

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ НА ФОНЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Г.К. Гайсин

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар

Основным методом лечения мочекаменной болезни на протяжении многих лет была открытая операция в различных ее вариантах. Однако за последние десятилетия в нашей клинике преимущественно используются различные малоинвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Используются следующие малоинвазивные методики: ДУВЛ (аппарат Modulith SLK), жесткий уретероскоп с гольмиевым лазером (K. Storz Calculase) и гибкий уретеропиелоскоп (Flex XY фирмы K.Storz).

Использование новых малоинвазивных технологий позволило наиболее эффективно и радикально решить вопрос пострենальной анурии на фоне МКБ. Приводим 2 наблюдения:

Больной Б., 1975г.р., поступил в экстренном порядке в урологическое отделение ГБ №1 с клиникой почечной колики с обеих сторон. Жалобы при поступлении на выраженные боли в поясничной области с обеих сто-

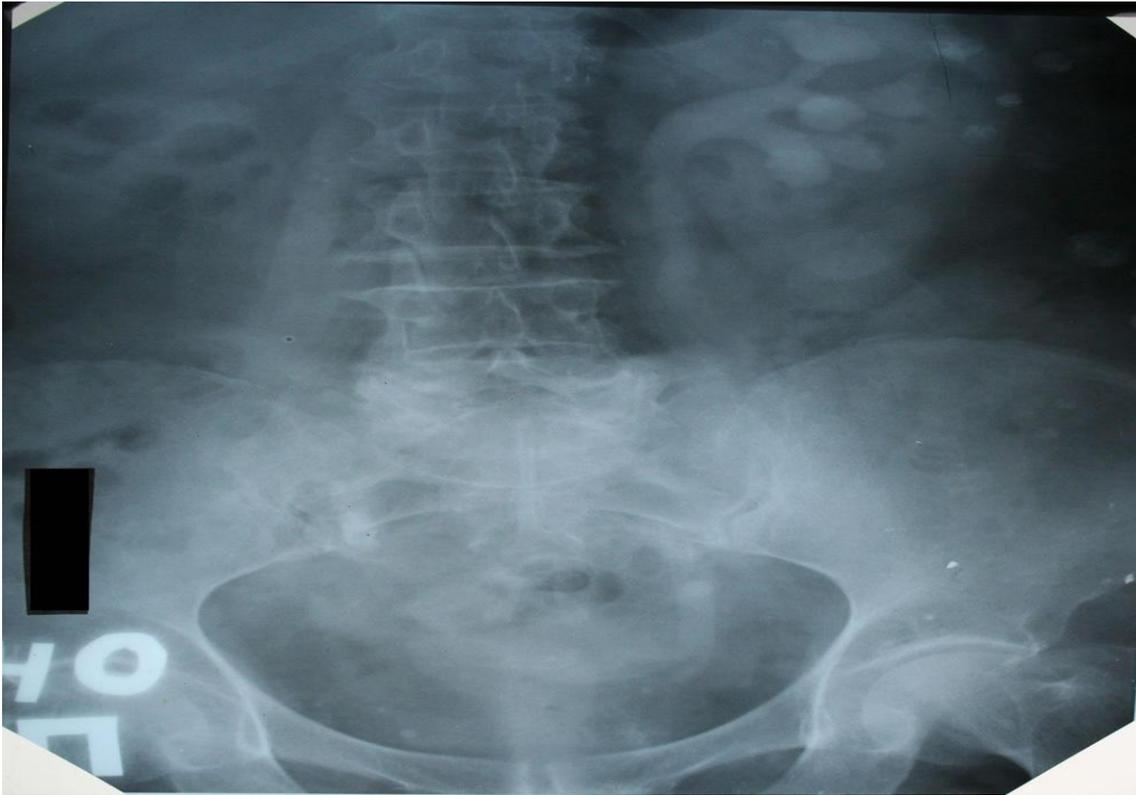
рон, иррадиирующие в пах, отсутствие мочи, общую слабость. Болеет в течении недели, когда появились боли в левой поясничной области, 2 дня присоединились боли в правой поясничной области, начал отмечать отсутствие мочи. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Температура тела 36,7. Легкие и сердце без патологических изменений. АД – 120/80 мм.рт.ст., пульс – 78 уд в мин. Живот мягкий, болезнен при глубокой пальпации в проекции обеих почек. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Мочеиспускание отсутствует. Анализы при поступлении: ОАК: Нв – 138 г/л, L – $10,6 \cdot 10^9$ /л, Эр – $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ – 18 мм/ч. Показатели мочевины при поступлении 14,2 ммоль/л. На УЗИ почек определяется двустороннее расширение ЧЛС, хронический пиелонефрит. На обзорной урограмме – конкремент в 1/3 правого мочеточника и 1/3 левого мочеточника.





