

требуют поиска более эффективных, но при этом - более щадящих, менее травматичных, сохраняющих физическую активность и качество жизни пациентов путей избавления их от крупных конкрементов.

В урологическом отделении ГУЗ 00 «КМХЦ МЗ 00» ежегодно проводится лечение 130-150 пациентов с МКБ. Последние три года, ДЛТ и КЛТ выполняется в условиях созданного в МУЗ БСМП-1г. Омска отделения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДЛТ - аппарат Siemens Modularis-Uro, КЛТ - опытный аппарат «УРОЛИТ», г. Томск). Ежегодно там проводится 50-79 сеансов литотрипсии. Кроме того, ежегодно уменьшается удельный вес открытых вмешательств на верхних мочевых путях для удаления камней. Так ежегодно выполняется в среднем 3 первичных пиелолитотомии, 2 нефростомии, 1 пиелостомия, 5 пункционных нефростомии, 20-30 стентирований мочеточника и около 30 петлевых литэкстракций. Особую группу составили 22 пациента с коралловидным нефролитиазом (размер камня превышал 30 мм). Шестерым пациентам с внепочечной лоханкой за последние 2 года была выполнена первичная пиелолитотомия с нефростомией или без неё. Четверо пациентов временно воздержались от инвазивного лечения в пользу литолитической терапии. 12 пациентов с глубоким внутривнепочечным расположением лоханки и сдавлением сегмента в почечном синусе (5 женщин и 7 мужчин) согласились на программную литотрипсию, осознавая необходимость нескольких её сеансов, возможност стентирования мочеточника, нефростомии или открытой операции, а так же - угрозу пиелонефрита. Применялись традиционные методы УЗ и рентгендиагностики.

У 7 пациентов камень имел круглую или овальную форму, у 5 - от массива в лоханке отходили отроги: два камня - в верхнюю чашечку, один - в нижнюю. Размеры камней составили: от 30мм до 54 мм соответственно. Все камни были Re-позитивными. 8 пациентам за 7 дней до ДЛТ проведены: 2м - ЧПНС и 5и - стентирование мочеточника с целью купирования блока почки и профилактики пиелонефрита, а одному - ранее выполнена нефростомия в исходе неудачной попытки пиелолитотомии.

Первый сеанс ДЛТ проводился всегда по прилежащей к ЛМС части камня. После I сеанса фрагментация достигнута у всех пациентов: на крупные фрагменты без миграции - 4, с миграцией в чашку - 5, с миграцией в мочеточник - 3. Одной пациентке через 5 дней поставлен стент вследствие блока почки и следующий сеанс состоялся через 3,5 месяца. В остальных случаях II сеанс проводили через 5-10 дней по завершении элиминации мелких фрагментов или отсутствия их отхождения. После него фрагменты в лоханке составляли 10-17 мм в 4х, с каменной дорожкой в мочеточнике - в 5 случаях. III сеанс литотрипсии проводился через 1-4 недели всем пациентам. Размер фрагментов в чашечках (3 пациента) составил 5-7 мм. Каменные дорожки в мочеточниках ликвидировали путём литоэкстракции во время уретероскопии у 6 пациентов, что позволило одновременно удалить стенты с адекватным восстановлением пассажа мочи. У 6 пациентов каменные дорожки элиминировались самостоятельно. В течение 1 месяца после третьего сеанса отходили оставшиеся фрагменты камней из лоханки. В стационаре всем пациентам проводился мониторинг флоры в моче, рациональная антибиотикотерапия двумя антибиотиками (сочетание фторхинолонов или цефалоспоринов или аминогликозидов) парентерально, урокинетическая терапия через день парентерально, ПУЗ на область каменной дорожки.

В ходе лечения ни в одном случае не возникло острого пиелонефрита, не было отмечено каких либо осложнений, повышения шлаков крови или реакций на медикаменты. Фрагментация коралловидных камней и элиминация видимых на УЗИ фрагментов достигнута во всех случаях. Всякий раз

пациенты выписывались из стационара без признаков гидронефроза. Сроки элиминации составляли от 1,5 до 6 месяцев.

Первый опыт программной литотрипсии коралловидных камней позволяет считать