

Феофилов И.В., Исаенко В.И.

Урологическое отделение Государственной Новосибирской областной клинической больницы, г. Новосибирск.

Введение. МКБ относится к нозологии, в большинстве случаев требующей хирургического вмешательства, однако нет необходимости говорить, что оперативные методы удаления камней не являются методами лечения МКБ и сами по себе потенциально служат дополнительными осложняющими факторами, которые могут усугубить течение болезни. Поэтому на современном этапе в эру высоких технологий выбор лечебной тактики при самых разных формах уролитиаза остается актуальным.

Материал и методы. В урологическом отделении ОГУЗ «ГНОКБ» в 2008г. пролечено 1922 пациента, из них 878 с камнями почек и мочеточников (без учета камней мочевого пузыря), что составило 45,68% от всех пролеченных больных. Из всех больных с МКБ 119 (13,55%) пролечено консервативно, прооперировано 759 (86,45%) пациентов. Средний возраст оперированных больных 48,63 ± 13,81. Женщин – 421 (55,46%), мужчин – 338 (44,54%).

Отделение оснащено двумя литотрипторами (отечественный «Урат-ПП», немецкий «Модулярис»), ригидными нефроскопами и уретерореноскопами «Карл Шторц» (с наборами необходимых инструментов и оборудованием). Выполнялись вмешательства – открытые операции (ОО), дистанционная литотрипсия (ДЛТ), перкутанная нефролитолапаксия (нефролитозэкстракция) (ПНЛЛ), трансуретральная эндоскопическая уретеролитозэкстракция (контактная уретеролитотрипсия) (ТУЭУЛЭ).

Результаты. ДЛТ выполнено 175 (23,03%) пациентам (среднее количество сеансов – 2,32); перкутанная нефролитолапаксия выполнена у 222 (29,25%) пациентов, при чем у 11 – в два этапа; ТУЭУЛЭ выполнена у 278 (36,63%); открытые операции выполнены всего у 2 (0,26%) пациентов (обе пиелолитотомии проводились в экстренном порядке в связи с необходимостью ревизии почки по поводу гнойно-деструктивного пиелонефрита); комбинация указанных методов (ДЛТ и ТУЭУЛЭ, ПНЛЛ и ДЛТ, ПНЛЛ и ТУЭУЛЭ) была применена у 82 (10,8%) пациентов. Послеоперационный койко-день составил 6,72 ± 4,55. Полнота удаления камней составила 99,57%, 0,43% составили клинически незначимые фрагменты. Осложнения (атака пиелонефрита, образование каменной дорожки, кровотечение, перфорация мочевыводящего тракта и некоторые другие) выявлены у 26 пациентов (3,43%). Количество повторных незапланированных процедур выполнено у 23 человек (3,03%).

Заключение. Современные методы лечения при мочекаменной болезни – дистанционная литотрипсия, перкутанная и трансуретральная рентггенэндоскопическая хирургия и их сочетание – арсенал урологов, обеспечивающий избавление больных от камней любой локализации и размеров. Открытые оперативные вмешательства необходимо применять только при запланированной нефрэктомии и калькулезных гнойно-деструктивных пиелонефритах.

Криогемостаз в перкутанной хирургии кораллоидного нефролитиаза

Феофилов И.В., Исаенко В.И., Шкуратов С.И., Сафонов Д.В.

Урологическое отделение Государственной Новосибирской областной клинической больницы, г. Новосибирск

Введение. В хирургии кораллоидного нефролитиаза все большее предпочтение отдается перкутанной нефролитолапаксии. Несмотря на свою малоинвазивность, одной из