

привели к смерти пациента или утрате органа.

СКТ является «золотым стандартом» в диагностике КН, так как позволяет наиболее полно оценить нормальную и патологическую анатомию верхних мочевых путей, пространственную конфигурацию и плотность конкремента. Это является немаловажным в планировании операции и прогнозе её эффективности, несомненно, сказываясь на безопасности проводимого лечения для пациента.

В случаях, когда КН не вызывает ретенции мочи в полостной системе почки возможно применение пункции почки «на камень» с дальнейшим антеградным контрастированием ЧЛС, так как ретроградный путь поступления контраста в большинстве случаев приводит к активации мочевой инфекции.

Применение кожуха «Amplatz» при ПНЛ позволяет избежать инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Метод ПНЛ при КН обладает меньшим травматизмом для пациента и лучше им переносится в сравнении с открытой хирургией, однако не имеет преимуществ в продолжи-

тельности операции и количестве резидуальных конкрементов. Но, несмотря на равные доли остаточных камней, пациенты после ПНЛ имеют достоверно меньший процент их миграции, что можно объяснить особенностями метода.

Снижение раневой поверхности и особенности выполнения ПНЛ позволяют достигать раннего удаления нефростомического дренажа и тем самым более короткого периода нахождения пациента в стационаре.

Превалирующим методом элиминации конкремента при КН в клинике на сегодняшний день является ПНЛ. Она является неотъемлемой частью современной лечебной программы при КН. В сравнении со стандартной хирургией ПНЛ имеет ряд преимуществ: малая операционная травма, низкая морбидность, меньший койко/день. Тем не менее полностью избежать традиционной открытой хирургии при КН в настоящее время невозможно. Уролог должен быть обучен ей и способен применить в необходимых для этого случаях.

Сведения об авторах статьи:

Коган Михаил Иосифович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета с курсом детской урологии – андрологии. Заслуженный деятель науки РФ, адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: dept_kogan@mail.ru.

Хасигов Алан Владимирович – к.м.н., докторант кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета с курсом детской урологии – андрологии, адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: alan_hasigov@mail.ru.

Белоусов Игорь Иванович – к.м.н., доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета с курсом детской урологии – андрологии, адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, e-mail: belrost_dept@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. 2010.
2. Лопаткин Н. А., Яненко Э. К., Мартов А. Г., Дзеранов Н. К. Оперативное лечение больных коралловидным нефролитиазом с использованием новых технологий. В кн.: Материалы XI съезда урологов России. М; 2007. 512.
3. Мартов А. Г., Крендель Б. М., Гущин Б. Л., Хурцев К. В. Рентгеноэндоскопическая хирургия коралловидных камней почки в сочетании с дистанционной литотрипсии. В кн.: Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии: Сборник научных трудов, посвящ. 70-летию кафедры урологии. М.; 1994. 42—49.
4. Урология по Дональду Смиту. М.: Практика; 2005.
5. Botocan M, Voiborean P., Bucuras V. PCNL vs open surgery in the treatment of staghorn calculi. Eur. Urol. Suppl. 2008; 7 (3): 188.
6. Matlaga BR, Shan OD, Zagoria RJ et al. Computerized tomography guided access for percutaneous nephrolithotomy. J Urol 2003; 170:45-7.
7. Moskovitz B., Halachmi S., Sopot V. Effect of percutaneous nephrolithotripsy on renal function: assessment with quantitative SPECT of (99m)Tc-DMSA renal scintigraphy. J. Endourol. 2006; 20 (2): 102-106.

УДК 616.61-006.2.03-089.85

© И.И. Нусратуллоев, М.В. Фаниев, Н.С. Александров, З.А. Кадыров, 2011

И.И. Нусратуллоев, М.В. Фаниев, Н.С. Александров, З.А. Кадыров КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

ФПК МР РУДН, г. Москва

ФГУ НИИ Урологии Росмедтехнологий, г. Москва

Проведена сравнительная оценка показателей качества жизни больных в 1-е сутки после лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций у 98 больных с кистами почек. Лапароскопический доступ был использован у 42 (42,7%) больных и ретроперитонеоскопический у 56 (53,3%). После лапароскопических операций количество использованных наркотических обезболивающих препаратов больше, чем после ретроперитонеоскопической операции. Физическая активность (в баллах) у больных после лапароскопических операций с двух сторон в 1-е сутки составила 3,2±0,16, в группе с односторонней операцией - 2,8±0,14, после ретроперитонеоскопической - 1,4±0,10 (p< 0,05). Интенсивность боли в группе боль-

ных после лапароскопических операций с двух сторон в 1-е сутки составила $2,4 \pm 0,20$ балла, в группе с односторонней операцией - $2,0 \pm 0,14$, после ретроперитонеоскопической - $1,2 \pm 0,10$ балла ($p < 0,05$). Среднее число койко-дней пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций по поводу кист почек составило 4 (3-8) суток, после ретроперитонеоскопических операций - 3 (2-6) суток. Полученные результаты показывают, что в 1-е сутки качества жизни больных после ретроперитонеоскопических операций лучше, чем после лапароскопических. Преимущества ретроперитонеоскопии выражаются в снижении количества обезболивающих препаратов, менее выраженных болевых ощущения и более интенсивной физической активности.

