

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

Ж.А. ШАМСИЕВ, Э.С. ДАНИЯРОВ, Т.Ю. ЮСУПОВ, Ш.З. КОМИЛОВ, И.М. БОБОМУРДОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СИЙДИК НАЙИ ПАСТКИ УЧЛИГИ ТОШИДА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИ

Ж.А. ШАМСИЕВ, Э.С. ДАНИЯРОВ, Т.Ю. ЮСУПОВ, Ш.З. КОМИЛОВ, И.М. БОБОМУРДОВ
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF STONES OF THE BOTTOM THIRD URETHRA

Zh.A. SHAMSIYEV, E.S.DANIYAROV, T.Yu. YUSUPOV, Sh.Z. KOMILOV, I.M. BOBOMURODOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Стационар шароитда уродинамиканинг оғир бузилиши билан кузатилган сийдик найи пастки учлиги тоши билан 28 та бемор даъволанган. Барча сийдик найи пастки учлиги тоши бўлган 28 та беморга эндоскопик амалёт ўтказилган. Интраоперацион аъсоратлар кузатилмади. Сийдик найи пастки учлиги тошида трансуретрал дренажлаш муддати 7-10 кундан иборат бўлди. Эндохирургик операцияларнинг афзал томони операция ва наркоз амалиётларининг қисқа муддатда аъмалга оширилиши ҳисобланади.

Калит сўзлар: *Сийдик тош касаллиги, уродинамика, трансуретрал дренажлаш.*

On stationary treatment there were 28 patients with a stone of the bottom third urethra, with heavy infringement urodynamic. By all 28 patients with stones of the bottom third urethra by us are executed endoscopic intervention. Interoperation the complications were not. The duration drenirovan transurethralno urethra of system at stones of the bottom third urethra has made 7-10 days. Advantages endokhirurgic of operations are reduction of duration narcosis operation.

Key words: *Wettingstone illness, urodynamic, drenirovan transurethralno.*

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ), является одной из наиболее распространенных патологий в регионе Центральной Азии. Заболевание встречается у 0,5 - 2% населения [1,2]. Среди урологической патологии по частоте мочекаменная болезнь занимает второе место после неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Основным методом лечения мочекаменной болезни является хирургический [1,3,4].

Способы хирургического лечению МКБ, до настоящего времени являются дискуссионными. Остаются вопросы в отношении целесообразности длительного консервативного лечения, показаний к операции, сроках оперативного вмешательства. Многие врачи при наличии острого обструктивного пиелонефрита на фоне камня мочеочника первым этапом отдают предпочтение пункционной или открытой нефростомии. Известно, что при пункционной нефростомии повреждается почечная паренхима, в том числе нередко сосочек и свод чашечки, что в дальнейшем, ведет к рубцовому процессу [5,6]. В последние годы развитие современных медицинских технологий способствует развитию малоинвазивных, щадящих способов лечения заболевания. Однако не до конца решены технические трудности возникают при оказании эндоурологической помощи по поводу камней почек и мо-

чевых путей в экстренном и неотложном порядке.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения камней нижней трети мочеочника путем использования трансуретрального стентирования нижней трети мочеочника.

Материалы и методы. В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии за период с 2010-2014 гг. на стационарном лечении находилось 28 больных с камнем нижней трети мочеочника. Больных в возрасте до 3 лет было 25%, 4-7 лет – 39,3%, 8-18 лет – 28,6%, старше 18 лет – 7,1%. Больных мужского пола было больше (64,3%), чем больных женского пола (35,7%). В возрасте до 3 лет мальчиков с мочекаменной болезнью (21,4%) было в 6 раз больше, чем девочек (3,6%).

Из 28 больных с камнями нижней трети мочеочника у 18 (64,2%) камень локализовался в правом, а у 10 (35,8%) в левом мочеочнике. Локализация конкрементов представлено в таблице 1. При изучении паспортной части историй болезни, где указан адрес проживания пациента, мы обратили внимание, что частота встречаемости мочекаменной болезни в разных регионах нашей республики является не равномерной. В таблице 2. приводятся данные по месту проживания больных.

Таблица 1.