В экстренном порядке произведена контактная литотрипсия камня н/3 левого мочеточника с установкой стент-катетера. Провести контактную литотрипсию конкремента в/3 правого мочеточника не удалось из-за непроходимости уретероскопа выше с/3 правого мочеточника. Послеоперационный период протекал гладко, диурез 1500 мл, больной отмечает тупые ноющие боли в правой поясничной области. На 2-ые сутки проведено

ДУВЛ камня в/3 правого мочеточника, после которого больной отметил отхождение фрагментов конкремента с мочой. На 4-ые сутки проведена экскреторная урография – функция почек удовлетворительная, пассаж мочи не нарушен, теней конкрементов не выявлено. Выписан на 8-ые сутки в удовлетворительном состоянии.



Больная А., 1938 г.р., поступила в экстренном порядке в урологическое отделение в экстренном порядке. Считает себя больной в течении недели, когда появились боли в поясничной области с обеих сторон, больше слева, отсутствие мочи в течении 3-х суток. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Температура тела 37,8. Легкие и сердце без патологических изменений. АД – 130/80 мм.рт.ст., пульс – 84 уд в мин. Живот мягкий, болезнен при глубокой пальпации в проекции обеих почек. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Мочеиспускание отсутствует. На УЗИ конкремент правой почки диаметром 0,9 см, уретерогидронефроз слева, хронический пиелонефрит. На обзорной урограмме – камень н/3 левого мочеточника, камень лоханки правой почки.

В экстренном порядке проведена контактная литотрипсия камня н/3 левого мочеточника с установкой стент-катетера. Симультантно, после бужирования устья правого мочеточника, проведен гибкий уретеропиелоскоп Flex XY, конкремент обнаружен в лоханке, дезинтегрирован и удален фрагментарно, установлен стент-катетер.

Послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, комбинированное использование малоинвазивных методик позволило нам быстро и эффективно купировать постренальную анурию при МКБ. Выявленные закономерности позволяют нам рекомендовать использование данных методик в широкой урологической практике при наличии опыта у оперирующего уролога при выполнении эндоскопических операций.

Литература:

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб: Питер, 2000.
2. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь. – Алматы, 2004.
3. Алчинбаев М.К., Кожабеков Б.С., Сачинава Г.В. Эндоскопические способы удаления камней мочеточника //Актуальные проблемы урологии.- Бишкек, 1998.
4. Дзеранов Н.К., Мартов А.Г., Бешлиев Д.А. Камень мочеточника – дистанционная или контактная уретеролитотрипсия. В кн.: Первый Российский конгресс по эндоурологии. М.; 2008.

Бүйректен несептасы ауруында зэр шыкпауды емдеуде малоинвазив технологиясын пайдаланудың тиімділігі

Несептасы аурын гольми лазерлі қатты уретеропиелоскоп және жұмсақ уретропиелоскоп, қашықтан толқын-соққысын араластыра қолданып тасты уатып емдеу пайдалы екенін айта кеттік. Белгілі заңдылықтар бізге осы әдісті урологиялық тәжірибеде кеңінен таратып, ұсынуымызға кепілдейді.

Efficacy of mini-invasive technologies in the treatment of urolithiasis with postrenal anuria

In the resulted examples we successfully used a combination of extracorporeal shockwave lithotripsy, rigid ureteropyeloscope with holmium laser and fibropyelolithotripsy for the postrenal anuria treatment. Revealed regularities allow us to recommend the use of these methods in urological practice.