Ключевые слова: простые кисты почек, качество жизни, лапароскопические операции, ретроперитонеоскопические операции.

I.I. Nusratulloev, M.V. Faniev, N.S. Alexandrov, Z.A. Kadyrov QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT 1-DAY AFTER VIDEOENDOSCOPIC METHODS OF TREATMENT OF SIMPLE RENAL CYSTS

To provide a comparative analysis of quality of life of patients in 1 day after laparoscopic and retroperitoneoscopic operations in 98 patients with renal cysts. aterials and methods. Laparoscopic approach was used in 42 (42,7%) patients and retroperitoneoscopic in 56 (53,3%). After laparoscopic surgeries the amount of narcotic analgesics was used more often than after retroperitoneoscopic surgery. Physical activity (in points) was $3,2 \pm 0,16$ in patients after laparoscopic operations on both sides in first day, in a group of patients with unilateral operations - $2,8 \pm 0,14$, and $-1,4 \pm 0,10$ ($p < 0,05$) after retroperitoneoscopic approach. The intensity of pain was $2,4 \pm 0,20$ points in a group of patients after laparoscopic operations on both sides in first day, in a group with unilateral operations - $2,0 \pm 0,14$, and after retroperitoneoscopic - $1,2 \pm 0,10$ ($p < 0,05$). The average hospital staying after laparoscopic surgery for renal cysts was 4 (3-8 days), after retroperitoneoscopic operations - 3 (2-6 days). These results obtained show that in the 1st days quality of life of patients after retroperitoneoscopic operations was better than after laparoscopy. The advantages of retroperitoneoscopy is expressed in a decrease of analgetics, less severe pain and a more intensive physical activity.

Key words: simple renal cysts, the quality of life, laparoscopic surgery, retroperitoneoscopic operation.

Постоянное расширение спектра методов лечения простых кист почек – от консервативных до видеоэндоскопических резекций стало мотивацией для дальнейшего совершенствования принципов определения показаний к выбору того или иного метода лечения этого заболевания [1-4].

Материал и методы

Оценивая эффективность видеоэндоскопических методов иссечения кист почек, мы провели сравнительный анализ некоторых показателей качества жизни больных в первые сутки после лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций.

Под нашим наблюдением находилось 98 больных с кистами почек. Мужчин было 48 (48,7%), женщин - 50 (51,3%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 78 лет (средний возраст составил 43 года). Лапароскопический доступ был использован у 42 (42,7%) больных и ретроперитонеоскопический у 56 (53,3%).

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде обезболивание производили наркотическими и ненаркотическими анальгетиками. Больным после лапароскопической и ретроперитонеоскопической операции назначали ненаркотические и ненаркотические (кетонал) анальгетики. Из 6 больных после лапароскопического метода с двух сторон всем потребовалось введение наркотических анальгетиков (промедол). Обезболивание назначали 4 больным по 1 разу, 2 больным - по 2 раза. Из 36 больных после лапароскопического метода с одной стороны только 8 больным потребовалось введение наркотических анальгетиков. Обезболивание назначали 6 больным по 1 разу и 2

больным – по 2 раза. После лапароскопического метода лечения 36 больным потребовалось введение ненаркотических анальгетиков (баралгин и кетонал); 16 больным обезболивание назначали по 1 разу, а остальным - по 2 раза. После ретроперитонеоскопического метода только одному больному давали наркотические анальгетики по 2 раза и 22 больным по 1 разу ненаркотические анальгетики, а остальным обезболивание не потребовалось (рис. 1).

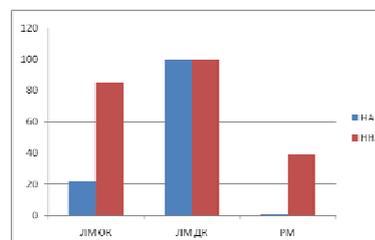


Рис. 1. Использование наркотических (НА) и ненаркотических (ННА) анальгетиков после операции.

Условные обозначения: ЛМ ДК – лапароскопический метод при двусторонних кистах; ЛМ ОК – лапароскопический метод при односторонних кистах почек; РМ – ретроперитонеоскопический метод

Таким образом, после лапароскопических операций количество использованных наркотических обезболивающих препаратов больше, чем после ретроперитонеоскопической операции.

Из обезболивающих препаратов использовали наркотический анальгетик - 1 мл 2% промедола и ненаркотические - баралгин по 5 мл и кетонал по 3 мл.

