

способам оперативного лечения, а в большинстве случаев является предпочтительной альтернативой по отношению к ним. Небольшая частота и типовой характер осложнений подобных вмешательств несоизмеримы с их достоинствами: высокой информативностью, относительной технической простотой, а также малой инвазивностью и высокой толерантностью больными.

Метод перкутанной нефролитотомии позволяют удалять камни размером от 1 и более сантиметров одномоментно из лоханки, чашечек и мочеточника при ретроградном смещении их в лоханку. Все чаще показаниями к ПНЛ становятся коралловидные и множественные камни, камни почек в сочетании с хроническим нарушением пассажа мочи, когда показана эндоурологическая коррекция анатомической аномалии таких как стеноз шейки чашечки, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента. Показанием к ПНЛ так же являются камни, не поддающиеся дистанционной литотрипсии (ДЛТ), например цистиновые, конкременты, недостижимые для фокуса ДЛТ при некоторых аномалиях почек, чрезмерном ожирении.

В урологическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Горький, наряду с применением традиционных методов лечения МКБ, предпочтение отдается малоинвазивным методикам, которые вызывают у пациентов стрессовые реакции, характерные для обычных операций, но с меньшими анатомическими повреждениями и кровопотерей.

Мы проанализировали результаты 435 перкутанных нефролитотомий за период с 2000 по 2008 годы. Оперативное вмешательство проводили по классической методике под рентгенологическим и/или ультразвуковым контролем.

Метод, как и любой другой, не застрахован от интра- и послеоперационных осложнений. За годы выполнения подобных оперативных вмешательств, серьезные осложнения, потребовавшие оперативной коррекции, выявлены в 8 случаях нефролитотомий (3,4 %). Из них: 2 (0,8 %) ранних кровотечения, при одном из которых выполнена нефрэктомия, а во втором случае селективная эмболизация ветви почечной артерии. 1 (0,4 %) позднее кровотечение при замене нефростомы, потребовало выполнения люмботомии, ушивания нефростомического свища. При подкапсульной гематоме у 1 (0,4 %) пациента, последняя эвакуирована однократной пункцией под контролем УЗИ и при паранефральной гематоме в 1 (0,4 %) случае - дренирована чрескожно. Гнойный апостематозный пиелонефрит, развившийся в послеоперационном периоде у 1 (0,4 %) больного, закончился нефрэктомией. Конверсия эндоскопического вмешательства в открытое, при интраоперационном кровотечении произведена у 1 (0,4 %) больного. Большинство осложнений наблюдалось в период освоения методики.

При резидуальных конкрементах после первого вмешательства, неудаленных в связи с невозможностью их визуализации в недоступных для нефроскопа чашечках, у 12 пациентов до удаления нефростомы выполнена повторная ПНЛ мигрировавших в лоханку камней.

Летальных исходов после перкутанных вмешательств на почках не было.

Опыт показывает, что в большинстве случаев эндоскопические методики могут служить альтернативой не только открытым операциям, но дистанционной литотрипсии.

При нарушении уродинамики, обусловленном конкрементом, являющимся угрозой острого обструктивного пиелонефрита в условиях противопоказанного ДЛТ, эндоскопические методы обладают большими преимуществами, так как подразумевают дренирование почки.

Период реабилитации после проведения ПНЛ сопоставим с таковым после ДЛТ, а при больших камнях - значительно меньше, что позволяет исключить нежелательные осложнения и улучшить результаты лечения в виде одномоментного, полного удаления конкрементов почки и верхней трети мочеточника.

Возможности перкутанной нефролитотомии определяет необходимость ее широкого