

В послеоперационном периоде всем больным проводился курс реабилитационно-восстановительного лечения, включавший ноотропы, сосудистые препараты, антибиотики, обезболивающие, рассасывающие средства, ЛФК и массаж. Производилась иммобилизация шейного отдела позвоночника головодержателем «Филадельфия» с его последующей заменой воротником Шанца.

Выводы:

1. Метод декомпрессии определяют в зависимости от природы и локализации компримирующего субстрата, выраженности анатомических изменений и доступности их для манипуляций. Декомпрессия должна быть настолько широкой, чтобы обеспечить беспрепятственную циркуляцию крови в сосудах спинного мозга и корешков, а также ликвороциркуляцию в субарахноидальном пространстве спинного мозга, полностью устранить компрессию спинного мозга и восстановить форму позвоночного канала.

2. Выполнение декомпрессивно-стабилизирующих операций с обеспечивает значительное уменьшение выраженности болевого синдрома, восстановление двигательных функций и функций органов таза, регресса неврологического дефицита. При этом появляется возможность реконструировать нормальную анатомическую форму позвоночного столба и позвоночного канала, обеспечить раннюю мобилизацию пациентов.

Литература:

1. Баринов, А.Н. Клинико-статистическая характеристика острой позвоночно-спинномозговой травмы / А.Н. Баринов, Е.Н. Кондаков // Хирургия позвоночника. - 2010. - №4. - С. 15-18.

2. Гринь, А.А. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой / А.А. Гринь, М.А. Некрасов, А.К. Кайков и др. // Хирургия позвоночника. - 2011. - №4. - С. 18-26.

3. Гусев, Е.И. Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусева, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 202-213

4. Ларькин, И.И. Острая и хроническая вертебро-медуллярная недостаточность при повреждениях, опухолях и деформации позвоночника у детей: автореф. дис. . д-ра мед. наук 14.00.35 / И.И. Ларькин. - Омск, 2009. – С.38.

5. Котельников, Г.П. Травматология: национальное руководство / Г.П. Котельников, С.П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 486-514.

УДК 611.61

А.И. Михайлова, И.В. Борзунов
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ
ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ
Кафедра урологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.I. Mikhailova, I.V. Borzunov
**EFFICIENCY OF APPLICATION OF CONTACT LITHOTRIPSY IN
THE TREATMENT OF URETERAL STONES**

Department of urology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: zhuravlev@okb1.ru

Аннотация. Мочекаменная болезнь является одним из самых распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 5% населения России. [2] Частота встречаемости уrolитиаза среди населения Свердловской области составляет около 7-8%. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что в 65-70% случаев болезнь диагностируется у лиц в возрасте 20-60 лет, т. е. в наиболее активном трудоспособном периоде жизни. [3] Методы лечения больных с камнями мочеточников разнообразны. Помимо консервативной камнеизгоняющей терапии, традиционно применяются и более радикальные – хирургические способы лечения, одним из них является эндоскопическая трансуретральная литотрипсия.[1]

Annotation. Urolithiasis is one of the most frequent urologic diseases and found at least than 5% of the Russian population. Frequency of urolithiasis among the population of Sverdlovsk region is about 7-8%. Actuality of this problem caused by the fact that in 65-70% of cases of the disease diagnosed among people aged from 20 to 60 years, that is people in the most active period of life. Methods of treatment of ureteral stones very varied from patient to patient. Besides the conservative therapy, urologist used more radical - surgical methods of treatment, one of them is the transurethral endoscopic lithotripsy.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, пневматическая контактная уретеролитотрипсия, оперативное лечение.

Keywords: urolithiasis, pneumatic contact ureterolithotripsy, surgical treatment

Введение

Тактика лечения камней мочеточников, как правило, требует необходимость срочного их удаления.

С внедрением в практику дистанционной ударно-волновой литотрипсии количество открытых операционных пособий по удалению камней мочеточников значительно снизилось. Однако, при рентгеннегативных, крупных камнях, фрагментация которых приводит к образованию длительно не отходящих «каменных дорожек», длительно стоящих «вколоченных» камней в

мочеточниках, метод дистанционной ударно-волновой литотрипсии не эффективен. В таких случаях контактная уретеролитотрипсия является альтернативным методом лечения. Метод имеет весьма ограниченные противопоказания: стриктуры мочеточника ниже расположения конкремента, а так же заболевания позвоночника, не позволяющие провести укладку пациента в кресле.

