

При экстренной ДЛТ всем больным применялась эмпирическая АБТ. Однако при плановой ДЛТ всегда определялся инфекционный агент и степень его концентрации. Своевременная диагностика инфекции мочевых путей (ИМП) затруднена тем, что результаты микробиологических исследований запаздывают, либо недоступны вовсе. Идентифицировать возбудителя ИМП удалось у 2050 (53,9%) пациентов из 3805 подвергшихся ДЛТ. У 1735 (84,6%) - выявлена *Escherichia coli*, у 264 (12,9%) - *Enterococcus faecalis*, у 23 (1,12%) - *Enterobacter* spp., у 21 (1,02%) - *S. Saprophyticus*, и у 7 (0,3%) - *Klebsiella pneumoniae*. Мы признавали клинически значимой степень бактериурии $> 10^4$. На фоне проводимой антибактериальной терапии у 35 пациентов выявлены грибы (преимущественно *Candida albicans*). Учитывая полимикробную этиологию заболеваний, а также того факт, что рутинное выявление возбудителей не всегда возможно, терапия основывалась на эмпирическом выборе антимикробных препаратов.

Отсутствие бактериурии до начала литотрипсии не являлась основанием для отказа от АБТ. Правильность применяемой нами тактики подтверждалась появлением бактериурии в процессе лечения, её эволюцией с деградацией до микозной флоры.

Мы рассматриваем ДЛТ, как травмирующий фактор, способствующий не только пролиферации микробных агентов лимфогенно-гематогенным путем из очагов воспаления органов-резидентов, но и проникновению *нозокомиальной* флоры. Неизбежно возникающие пиело-ренальные рефлюксы из-за особенностей распространения удара в жидкой среде до чашечно-лоханочной системы создают условия для прогрессирования воспалительного процесса.

Заключение: Повышение эффективности ДЛТ мы видим в совершенствовании подготовки пациентов к лечению: санация очагов инфекции, коррекция гемостаза и реологических свойств мочи, адекватная защита почечной паренхимы с применением селективных β -2-адреномиметиков и α -1-адреноблокаторов для нормализации уродинамики в нижних отделах мочеточника.

Мы считаем проведение контактной литотрипсии конкрементов мочеточников оправданной при неэффективности 3-х сеансов ДЛТ в одной локализации.

Наметившаяся в последнее время тенденция к расширению показаний для применения контактной литотрипсии конкрементов мочеточников с нашей точки зрения неоправдана. Этот, несомненно, ценный метод должен четко обосновываться и иметь строгие показания.

Лапароскопия в хирургии мочекаменной болезни

Артамонов В. А., Ускова Г. И.

Негосударственное учреждение здравоохранения Отделенческая больница на станции г. Кемерово, ОАО РЖД.

Введение. Современная урология располагает широким арсеналом методов удаления конкрементов из верхних мочевых путей (ВМП): дистанционная и (или) контактная литотрипсия, литозэкстракция и литолапаксия из ретроградного или чрекожного антеградного доступов, открытые операции с использованием традиционных и (или) мини доступов. В ряде клинических ситуаций для удаления конкрементов из ВМП является оправданным использование лапароскопического подхода: размеры лоханочного камня 2,0 – 2,5 см и более, наличие инфравезикальной или суправезикальной обструкции, высокая плотность конкремента (более 1200 НУ) с прогнозирующей трудностью дезагрегации камня при литотрипсии, крупный ущемленный камень в/з мочеточника. Лапароскопические пиелолитотомии и уретеролитотомии созданы для достижения таких же высоких результатов, как при открытых операциях, в сочетании с преимуществами минимально-инвазивных методов.