

Бездренажная перкутанная нефролитотрипсия – новое направление в эндохирургии нефролитиаза

А.И. Сагалевиц, С.А. Возианов, Б.В. Джуран, В.В. Когут

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Городская клиническая больница № 6, г. Киев

Традиционная установка нефростомического дренажа при завершении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) является стандартной методикой. Тем не менее, потребность в размещении нефростомы в ряде случаев ставится под сомнение многими авторами.

Цель исследования: определение показаний к выполнению бездренажной ПНЛ, основываясь на собственных наблюдениях, определение потенциальных пациентов для этих вариантов лечения и особенностей выполнения бездренажной ПНЛ.

Материалы и методы. Среди выполненных нами 245 мини-ПНЛ за период 2014–2016 гг. операция заканчивалась установкой нефростомического дренажа в 224 (91,4%) случаях. В 21 (8,6%) случаях операция завершалась антеградной установкой мочеточникового JJ-стента как по антеградно (перкутанно) заведенной струне в мочеточник (9 случаев), так и ретроградно выведенной струне, из мочеточникового катетера через нефроскоп, перкутанно (12 случаев). Критерием исключения для бездренажной мини-ПНЛ служило интраоперационное кровотечение, исходные конкременты почки более 30 мм, продолжительность операции свыше 60 мин, выполнение более одного чрескожного доступа, перфорация чашечно-лоханочной системы почки, наличие резидуальных фрагментов, аномалии почек и мочевыводящих путей, выраженная

инфравезикальная обструкция, большой объем чашечно-лоханочной системы (на фоне исходного гидронефроза). Больные в ранний послеоперационный период подвергались обязательному ультразвуковому исследованию.

Результаты. Все бездренажные ПНЛ были выполнены без значимых осложнений – ни у одного из пациентов не было выявлено урогематомы или послеоперационного кровотечения. Мочеточниковые JJ-стенты удалялись на 2–7-е сутки (в ряде случаев – в амбулаторном режиме). Отмечено, что в послеоперационный период больные без нефростомического дренажа вдвое меньше нуждались в обезболивании (особенно, когда перкутанный доступ имел место в межреберье или непосредственно под 12-м ребром). Средние сроки пребывания больных в стационаре после бездренажной ПНЛ составили 3,5 сут, в отличие от больных с перкутанным послеоперационным дренажем, где данный показатель составил 7,2 сут.

Выводы. Бездренажная ПНЛ является безопасной процедурой, однако должна выполняться опытным хирургом с соблюдением всех требований и критериев перкутанной хирургии почек. Данная методика позволяет снизить болевой синдром в ранний послеоперационный период, сократить применение обезболивающих препаратов и уменьшить послеоперационные сроки пребывания больных в стационаре.

Ензимологічний контроль за станом паренхіми нирки після екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії у хворих на нефролітіаз

Г.Г. Нікуліна, В.В. Черненко, Л.Я. Мигаль, Д.В. Черненко, Н.І. Желтовська, І.Є. Сербіна

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Поширеність нефролітіазу (НЛ) в Україні складає майже 40%. НЛ призводить до розладу уро- і гемодинаміки та як наслідок – до розвитку гіпоксично-ішемічних ушкоджень паренхіми нирки. Основним та найбільш поширеним неінвазивним методом лікування хворих на НЛ є екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія (ЕУХЛ). Одним з критеріїв оцінювання функціонального стану паренхіми нирок, зокрема тубулярного відділу, є зміни рівнів активності ферментів сечі.

Мета роботи: оцінювання ефективності відновлення функціонального стану каналців нирки у хворих на НЛ після застосування ЕУХЛ за ензімуричними критеріями.

Було обстежено 51 особу віком від 20 до 65 років з верифікованим діагнозом – односторонній НЛ та 30 практично здорових осіб (група контролю). Ефективність відновлення функціонального стану каналців нирки оцінювали за рівнем активності лізосомного каналцевого ферменту N-

ацетил-β-D-глюкозамінідази В (НАГ В) сечі до лікування ЕУХЛ та через 3 доби після відходження останнього фрагменту конкременту та остаточного припинення гематурії. Встановлено наступне: якщо активність ферменту після застосування ЕУХЛ досягає нормальних величин, відновлення функціонального стану каналців нирки оцінюють як ефективне; якщо активність ферменту зменшується, але при цьому не досягає меж нормальних величин, – як частково ефективне. Якщо активність ферменту після ЕУХЛ не знижується в порівнянні з вихідним рівнем, можна припустити наявність в сечових шляхах залишків конкременту, які можуть спричинити обструкцію нирки.

Отже, отримані результати свідчать про можливість використання рівнів активності НАГ В у хворих на односторонній НЛ щодо оцінювання ефективності відновлення функціонального стану каналців нирки після застосування ЕУХЛ та визначення на цій підставі обсягу терапії.