Локализация конкрементов в мочевых путях у больных с МКБ		
Локализация камней	Количество пациентов (n=28)	
	Абс	%
Камень н/з правого мочеточника	18	64.2
Камень н/з левого мочеточника	10	35.8
Всего	28	100

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от места жительства			
№	Регион проживания	Количество больных	
		Абс	%
САМАРКАНДСКАЯ ОБЛАСТЬ			
1	Ургутский район	7	25
2	г. Самарканд	2	7.1
3	Пастдаргомский район	4	14.2
4	Катта-Курганский район	1	3.5
5	Тайлакский район	1	3.5
6	Иштиханский район	1	3.5
7	Нурабадский район	1	3.5
8	Булунгурский район	2	7.1
9	Пайарыкский район	1	3.5
10	Кушрабатский район	2	7.1
11	Другие области	6	21,2
ВСЕГО		28	100

Данные приведенные в таблице 3 говорят о том, МКБ имеет эндемический характер распространенности, по нашим данным такой зоной является Ургутский район в Самаркандской области. Всем больным диагноз камни нижней трети мочеточника был установлен при комплексном урологическом обследовании включающие общеклиническое, лабораторное, а также с применением визуализирующих методов исследования: ультрасонография, обзорная и экскреторная урография, компьютерная томография и др. Для УЗИ почек и мочевыводящих путей, так же не требуется особой подготовки больного. Этот метод позволяет сразу увидеть наличие камня в почке, нижней трети мочеточника или мочевом пузыре, его размеры, количество, локализацию. Кроме того, УЗИ позволяет выявить и

другие сопутствующие патологические изменения со стороны почек, которые могут встречаться при мочекаменной болезни (пиелонефрит, уретерогидронефроз) (рис1).

Обзорная рентгенография представляет собой обычное рентгеновское исследование области почек, мочеточников и мочевого пузыря. При этом контрастные вещества не используются. Этот метод при экстренных состояниях может использоваться без какой-либо подготовки, но результаты в таком случае могут быть недостоверными. Поэтому, в идеале обзорная рентгенография требует перед своим проведением подготовки кишечника в виде бесшлаковой диеты и проведения очистительной клизмы накануне исследования (рис.2.).



Рис.1. УЗИ почек и мочевых путей. Больная 14лет, камни почек и нижней трети правого мочеточника

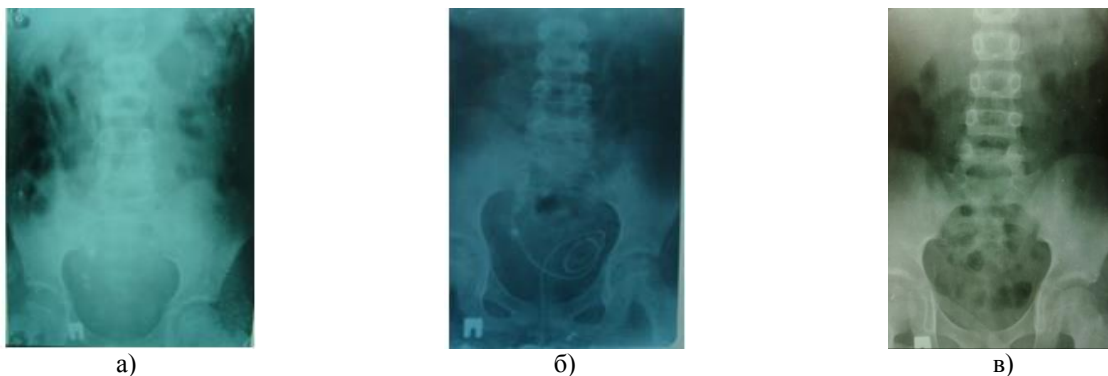


Рис. 2. Обзорная урография. а) камень нижней трети правого мочеточника до стентирования. б) камень нижней трети правого мочеточника после стентирования. в) камень нижней трети правого мочеточника после удаления стента.



Рис.3. Экскреторная урография. а) Камни правой почки и камень нижней трети левого мочеточника. б) Камень нижней трети правого мочеточника

Экскреторная урография, при которой больному внутривенно вводится специальное контрастное вещество. Это вещество через определенное время попадает в почки и выделяется ими. Это позволяет четче увидеть более мелкие структуры, например, камни, определить наличие гидронефроза и его степень, а также оценить выделительную функцию почек (рис. 3).

Компьютерная томография-Этот метод исследования заключается в том, что больной ле-

жит на специальной подставке аппарата для КТ и движется вместе с ней, в то время камера аппарата КТ движется вокруг больного. В отличие от стандартных методов диагностики КТ позволяет получить более лучшие послойные снимки почек и мочеточников, а также изображения этих органов с разных позиций, который даст более точную информацию при выборе метода лечения камней нижней трети мочеточника (рис-4).

