

удавалось избежать программируемых послеоперационных осложнений и значительно повысить качество жизни больных преклонного возраста.

Актуальные направления в терапии уrolитиаза

Алферов С.М., Гришин М.А.

Отделение урологии. ФГУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ.г.Москва

Уролитиаз является наиболее часто встречающимся заболеванием мочевой системы (3% населения Российской Федерации). Эти пациенты составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров.

Дизайн исследования: за период с 2003 по 2007 гг. в отделении урологии проходили лечение 2061 пациент. Группу мониторинга составили 704 пациентов с уролитиазом.

Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) на установке «Doli U 50» выполнена 664 (94,3%) пациентам (2196 сеансов ДЛТ), контактная литотрипсия (КЛТ) произведена 23 (3,3%). Только 17 (2,4%) пациентов были оперированы (по экстренным показаниям). Остальным 1357 пациентам проводилась литолитическая и литокинетическая терапия.

Лечебно-диагностический алгоритм применялся строго индивидуально в зависимости от клинической ситуации. Основную группу составили пациенты преклонного возраста (более 65%), с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. У всех пациентов отмечалось нарушение пассажа мочи разной степени выраженности. Интеркуррентными заболеваниями чаще всего являлись острые и хронические воспаления мочеполовой системы.

На первом этапе оценивалась стадия воспалительного процесса и степень функциональной способности почечной паренхимы. Ультразвуковая ангиография и экскреторная урография по-прежнему являются основой диагностики уролитиаза и определяют тактику лечения. Высокотехнологические методики (МСКТ, МРТ) нами применялись в сложных клинических случаях (дифференциальная диагностика уратного конкремента средней трети мочеточника, локальных стриктур мочеточника и опухоли мочеточника *in situ*) и носили единичный характер.

Всем пациентам проводилась долговременная антибактериальная и спазмолитическая терапия на фоне салуретиков. Коррекция терапии осуществлялась на основании данных бактериологического мониторинга мочи. При уратном нефролитиазе применялись блокаторы синтеза мочевой кислоты из пуриновых нуклеотидов в печени, стимуляторы реабсорбции мочевой кислоты в почках, уrolитолитики.

В сложных случаях применялись инвазивные лечебно-диагностические методики: уретероскопия, катетеризация почки, установка *STENT*, чрезкожная пункционная нефростомия.

При попытке проведения контактной литотрипсии в случае транслокации конкремента в полость почки мы предпочитали дренирование *STENT* и затем - ДЛТ.

У беременных с конкрементами не поддающихся литолузу (фосфатные, кальциевые и т.д.) установка *STENT* до родов являлась единственным малотравматичным урологическим пособием восстановления пассажа мочи до последующего сеанса ДЛТ или контактной литотрипсии. У 94,3% больных ДЛТ была эффективной.

В результате нашей работы мы пришли к выводу о необходимости увеличения интервалов между сеансами литотрипсии до 5-7 дней, т.к. после сеанса ДЛТ почки последствия травмы нивелируются через 5-7 суток. Особенно высок риск последствий литотрипсии при конкрементах единственной или единственно функционирующей почки. В 2 случаях мы встречались с явлением 14-ти часовой и, соответственно, суточной анурии после 1-го сеанса. Последствия были купированы консервативно инфузионной терапией с применением диуретиков.