

Тактика оперативного лечения неотложных состояний у больных мочекаменной болезнью

Баженов И.В., Истокский К.Н., Бурцев С.А., Берестецкий И.Е., Дёминов Д.А., Давыдкин П.Н., Баранов М.В., кафедра урологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Первая областная клиническая больница, г. Екатеринбург

Tactics of surgical treatment of emergency conditions in patients with urolithiasis

Bajenov I.V., Istoksky K.N., Burtsev I.E., Berestetsky I.E., Deminov P.N., Baranov M.V.

Резюме

В клинике урологии УГМА проведен ретроспективный анализ методов оказания неотложной помощи пациентам с мочекаменной болезнью, определены показания к неотложному дренированию мочевыводящих путей. С этой целью наиболее часто используется метод перкутанной нефростомии. Дезинтеграцию камней мочеточника с устранением уретеральной обструкции осуществляем преимущественно с помощью контактной уретеролитотрипсии. В настоящее время эндоскопические операции являются методом выбора, а доля обычных открытых операций не превышает 4%.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, контактная уретеролитотрипсия, перкутанная нефростомия, открытая малоинвазивная ретроперитонеоскопия

Summary

The clinic urology UGMA a retrospective analysis of the methods of providing emergency care to patients with urolithiasis, determined the indications for urgent drainage of the urinary tract. For this purpose, most often use the method of percutaneous nephrostomy. Disintegration of ureteral stones with obstruction removal ureteralnoy preferably carried out by using the contact ureterolithotripsy. Currently, endoscopic surgery is the method of choice, and the share of conventional open surgery does not exceed 4%.

Keywords: Urolithiasis, ureterolithotripsy, percutaneous nephrostomy, minimally invasive open retroperitoneoscopy

Введение

Мочекаменная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний, её доля превышает 30% от всего контингента урологических стационаров [1].

На современном этапе развития урологии эндоскопические и малоинвазивные методы лечения широко применяются как при плановых оперативных вмешательствах, так и при оказании неотложной медицинской помощи.

Расширение клинических показаний к дистанционной литотрипсии, чрескожной нефролитотрипсии, а также совершенствование методик уретероскопии и контактной уретеролитотрипсии изменили подход к лечению больных МКБ.

Увеличение доли малоинвазивных методов оперативных вмешательств позволяет добиться повышения качества жизни пациента, что является важнейшим параметром клинической эффективности лечения и скорейшего выздоровления. Использование современного оборудования (наборы для перкутанной нефростомии, мочеточниковые стенты, УЗИ-аппараты нового поколения, гибкие и

жесткие уретероскопы, эндоскопические баллоны и корзинки, аппараты ДУВЛ) и освоение врачами-урологами малоинвазивных методов (ретроперитонеоскопии, эндоскопии и др.) позволяет оказывать пациентам квалифицированную высокотехнологичную помощь при неотложных состояниях.

Материал и методы

В клинике урологии Уральской Государственной Медицинской Академии проведен сравнительный ретроспективный анализ способов оказания неотложной помощи больным МКБ с уретеральной обструкцией. Период наблюдения – с января 2008 по ноябрь 2010 года.

Общее количество пациентов – 470 человек.

Объем обследования пациентов включает использование стандартных методов: обзорный снимок мочевых путей; ультразвуковое исследование и экскреторная урография. Специализированными методами являются: спиральная компьютерная томография и динамическая реносцинтиграфия.

При уретеральной обструкции, сопровождающейся болевым синдромом, первоочередной задачей является купирование почечной колики. С этой целью используются нестероидные противовоспалительные средства (кеторофен, кеторолак трометамин), их комбинации с М-холинблокаторами, при неэффективности – наркотические анальгетики.

Ответственный за ведение переписки -
Бурцев Сергей Александрович,
г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 185, 3
урологическое отделение
E-mail: urology@okb1.ru



Рис.1. Способы дренирования верхних мочевых путей

Дальнейшая тактика зависит от размеров и расположения конкремента, длительности стояния камня, наличия инфекции мочевых путей. При размере камня менее 7 мм можно рассчитывать на эффективность камнеизгоняющей терапии, при вероятности их отхождения: верхняя треть – 25%, средняя треть – 45%, нижняя треть – 70%. Используемая в клинике урологии УГМА камнеизгоняющая терапия включает использование нестероидных противовоспалительных препаратов, спазмолитиков, А-адреноблокаторов, внутривенное введение растворов кристаллоидов, обильный питьевой режим, физиолечение.