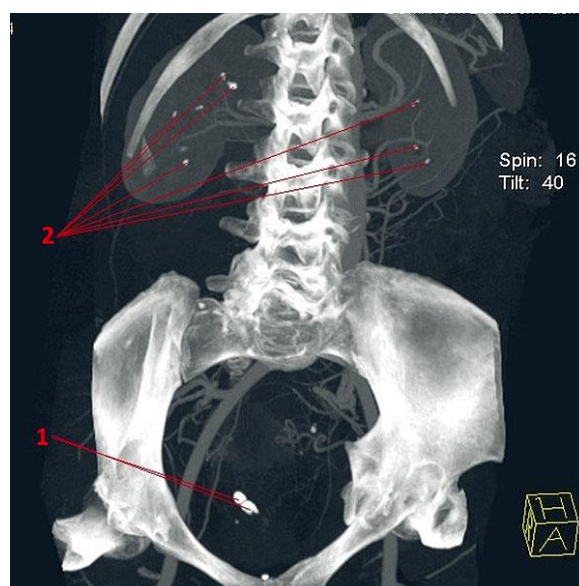


Рис.4. 3D Компьютерная томография почек и МВП. 1–камни устья правого мочеточника. 2 –камни почек.

Результаты: Всем 28 больным с камнями нижней трети мочеточника нами выполнено эндоскопическое вмешательство. Показаниями для эндоскопического вмешательства при камнях нижней трети мочеточника, явилась тяжелая степень нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей, отсутствие функции пораженных почек или болевой синдром. Эндоскопическое лечение камней нижней трети мочеточника включало в себя: ретроградную катетеризацию мочеточника сверх гладким проводником диаметром 0,32 дюйма на глубину 6-10 см. от устья с последующей установкой "низкого" трансуретрального мочеточникового стента оригинальной конфигурации (фирма «МИТ», Россия). Длительность вмешательства составляло 15-20 минут. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у 13 (42%) детей в первые трое суток отмечалась макрогематурия, не требующая консервативной терапии. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при камнях нижней трети мочеточника составила 7-10 дней.

Использованная тактика позволила купировать болевой синдром в 100% случаев. У 3 (10,7%) больных удалось выполнить эндоскопическую литоэкстракцию (размер конкремента до 7 мм) с последующим оставлением стента. У 11 (39,3%) пациентов после удаления стента наблюдалось самопроизвольное отхождение камней (размеры конкрементов менее 6 мм). У 14 (50,0%) больных с размерами конкрементов 10-14 мм произведено интраоперационное стентирование и уретеролитотомия на стенте таблица №4. Функция почки во всех случаях была восстановлена.

Выводы: Разработка и внедрение в клиническую практику эндохирургического лечения камней нижней трети мочеточника показало их высокую эффективность, что позволило применить детям во всех возрастных группах. Преимуществом данной методики является сокращение длительности наркоза и операции, снижение до минимума травматичности вмешательства, минимальный риск осложнений, короткий госпитальный период.

Литература:

- 1.Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. 15-летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). М., 2003, стр.5-25.
- 2.Ramello A., Vitale C., Marangella D. Epidemiology of nephrolithiasis. J. Nephrol., 2000, Nov-Dec., 13 Suppl., 3. S. 45-50
- 3.Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Эндоскопическая хирургия у детей: Достижения и перспективы развития. //Материалы симпозиума «Эндоскопическая хирургия у детей». – Уфа, 2002. - С. 3-8.
- 4.Румянцева Г.Н. Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Салами В. Стентирование мочеточников при obstructивных уropатиях //Материалы первого Российского конгресса по эндоурологии – Москва.-2008.-С.234-235.
- 5.Колесниченко И.В., дренирование почек у детей и взрослых при гидронефрозе //Вестник КРСУ. 2013.Т. 13.№ 1.С. 159.
- 6.Шамсиев А.М., Джабборов Р.Н. Тактика хирургического лечения при множественном уролитиазе у детей.// дис...Самарканд. 2014. С . 3-30.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

Ж.А. ШАМСИЕВ, Э.С. ДАНИЯРОВ,
Т.Ю. ЮСУПОВ, Ш.З. КОМИЛОВ,
И.М. БОБОМУРОДОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

На стационарном лечении находилось 28 больных с камнем нижней трети мочеточника, с тяжелым нарушением уродинамики. Всем 28 больным с камнями нижней трети мочеточника нами выполнено эндоскопическое вмешательство. Интраоперационных осложнений не было. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при камнях нижней трети мочеточника составила 7-10 дней. Преимуществами эндохирургических операций являются сокращение длительности наркоза и операции.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, уродинамика, трансуретральное дренирование.