

В урологическом отделении МУЗ «ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово за 2004-2008 года выполнено свыше 1000 КУЛТ, в том числе 350 при камнях верхней и средней трети мочеточника. 92% пациентов поступило в отделение по экстренным показаниям. Операции выполнялись полуригидными уретеропиелоскопами 8 и 9,5 Шр. В 286 (81,7%) случаях дробление камней осуществлено за один сеанс. В 20 потребовалось выполнение повторного вмешательства. В 20 случаях произошла миграция камня в полостную систему почки, что сделало выполнение КУЛТ невозможным. В 4 случаях до камня пройти не удалось из-за изгибов мочеточника, в 20 случаях из-за относительной узости устья мочеточника. Небольшой процент больных с высоким риском миграции камня в полостную систему почки, либо после миграции камня при уретероскопии направляли в центр, оснащенный дистанционным литотрипором.

Для предотвращения миграции камней в вышеуказанные отделы мы применяли следующие приёмы: максимальное поднятие головного конца операционного стола, внутривенное введение фуросемида во время дробления, ограничение или прекращение подачи ирриганта, дробление камня в корзинке, введение геля в мочеточник выше камня. Поднятие головного конца операционного стола вызывает смещение почки вниз и образуются изгибы мочеточника, препятствующие продвижению уретероскопа. Преодолению изгибов может способствовать следующий прием: ассистент или оператор свободной рукой через брюшную стенку производят смещение почки вверх и латерально, что облегчает преодоление девиаций мочеточника.

Таким образом, вышеперечисленные приёмы позволяют повысить процент успешных КУЛТ в проксимальном отделе мочеточника до 87%.

Современная стратегия лечения уретеролитиаза: математическое и компьютерное моделирование эндоскопической пневматической уретеролитотрипсии

Глыбочко П.В., Фомкин Р.Н., Понукалин А.Н., Блюмберг Б.И.

Саратовский государственный медицинский университет, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии, кафедра урологии, г.Саратов.

В настоящее время на основе существующих методологических принципов лечения мочекаменной болезни разработаны новые оперативные технологии лечения уретеролитиаза, позволяющие в большинстве случаев избежать открытых операций и достичь того же результата, но со значительно меньшим риском для дисфункции органа и здоровья пациента [1]. Из них наиболее прогрессивным является эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия [2-3], причем «золотым стандартом» эффективности и безопасности признан метод пневматической уретеролитотрипсии [4-5]. Вместе с тем анализ отдаленных результатов контактной уретеролитотрипсии показал, что частота интраоперационных осложнений травматического генеза остается достаточно высокой и достигает 10%. К ним относят баллистический удар (3%), образование гематомы (3%), перфорацию мочеточника (1%), надрыв (2%), разрыв стенки и полный отрыв мочеточника (1%) [6-10]. Ведется дискуссия о зависимости частоты осложнений от размера, состава и уровня локализации конкремента в мочеточнике. Так, при диаметре камня до 5 мм осложнения наблюдаются в единичных случаях, а с увеличением его размера частота интраоперационных осложнений возрастает в 2,5 раза [10-15]. Кроме того, отмечено, что при одних и тех же условиях у одних пациентов возникают вышеуказанные осложнения, а у других - нет. Однако комплексных клинико-экспериментальных исследований обоснования необходимости индивидуализации выбора оптимальной мощности и режима контактной пневматической уретеролитотрипсии в зависимости от особенностей макро-микроскопической анатомии и биомеханических свойств различных уровней мочеточника, прочности, размера и химического состава камня у больных различного пола и возраста не проводилось.