадки потребували перкутанної

нефростомії та 1 випадок гнійного пієлонефриту, який прооперовано (висічення карбункула нирки з декапсуляцією та нефростомією). Середня тривалість у стаціонарі склала 6,5 дня.

Висновки. Напівжорстка уретероскопія з літотрипсією конкрементів сечоводу є надійним, безпечним та мінімально інвазивним методом лікування сечокам'яної хвороби. Ефективність цього методу у нашій клініці склала 96,8%, рівень

ускладнень не перевищував статистичні показники за даними світової літератури при мінімальних показниках грізних ускладнень. Вибір методу контактної літотрипсії індивідуальний для кожного пацієнта та ґрунтується на досвіді оператора. Подальше підвищення ефективності цього методу можливе завдяки удосконаленню хірургічної техніки та медичного обладнання операційної.

Адреса для листування

М.С. Померанцев

E-mail: pomerantsev.maks@yandex.ru

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ НЕФРОПТОЗА

Е.А. Квятковский¹, И.М. Русинко², Т.А. Квятковская³

¹ КУ «Днепропетровская ГKB № 9 ДОС»,

² ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

³ КУ «Д 12 ТМО» ДОС»

Введение. До настоящего времени среди урологов нет четкого мнения о роли ультразвуковой диагностики в своевременном выявлении нефроптоза, что весьма важно ввиду наличия таких осложнений нефроптоза, как пиелонефрит, гидронефротическая трансформация почки, макро- и микрогематурия, артериальная гипертензия.

Цель исследования: определение места и роли ультразвукового исследования в диагностике нефроптоза.

Материал и методы исследования. Нами ежегодно проводится 1000–1100 ультразвуковых исследований (УЗИ) органов мочевой системы пациентов с помощью ультразвукового аппарата HS-2000 в В-режиме. При этом мы ежегодно выявляем до 25–30 случаев нефроптоза, в подавляющем большинстве у женщин. Проведен анализ этой работы за последние 10 лет.

Результаты. Выявлено 285 случаев нефроптоза, из них в 209 случаях (73,3%) нефроптоз был правосторонним, в 42 случаях (14,7%) – левосторонним и в 34 случаях – (12%) двусторонним.

Для своевременного выявления нефроптоза УЗИ почек необходимо проводить как в горизонтальном, так и в вертикальном положении пациента. Это должно стать алгоритмом исследования. Важно при этом на коже наносить метку расположения датчика. Это позволяет по-

очередно расположить датчик симметрично с обеих сторон. Проводить исследование необходимо при глубоком вдохе с задержкой дыхания и соответствующей отметкой визором контура почки на экране. Пациент должен сделать глубокий выдох, после чего необходимо повторно отметить визором контуры почки. При одновременном выведении на экран двух изображений почки с отметками визором при нефроптозе уже визуально определяется асимметрия расположения изображений почки относительно линии раздела эхограмм. При нефроптозе это смещение при глубоком вдохе, как правило, превышает 4–5 см.

В 7,7% случаев нефроптоза при УЗИ нами выявлено нарушение уродинамики в виде пиелоэктазии, гидрокаликоза, гидронефроза. Лучшее нарушение уродинамики при УЗИ выявляется в вертикальном положении пациента после физической нагрузки: ходьбы, бега на месте.

В 1% случаев было отмечено отсутствие смещаемости контура почки при дыхательных движениях при выраженной асимметрии расположения почек. В этом случае для проведения дифференциальной диагностики фиксированного нефроптоза и дистопией почки очень важно определить уровень отхождения почечных сосудов и их количество. Проведение УЗИ в режиме цветового доплеровского картирования позволяет успешно решить эту задачу, судить о состо-