При полной уретеральной обструкции (42%; 197 пациентов) мы стремимся в кратчайшие сроки восстановить адекватный отток мочи из заблокированной почки с целью предотвращения развития гнойных обструктивных форм пиелонефрита. Для ликвидации уретеральной обструкции используем, как методы оперативного удаления причины обструкции (эндоскопические операции, ретроперитонеоскопические малоинвазивные методики, открытые операции из люмботомического доступа), так и методы неотложного дренирования мочевых путей, с целью возможности последующего планового оперативного лечения.

Варианты дренирования верхних мочевых путей при уретеральной обструкции (рис. 1):

- перкутанная нефростомия – 56% (110 пациентов);
- стентирование – 43% (85 пациентов);
- установка мочеточникового катетера – 1% (2 пациента) (рис.2).

Выбор метода дренирования так же зависит от длительности стояния камня, размеров и расположения камня, наличия инфекции мочевых путей. Показаниями к стентированию является наличие конкремента менее 7 мм на фоне некупирующейся (медикаментозно) почечной колики. При наличии гидронефротической трансформации, связанной с длительной обструкцией верхних мочевыводящих путей, явлений интоксикации (повышение температуры, выраженный болевой синдром, лейкоцитоз, лейкоцитурия, бактериурия), постренальной формы анурин, невозможности установки стента, мочеточникового катетера методом выбора является перкутанная нефростомия. Катетеризация мочеточника в настоящее время практически не используется, предпочтение отдается методам внутреннего дренирования.

При локализации камня в нижней или средней тре-

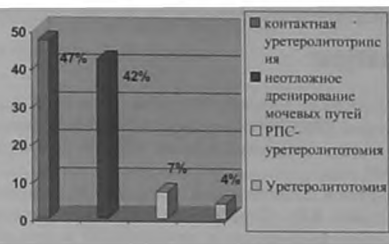


Рис. 2. Способы удаления камней и дренирования мочевыводящих путей

ти мочеточника, размере камня менее 20 мм, неэффективности камнеизгоняющей терапии, отсутствии обострения хронического пиелонефрита определяются показания к неотложной контактной уретеролитотрипсии (47%; 220 пациентов). Операция выполняется в течение первых двух дней (независимо от времени суток) прибытия пациента в стационар, что позволяет в кратчайшие сроки избавить пациента от камня, добиться ранней клинической и трудовой реабилитации пациента (рис.2), сократить затраты на лечение.

При локализации конкремента в верхней трети мочеточника методом выбора является ДУВЛ in situ. Тем не менее, при данной локализации конкремента эффективна контактная уретеролитотрипсия с использованием эндоскопических корзин, баллонов, которые заводятся проксимальнее камня до дробления, что препятствует миграции конкремента и его крупных фрагментов в почку. Контактная уретеролитотрипсия заканчивается дренированием верхних мочевыводящих путей с помощью катетера-стента или установкой мочеточникового катетера. Противопоказаниями к неотложной контактной уретеролитотрипсии мы считаем обострение хронического пиелонефрита; длительное стояние камня (более 3-х недель); диаметр камня более 20 мм; наличие заболеваний, препятствующих проведению уретеролитотрипсии (ДГПЖ, стриктура уретры и т.д.).

При наличии противопоказаний к контактной уретеролитотрипсии методом выбора считаем открытую малоинвазивную ретроперитонеоскопическую уретеролитотомию (7%; 33 пациента). При противопоказаниях к операции из мини-доступа и наличии деструктивных форм пиелонефрита выполнялась стандартная уретеролитотомия (4%; 18 пациентов).

Таким образом, в тактике оперативного лечения неотложных состояний у больных нефролитиазом, наиболее часто используемыми методами дренирования верхних мочевыводящих путей являются перкутанная нефростомия - 24%(110 пациентов) и стентирование мочеточника- 22% (85 пациентов).

