

ПЕРКУТАННАЯ АНТЕГРАДНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРЕТЕРОЛИТИАЗА

Попов С.В., Гусейнов Р.Г., Скрыбин О.Н., Орлов И.Н., Гаджиев Н.К., Обидняк В.М., Давыдов А.В.,
Бархитдинов Р.С., Перепелица В.В.

Городской центр эндоскопической урологии
и новых технологий

Санкт-Петербург

Введение

Проблема мочекаменной болезни (МКБ) сохраняет свою актуальность во всем мире, в связи с продолжающимся ростом заболевания, который ежегодно составляет 0,5-5,3%. В Российской Федерации число больных МКБ увеличилось на 17,3% за последнее десятилетие. Предметом обсуждения остается вопрос метода выбора оперативного лечения МКБ. На сегодняшний день, для лечения больных с конкрементами мочеточника применяется большое число методик: дистанционная литотрипсия (ДЛТ), уретероскопия с контактной уретеролитотрипсией (КУЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ), лапароскопическая и ретро-перитонеоскопические уретеролитотомии. В случаях, когда выполнение ДЛТ не целесообразно (стриктура мочеточника, высокая плотность конкремента, отсутствие эффекта от предыдущего лечения) а применение КУЛТ невозможно или может привести к осложнениям, единственным альтернативным эндоскопическим методом лечения становится перкутанная антеградная уретеролитотрипсия (ПАУЛТ).

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты лечения 15 пациентов с МКБ, проксимальным уретеролитиазом (8 мужчин и 7 женщин в возрасте 31-64 года), справа – у 6 больных и слева – у 9, которые были разделены на две группы: 11 (73,3%) пациентов, которым ПАУЛТ была выполнена в качестве монотерапии и 4 (26,7%) у которых ПАУЛТ была этапом ПНЛТ.

Результаты

Выполнение ПАУЛТ проводилось после перкутанного доступа в почку, с использованием нефроскопии, с последующим введением оптики в проксимальный отдел мочеточника и выполнением контактно-лазерной уретеролитотрипсии. Следует отметить, что в случаях небольших размеров конкремента, необходимо попытаться переместить его в лоханку на этапе выполнения катетеризации мочеточника, с последующей ПНЛТ. Состояние “stone free rate” было достигнуто у 14 (93,3%) пациентов. Серьезных интра- или послеоперационных осложнений нами встречено не было. Необходимость послеоперационного дренирования оценивалась во время операции. В случаях, длительного нахождения конкремента в мочеточнике, после проведения литотрипсии устанавливали внутренний мочеточниковый стент антеградным доступом. Нефростомический дренаж был установлен в 6 (40,0%) случаях, нефростома и внутренний мочеточниковый стент – в 7 (46,7%), в 2 (13,3%) случаях нефростомический дренаж не устанавливался, ограничились установкой мочеточникового стента. Мы считаем обязательным дренирование мочевой системы, в случаях длительного нахождения конкремента в мочеточнике, т.к. это вызывает образование «пролежней» и может привести к отеку слизистой с развитием острого воспалительного процесса в раннем послеоперационном периоде. Средний срок пребывания больных в стационаре – $2,1 \pm 0,7$ суток. Мочеточниковый стент удалялся во время амбулаторного наблюдения на $12,0 \pm 6,0$ сутки. Анализ полученных результатов, показал, что ПАУЛТ при проксимальном уретеролитиазе – эффективный метод лечения.

Вывод

Перкутанная антеградная уретеролитотрипсия является преимущественным методом выбора при лечении больных с крупными конкрементами дистального отдела мочеточника, которым не возможно проведение контактной и дистанционной уретеролитотрипсии, с высоким уровнем достижения «состояния, свободного от камней» (“stone free rate” – SFR) и минимальным числом осложнений.