

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Ю.В. Роцин, В.А. Мех, И.М. Комисаренко, С.П. Форостина,
С.В. Ткаченко, Е.Н. Слободянюк, О.И. Юдин

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. В настоящее время в урологии при лечении конкрементов верхних отделов мочевыводящих путей есть три метода выбора: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), фиброуретероскопия (ФУРС) в сочетании с лазерной нефролитотрипсией, пункционная нефролапексия (ПНЛ).

Цель работы: сравнительный анализ результатов лечения при использовании различных видов малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. При проведении дистанционного дробления камней использовали аппарат для дистанционной литотрипсии STORZ Medical. При выполнении экстракорпоральной литотрипсии использовали режим с частотой 1 удар в секунду. За один сеанс выполняли не более 4000 ударов.

Для выполнения ФУРС использовали гибкий уретерореноскоп Flex – X2, фирмы K.Storz, лазерную дезинтеграцию камней почки осуществляли с помощью аппарата AURIGA XL фирмы Starmedtec.

В зависимости от плотности и размеров камня использовали как режим vaporization с энергией от 700 до 1200 Дж, так и режим дробления с энергией от 700 до 1800 Дж, при частоте импульсов от 5 до 18 Гц.

При выполнении операции мини ПНЛ мы использовали нефроскоп Karl Storz размером 12 Fr. Для дезинтеграции почечных конкрементов использовали лазер AURIGA XL фирмы Starmedtec. Для контактной литотрипсии применяли светопроводящее волокно диаметром 600 мкм. При этом на конкремент воздействовали как в режиме vaporization, так и в режиме литотрипсии.

Всего 1109 пациентов, 110 (9,9%) больных лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них не превышала 1000 НУ). 206 (18,6%) также лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них была больше 1000 НУ). 626 (56,4%) пациентов лечили методом ФУРС, а 167 (15,1%) – методом мини ПНЛ.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке эффективности различных ме-

тодов малоинвазивной хирургии некоралловидных камней почек мы оценивали ряд параметров результатов такого лечения. Одним из этих параметров была частота послеоперационных и интраоперационных осложнений.

Следующим показателем, характеризовавшим эффективность различных методов лечения некоралловидных камней почек, явилась длительность лечения пациентов.

Нами также была изучена динамика длительности операции ФУРС и мини ПНЛ в зависимости от размеров почечного конкремента.

При этом длительность операции ФУРС была наименьшей при размерах камня до 10 мм и составила всего $35,09 \pm 1,47$ минут. Операцию мини ПНЛ при данных размерах камня не выполняли. У больных с конкрементами 11–16 мм длительность операции ФУРС составила $56,06 \pm 1,03$ минуты, а длительность мини ПНЛ была сопоставимой по длительности, достигая $62,24 \pm 3,14$ минут (различия не достоверны, $p > 0,05$).

При размерах камня 17–27 мм длительность операции при использовании ФУРС и мини ПНЛ также достоверно не отличалась, составив соответственно $67,24 \pm 0,98$ и $65,21 \pm 1,09$ минут ($p > 0,05$).

У пациентов с почечными конкрементами 28–30 мм величина данного показателя возрастала при использовании ФУРС до $82,09 \pm 1,05$ минут, а при выполнении мини ПНЛ по-прежнему составила $65,21 \pm 1,09$ минут (различия достоверны, $p < 0,05$).

При выполнении обоих эндоскопических вмешательств при камнях почек размерами более 30 мм длительность их возрастала соответственно до $126,24 \pm 1,12$ и $124,89 \pm 2,04$ минут (различия не достоверны, $p > 0,05$).

Выводы. Использование ЭУВЛ наиболее эффективно у пациентов с почечными конкрементами размерами 6–10 мм при плотности их не более 1000 НУ. В иных случаях в связи с ростом количества осложнений и длительности лечения пациентов использование ЭУВЛ не имеет преимуществ перед ФУРС и мини ПНЛ.

Использование ФУРС наиболее оправдано у пациентов с камнями размерами менее 1 см и плотностью более 1000 НУ, а также с камнями любой плотности при размерах камней до 27 мм. У пациентов с камнями размерами от 17 до 27 мм мини ПНЛ является конкурентом ФУРС.

При размерах камней 27–30 мм мини ПНЛ является методом выбора. Использование данных методов у больных с камнями размерами более 30 мм приводит к неоправданному возрастанию длительности операции и росту частоты осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

*Ю.В. Рошин, С.П. Форостина, И.М. Комисаренко,
И.О. Генбач, Н.В. Ксенз*

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. Несмотря на множество внедренных новейших технологий в современную пластическую и реконструктивную хирургию, лечение протяженных стриктур уретры остается достаточно сложной проблемой и является поводом для дальнейших обсуждений и исследований данной проблемы. В настоящее время сформированы основные понятия по поводу выбора техники операции, в которых несколько основных принципов, выполнение анастомотической пластики при коротких стриктурах и заместительной пластики при протяженных поражениях. На сегодняшний день для выполнения аугментационной и заместительной пластики уретры чаще всего используется «графт» из слизистой щеки. Это обусловлено собственно строением, хорошей растяжимостью, адаптивной способностью к жидкой среде и устойчивостью к гипоксии.

Материалы и выводы. В клинике урологии на базе городской больницы № 2, урологического отделения г. Краматорска за период с 2016 по 2019 год было выполнено 37 открытых операций по поводу протяженных стриктур уретры. Первая группа – это анастомотические уретропластики (20 пациентов), вторая группа – увеличительная пластика (13 пациентов), третья группа – наложение перинеостомы (4 пациента). Возраст пациентов составил от 32 до 78 лет. Протяженность поражения уретры варьировала от 1 см до 15 см. Наиболее часто стриктура локализовалась в бульбозном отделе уретры. У 13 пациентов был ранее дренирован мочевой пузырь и самостоятельное мочеиспускание отсутствовало. Среднее Q_{max} составило 4,45 мл/с (за исключением пациентов с наличием цистостомического дренажа). В 25 случаях имелись в анамнезе одно или несколько оперативных вмеша-

тельств в объеме ВОУТ, а также бужирование уретры. Наиболее часты причины, приведшие к образованию структуры, – это травма, ятрогенные факторы, воспалительные процессы промежности и малого таза.

Для определения продолжительности стриктуры уретры и выработки тактики лечения всем пациентам предварительно выполнялась урофлоуметрия с определением остаточной мочи, микционная и (при наличии цистостомического дренажа) встречная уретрография, уретроскопия. Критерием удовлетворительного результата считалось $Q_{max} \geq 15$ мл/с (согласно литературным данным).

Результаты. Нами проанализированы 13 случаев открытых хирургических вмешательств на уретре с применением буккального лоскута. Среди оперативных вмешательств были применены следующие методики: увеличивающая пластика по методике Kulkarni – 4 случая, в 2 случаях применена методика Kulkarni в комбинации с анастомозом, методика ASOPA – 3 случая, в 2 случаях применялась задняя аугментация, в 2 случаях выполнялась анастомотическая пластика уретры с применением задней аугментации с целью снижения натяжения. Срок наблюдения составлял от 3 до 15 месяцев. Большинство операций проводились из промежностного доступа, в одном случае при выполнении пластики по методике ASOPA доступ осуществлялся по срединному шву полового члена. В 12 (92%) случаях результат считался удовлетворительным, Q_{max} составил от 17 до 29 мл/с. В одном случае 8% Q_{max} составил 7,1 мл/с, у пациента после пластики ASOPA в проксимальной части фиксации лоскута, послеоперационно имелась короткая стриктура, что потребовало повторного вмешательства. Среди прочих осложнений выра-