Качество жизни оценивали по шкале физической активности (1 - нормальная физическая активность, 2 - незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача, 3 - умеренно снижена, постель-

ный режим менее 50% дневного времени, 4 - значительно снижена, постельный режим более 50% дневного времени, 5 - минимальная, полный постельный режим) и по продолжительности ночного сна.

Физическая активность (в баллах) у больных после лапароскопических операций с двух сторон в первые сутки составила $3,2 \pm 0,16$, в группе с односторонней операцией - $2,8 \pm 0,14$, после ретроперитонеоскопической - $1,4 \pm 0,10$ (рис. 2). Различие между группами больных после лапароскопических операций и ретроперитонеоскопии было статистически достоверно ($p < 0,05$).

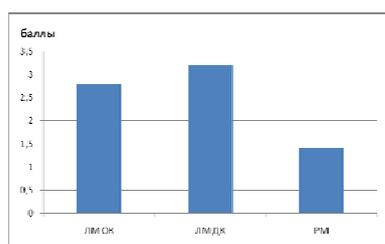


Рис. 2. Оценка качества жизни больных после операции по шкале физической активности. Условные обозначения те же, что и на рис. 1.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что качество жизни больных варикоцеле после ретроперитонеоскопических операций было значительно лучше, чем после лапароскопических операций.

Интенсивность боли оценивали по 4-балльной шкале вербальных оценок (ШВО: 0 баллов - боль отсутствует, 1 балл - слабая боль, 2 балла - умеренная боль, 3 балла - сильная боль, 4 балла - нестерпимая боль).

Интенсивность боли в группе больных после лапароскопических операций с двух сторон в первые сутки составила $2,4 \pm 0,20$ балла, в группе с односторонней операцией - $2,0 \pm 0,14$ и после ретроперитонеоскопической - $1,2 \pm 0,10$ балла (рис. 3). Различие между группами больных после лапароскопических операций с одной и с двух сторон и ретропе-

ритонеоскопической операции было статистически достоверно ($p < 0,05$).

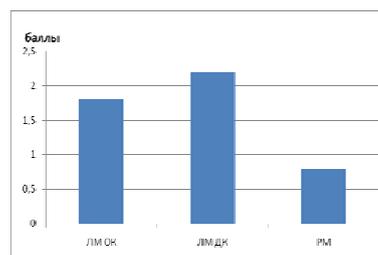


Рис. 3. Оценка интенсивности боли после операции по 4-балльной шкале вербальных оценок. Условные обозначения те же, что и на рис. 1.

При лапароскопическом методе боль может быть связана с асептическими воспалительными изменениями брюшины и мышц передней стенки живота [2].

Среднее число койко-дней пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций по поводу кист почек составило 4 (3-8) суток, после ретроперитонеоскопических операций - 3 (2-6) суток. Большинство больных были прооперированы на следующий день после госпитализации, 2 - через день и 9 - в день госпитализации.

Нами не выявлена достоверная разница в сроках возвращения больных к активной жизни после лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций.

Выводы

Полученные результаты лапароскопического и ретроперитонеоскопического лечения больных простыми кистами почек подтверждают о высокой эффективности и минимальной травматичности методов. С другой стороны, нужно учитывать, что в первые сутки качество жизни больных после ретроперитонеоскопических операций лучше, чем после лапароскопических. Преимущества ретроперитонеоскопии выражается в снижении количества обезболивающих препаратов, менее выраженных болевых ощущения и более активной физической активности.

Сведения об авторах статьи:

Нусратуллов Исмоил Ибодуллович - аспирант кафедры хирургии и онкологии с курсом урологии РУДН.

Фаниев Михаил Владимирович - соиск. кафедры хирургии и онкологии с курсом урологии РУДН, ул. Миклухо-Маклая 11.

Александр Николай Сергеевич - асп. кафедры хирургии и онкологии с курсом урологии РУДН, ул. Миклухо-Маклая 11.

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич - д.м.н., профессор кафедры хирургии и онкологии с курсом урологии РУДН, ул. Миклухо-Маклая 11. Вед. науч. сотр. ФГУ НИИ Урологии, 3-я ул. Парковая 51. e-mail: ziertasho@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметов Н.Р. Хирургическое лечение солитарных кист почек // Дисс. ... к.м.н. Уфа, 2000.
2. Оловянный В.Е., Сатыбалдыев В.М., Нестеренко С.П. Видеоэндоскопическая хирургия кистозных заболеваний почек. // Эндоскопическая хирургия.-2004, №6, с.13-20.
3. Фаниев М.В. Сравнительная характеристика методов оперативного лечения кист почек и антибиотикопрофилактика послеоперационных осложнений // Дис. канд. мед. наук, Ростов на Дону, 2006. - С.102.
4. Castillo O.A., DeGiovanni D., Sánchez-Salas R. et al.: Laparoscopic treatment of symptomatic simple renal cysts// Arch. Esp. Urol. 2008 Apr; 61 (3): 397-400.