

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ НЕФРОЛИТИАЗА

© *С.И. Сулейманов^{1,2}, Г.Г. Борисенко², З.А. Кадыров¹, В.Ш. Рамишвили¹,
Т.Р. Абрамян³, О.Н. Безуглый³, О.В. Гигиадзе³*

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ (г. Москва);

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ (г. Москва);

³ ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ» (г. Москва)

Чрескожная рентгенэндоскопическая хирургия применяется преимущественно для самостоятельного или комбинированного с дистанционной литотрипсией (ДЛТ) лечения больных с крупными, множественными и коралловидными камнями почек, а также при неэффективности и наличии противопоказаний к ДЛТ. Рентгенэндоскопические методы лечения являются конкурентными ДЛТ по своей эффективности и порой ее превышают, уступая лишь большей инвазивностью.

Проведен анализ результатов лечения 32 пациентов с крупными конкрементами почек (размерами больше 2,0 см), находившихся в урологических отделениях городской клинической больницы им. С.С. Юдина г. Москвы в период с 2013 по 2015 год.

Как монотерапия чрескожная пункционная нефролитолапаксия (ЧНЛТ) выполнена 23 (71,9 %) пациентам, а в структуре комбинированного лечения — 9 (28,1 %) больным после неэффективности ДЛТ. Предварительно чрескожная пункционная нефростомия, как первый этап лечения обструктивного процесса, была выполнена 9 (28,1 %) пациентам. В подавляющем большинстве случаев (87,5 %) нами использован один перкутанный доступ, а у 4 (12,5 %) больных с крупными коралло-

видными и множественными камнями почек потребовалось выполнение по 2 трансренальных доступа через нижнюю и среднюю группу чашечек.

При аномалии почек, сосудов и коралловидных камнях сложной конфигурации для детализации и определения количества перкутанных доступов в рамках предоперационной подготовки нами выполнялась мультиспиральная компьютерная томография с трехмерной реконструкцией.

Анализируя результаты чрескожных операций, следует отметить, что частота интра- и послеоперационных осложнений при выполнении ЧНЛТ составила 18,6 % (6 пациентов). Основным видом осложнений явилось кровотечение — 3 (9,3 %), что послужило причиной в 6,2 % случаев выполнения селективной ангиографии с суперселективной эмболизацией почечных сосудов.

Таким образом, мультидисциплинарный подход в определении тактики хирургического лечения осложненных форм мочекаменной болезни, что возможно лишь в условиях многопрофильных стационаров, позволил существенным образом улучшить результаты лечения больных со сложными формами нефролитиаза.

ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

© *С.И. Сулейманов^{1,2}, З.А. Кадыров¹, В.Ш. Рамишвили¹, О.Н. Безуглый², О.В. Гигиадзе²*

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ (г. Москва);

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ» (г. Москва)

Основным видом эндоурологических операций у больных с камнями мочеточника является контактная уретеролитотрипсия

(КУЛТ). Наиболее частым показанием к проведению КУЛТ являются камни дистального отдела мочеточника, преимущественно в про-

екции крестцово-подвздошного сочленения, а также рентгеногегативные конкременты мочеточника. Выполнение дистанционной литотрипсии в данных клинических ситуациях затруднено сложностью позиционирования камня, необходимостью интраоперационного контрастирования мочеточника.

Проведен анализ результатов лечения 350 пациентов с камнями мочеточника, находившихся в урологических отделениях городской клинической больницы им. С.С. Юдина г. Москвы в период с 2010 по 2016 год.

Эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия использовалась нами как вид монотерапии, так и в комбинированном лечении больных уролитиазом. Эффективность КУЛТ как монотерапии связана с учетом размера и структурной плотности камня (НУ). При определении показаний к КУЛТ размер камней составил от 1,1 до 1,9 см. Средняя структурная плотность камней составила 801–1900 НУ.

Видеоэндоскопические и эндоурологические операции проводили с помощью оборудования фирмы Karl Storz (Германия). При выполнении контактной уретеролитотрипсии мы использовали различные виды контактных литотриптеров: система для пневматической литотрипсии CALCUSPLIT (Karl Storz, Германия) и гольмиевый лазер AURIGA (производитель Wave Light Laser Technologie AG).

Протяженные и фиксированные «каменные дорожки» после проведенных сеансов ДЛТ, особенно локализующиеся в проекции крестцово-подвздошного сочленения, вызывающие значительное нарушение пассажа мочи и не имеющие тенденции к самостоятельному отхождению, определяли целесообразность выполнения контактной уретеролитотрипсии.

Анализ результатов 381 КУЛТ у 350 больных показал, что осложнения отмечены у 26 паци-

ентов, это составило 7,4 %, причем частота интраоперационных осложнений составила 4,9 %. Анализ интраоперационных осложнений показал необходимость рентгеноскопического контроля этапов эндоурологических пособий. Отрыв мочеточника нами диагностирован у 2 пациентов, что было связано с длительностью нахождения камня в мочеточнике, вторичными изменениями последнего, использованием ригидных эндоскопов при проведении КУЛТ.

Для ликвидации полученных осложнений 2 пациентам в экстренном порядке была выполнена нефруретерэктомия, ретроградное стентирование верхних мочевых путей потребовалось 9 пациентам, антеградное чрескожное дренирование почки было произведено 7 больным, 1 пациенту по поводу карбункула почки была выполнена декапсуляция с открытой нефростомией, коррекция положения катетер-стента путем повторной уретероскопии потребовалась 7 пациентам. Следует отметить, что появление грозных интраоперационных осложнений, приведших к выполнению органоуносящих операций, совпало с периодом освоения эндоурологической методики оперативного лечения.

Таким образом, полученные данные результатов лечения пациентов с различными формами уролитиаза, позволили сделать вывод о возможности более широкого использования в урологической практике трансуретеральных методов хирургического лечения камней мочеточника. Однако для реализации этих задач, наряду с наличием высококвалифицированной хирургической бригады, оснащенной рентгеноперационной с соответствующим набором видеоэндоскопического оборудования, требуется индивидуальный подход в определении показаний к конкретному методу хирургического пособия.

ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

© *В.Н. Суриков*

ФГБУ «Поликлиника № 3» УДП РФ (г. Москва)

Введение. По данным отечественных исследователей хроническим простатитом (ХП)

страдают около $\frac{1}{3}$ мужского населения России в возрасте от 20 до 50 лет. На долю хро-