

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КРУПНЫХ КОНКРЕМЕНТАХ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

Клинический ординатор – Шавлакадзе Л.И.

Научный руководитель – доц. Сикора В.В.

СумГУ, медицинский институт,

кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии

Актуальность темы: Сравнить результаты использования метода чрескожной нефролитоэкстракции с предварительным смещением конкремента в почечную лоханку и трансуретральной контактной литотрипсии для удаления крупных и плотных конкрементов из средней и нижней трети мочеточника.

Материалы и методы исследования: Трансуретральный доступ к конкременту в верхних мочевых путях осуществляли под эндоскопическим и рентгенотелевизионным контролем через естественные мочевые пути, которые обычно адекватны для проведения по ним ригидных инструментов. Мы использовали уретеропиелоскоп фирмы KARL STORZ 11 Fг. Дилатации устья, как правило, не требовалась. После визуализации конкремента проводили его ретроградное смещение в полость лоханки тубусом уретеропиелоскопа или катетером, или усилением ирригации жидкости. В мочеточнике оставляли катетер № 5 (лучше с баллоном), а в мочевом пузыре уретральным катетер, к которому прикрепляли мочеточниковый. Пункционно или по нефростомическому дренажу в лоханку заводили струну, по которой бужировали нефростомический канал до диаметра тубуса нефроскопа. Выполняли нефроскопию с литоэкстракцией. По окончании манипуляции в лоханку на 3-5 дней устанавливали дренажную трубку, катетер удаляли через сутки.

Результаты исследования. С 2013 по 2015 гг. в нашей клинике получили лечение 123 пациента с крупными и плотными конкрементами средней и нижней трети мочеточника. Из них 63 мужчин (51,2 %) и 60 женщины (48,7 %). Размеры конкрементов от 0.9 см. до 2.5 см располагались в нижней трети у 54 больных (44%) и у 69 (56 %)- в средней трети мочеточника. У 78 больных была выполнена трансуретральная контактная уретеролитотрипсия при помощи лазерного волокна karl storz calculase. У других 45 пациентов конкремент был смещен в лоханку и удален методом чрескожной нефролитоэкстракции. Следует отметить, что у 71 пациента (58 %) крупный конкремент находился в мочеточнике длительное время (от 1.5 месяцев до 2 лет), что привело к формированию уретерогидронефроза и потребовало предварительного наложения ЧПНС. Собственно удаление конкремента производили через 1,5 - 2 месяца после дренирования верхних мочевых путей и восстановления функции почки.

В послеоперационном периоде острый пиелонефрит возник у 20 пациентов, подвергнутых трансуретральной уретеролитотрипсии (16.4%) и у 11 пациентов после чрескожной нефролитоэкстракции (8.7%).

Методика операции со смещением конкремента в полостную систему почки позволила уменьшить интраоперационные осложнения на 50%, время оперативного вмешательства на 27%, возникновение пиелонефрита в послеоперационном периоде на 50%, средний послеоперационный койко-день на 35%.

Выводы: Таким образом, оперативная методика чрескожной нефролитоэкстракции с предварительным смещением конкремента в почечную лоханку имеет преимущества перед трансуретральной контактной литотрипсией при удалении крупных и плотных конкрементов из средней и нижней трети мочеточника.