В настоящее время существуют несколько видов контактных литотрипторов. Все они имеют свои преимущества и недостатки. Так, относящиеся к наиболее эффективным электрогидравлические литотрипторы являются опасными в отношении повреждении окружающих тканей и оптических элементов эндоскопа; при эксплуатации лазерных литотрипторов требуются специальные средства защиты медицинского персонала, кроме того, они отличаются высокой стоимостью. Ультразвуковые литотрипторы обладают недостаточной мощностью для дезинтеграции «твердых» камней (цистиновых, оксалатных и др.); пневматический литотриптор является эффективным и безопасным, но в тоже время имеет ограниченное применение с гибкими эндоскопами.

Цель исследования - определение эффективности применения контактной уретеролитотрипсии.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 50 пациентов, которым, в 2015 году была проведена пневматическая контактная уретеролитотрипсия, на базе урологического отделения ЦГКБ№1, в возрасте от 19 лет до 81 года. Из них 28(56%) мужчин и 22 (44%) женщины. Конкременты имели размеры от 3 до 18 мм, располагаясь в верхней (3), средней (15), нижней (35) третях мочеточника (у одной пациентки в правом мочеточнике обнаружено два конкремента на уровне средней и верхней трети, у другого пациента конкременты определялись в обоих мочеточниках на уровне средней трети.)

Оперативное лечение выполнялось с применением следующей аппаратуры: ригидный уретерореноскоп фирмы «Карл Шторц» (9,0-11,5 Fr), контактный пневматический литотриптор «Калькусплит» фирмы «Карл Шторц». Литотриптор состоит из воздушного компрессора, генератора-регулятора с ножной педалью и зондов для литотрипсии. Генератор- регулятор позволяет регулировать давление сжатого воздуха от 0 до 5 бар и тем самым мощность воздействия, а также применять одиночный или импульсный режим дробления. Сменные металлические зонды имеют 4 и 6 размер по шкале Шарьера, и могут быть использованы при работе практически со всеми ригидными урологическими эндоскопами, имеющими прямой рабочий канал. Прибор подвижен, компактен и удобен в работе.

Результаты исследования и их обсуждение

Камни различались по внешнему виду и прочности. Фосфатные камни обычно неправильной формы, поверхность их шероховатая, цвет камней от серого до белого, твердость их невысокая, камни легко разрушаются. Уратные

камни имеют шероховатую поверхность, цвет их от жёлто-серого до тёмно-красно-коричневого, они сравнительно неплохо подвергаются разрушению. Оксалатные камни большей частью шаровидные, обычно гладкие, цвет их обычно темно-коричневый, они наиболее плотные и тяжело подвергаются дроблению. Цистиновые камни имеют округлую форму, гладкую поверхность, цвет их от белого до желто-серого, они, как и оксалатные камни тяжело поддаются дезинтеграции.

Литотрипсия проводилась в условиях операционной под спинальной анестезией. Выполнялась уретероскопия, к конкременту подводился зонд литотриптора и проводилась литотрипсия. Все сеансы литотрипсии проводились с давлением на генераторе до 2,0 бар. У 49 (98%) больных достигнута полная дезинтеграция камней, и лишь у 1 (2%) пациента конкремент мигрировал в почку, где в последующем был проведен успешный сеанс дистанционного дробления камня. У 16 (32%) пациентов был установлен временный стент, и у 34 (68%) пациентов был установлен мочеточниковый катетер на срок от одного до трех суток. С целью профилактики, до и после литотрипсии проведены антибактериальная, противовоспалительная, литокинетическая терапии. В большинстве случаев литотрипсия занимала по времени 30-40 минут. Тридцать процентов пациентов были выписаны в течение трех дней после контактной уретеролитотрипсии, оставшиеся семьдесят процентов в пределах семи дней.

Выводы:

1. Преимуществами пневматической контактной уретеролитотрипсии являются отсутствие ограничений по твердости камней; наличие тонкого гибкого зонда, возможность точного регулирования энергии, передаваемой зондом к камню.

2. Применение в клинической практике пневматической контактной уретеролитотрипсии позволяет выполнить удаление конкремента в более короткие сроки, не превышающее 30 минут;

3. Применение пневматической контактной уретеролитотрипсии является высоко эффективным методом лечения камней мочеточников.

Литература:

1. Руденко, В.И. Мочекаменная болезнь – актуальные вопросы диагностики и выбор метода лечения: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.40./ В.И. Руденко – М., 2004.

2. Аляева, Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации / Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкар. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -480 с.

3. Чиглинцев, А.Ю. Факторы риска и клинико-патогенетических характеристики уrolитиаза на Южном Урале: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.40 / Чиглинцев Александр Юльевич; ФГУ "Научно-исследовательский институт урологии". - Москва, – М., 2007. - 184 с.