Дезинтеграция камней мочеточника с устранением уретеральной обструкции осуществляется преимущественно с помощью контактной уретеролитотрипсии – 47%(220 пациентов).

Открытые оперативные вмешательства из мини-доступа составляют 7% (33 пациента). Обычные открытые операции не превышают 4% (18 пациентов).■

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.-С.А., Кузьмичева Г.М. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни. Журнал Урология №2, 2006 год.
2. Мартов А.Г., Лисенок А.А., Павлов А.Ю., Маслов С.А., Ергаков Д.В., Серебряный С.А. Трансуретральная уретеропиелоскопия с литотрипсией и литоэкстракцией у детей, журнал Урология №3, 2007 год.
3. Тиктинский О.Л., Александров В.П. «Мочекаменная болезнь», СПб: Издательство «Питер», 2000 – 384 с.
5. EAU Guidelines 2008. H.-G. Tiselius, D. Ackermann
6. González Enguita C, Cabrera Pérez J, Calahorra Fernández FJ, Cancho Gil MJ, Vela Navarrete R. Treatment of ureteral lithiasis with shock waves]
7. Mijón Ortiz JL, Gutiérrez Tejero F, Lypez Carmona F, Nogueras Ocaca M, Arrabal Martín M, Zuluaga Gymez A. Distal ureteral lithiasis. ESWL versus ambulatory URS. Servicio de Urología, Hospital Universitario San Cecilio, C/Dr. Oloriz, 16 18012 Granada, España.
8. González Enguita C, Calahorra Fernández FJ, Cabrera Pérez J, García Cardoso J, Rodríguez-Micyn Cifuentes JL, García de la Peca E, Vela Navarrete R. Surgery of renoureteral lithiasis. Current indications. C6tedra y Servicio de Urología, Fundaci3n Jim3nez D3naz, Universidad Aut3noma, Madrid.

Динамика качества жизни больных мочекаменной болезнью после проведенного лечения

Вахлов С.Г., к.м.н., ассистент кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА, заведующий отделением дистанционного дробления камней ГУЗ СОКБ№1, г.Екатеринбург
Макарян А.А., аспирант кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г.Екатеринбург

Dynamics of the quality of life of patients with urolithiasis after treatment

Vakhlov S.G., Makaryan A.A.

Резюме

В статье представлены результаты анкетирования 156 больных мочекаменной болезнью, с применением анкеты - опросника, разработанного кафедрой урологии Уральской Государственной медицинской академии. Целью данного исследования является оценка качества жизни пациентов, перенесших дистанционную ударно-волновую литотрипсию в СОКБ № 1, проходивших реабилитацию в условиях санатория «Обуховский» по сравнению с контрольной группой пациентов, проходивших реабилитацию в амбулаторных условиях. В результате проведенного анкетирования было установлено, что качество жизни основной группы больных, получавших санаторно-курортное лечение, выше, чем в контрольной группе за счет снижения выраженности болевых ощущений и положительной динамики в анализах мочи и крови, уродинамических показателей, а так же сокращения периода нетрудоспособности.

Ключевые слова: качество жизни, мочекаменная болезнь, дистанционная литотрипсия, санаторно-курортное лечение

Summary

The article presents the results of the questionnaire, 156 patients with urolithiasis, with application forms - a questionnaire developed by the Department of Urology of the Urals State Medical Academy. The purpose of this study sought to compare the quality of life of patients undergoing shock wave lithotripsy remote and rehabilitated in a spa treatment with a control group underwent standard rehabilitation on an outpatient basis. As a result of questioning it was found that the quality of life of the main group, held spa treatment, higher than in the comparison group by reducing the severity of pain, as well as reducing the period of disability.

Key words: quality of life, sanatorium treatment, remote lithotripsy

Введение

Мочекаменная болезнь является одним из самых распространенных урологических заболеваний [1]. При-

менение молонинвазивных методов лечения нефролитиаза позволило существенно сократить частоту послеоперационных осложнений по сравнению с открытыми опе-