

## Бездренажна перкутанна нефролітотрипсія – нове направление в ендохірургії нефролітіаза

*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

Традиційна установка нефростомічного дренажа при завершенні перкутаної нефролітотрипсії (ПНЛ) являється стандартною методикою. Тем не менше, потреба в розміщенні нефростоми в ряді випадків ставиться під сумнів багатьма авторами.

**Цель исследования:** визначення показань до виконання бездренажної ПНЛ, ґрунтуючись на власних спостереженнях, визначення потенціальних пацієнтів для цих варіантів лікування і особливостей виконання бездренажної ПНЛ.

**Матеріали і методи.** Серед виконаних нами 245 міні-ПНЛ за період 2014–2016 гг. операція закінчувалась установкою нефростомічного дренажа в 224 (91,4%) випадках. В 21 (8,6%) випадках операція завершилась антеградною установкою мочеточникового JJ-стента як по антеградно (перкутано) заведеної струні в мочеточник (9 випадків), так і ретроградно виведеної струні, із мочеточникового катетера через нефроскоп, перкутано (12 випадків). Критерієм виключення для бездренажної міні-ПНЛ служило інтраопераційне кровотечення, вихідні конкременти нирки більше 30 мм, тривалість операції більше 60 хв, виконання більше одного чрескожного доступу, перфорація чашечно-лоханочної системи нирки, наявність резидуальних фрагментів, аномалії нирок і сечовивідних шляхів, виражена

інфравезикальна обструкція, великий об'єм чашечно-лоханочної системи (на фоні вихідного гідронефроза). Хворі в ранній післяопераційний період підвергались обов'язковому ультразвуковому дослідженню.

**Результати.** Всі бездренажні ПНЛ були виконані без значимих ускладнень – ні у одного із пацієнтів не було виявлено урогематом чи післяопераційного кровотечення. Мочеточникові JJ-стенти удалялись на 2–7-е доби (в ряді випадків – в амбулаторному режимі). Відзначено, що в післяопераційний період хворі без нефростомічного дренажа вдвічі менше потребували в обезболюванні (особливо, коли перкутаний доступ мав місце в міжребер'ї або безпосередньо під 12-м ребром). Середні терміни перебування хворих в стаціонарі після бездренажної ПНЛ склали 3,5 доб, на відміну від хворих з перкутаною післяопераційною дренажем, де цей показник склав 7,2 доб.

**Висновки.** Бездренажна ПНЛ являється безпечною процедурою, однак повинна виконуватись досвідченим хірургом з дотриманням всіх вимог і критеріїв перкутаної хірургії нирок. Ця методика дозволяє знизити біль синдром в ранній післяопераційний період, скоротити застосування анальгетиків і зменшити післяопераційні терміни перебування хворих в стаціонарі.

## 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 зміна рівнів активності ферментів сечі.

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