

ВЫБОР МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИДРОНЕФРОЗА И МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ПОНУКАЛИН А.Н., РОССОЛОВСКИЙ А.Н., БЛЮМБЕРГ Б.И., СТАТИВКО А.В., ДОЛГОВ А.Б.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздравсоцразвития РФ
(Саратов)

Цель исследования – определение оптимального метода дренирования верхних мочевых путей на этапах лечения мочекаменной болезни в сочетании с гидронефрозом.

Проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике урологии СГМУ с 2009 по 2010 годы с мочекаменной болезнью и гидронефротической трансформацией почек. Пациенты разделены на две группы. В первую вошли больные, у которых течение врожденного гидронефроза осложнялось наличием вторичных мочевых камней ($N=25$). Во вторую – больные с вторичным гидронефрозом, развившимся на фоне мочекаменной болезни ($N=30$). В 1 группе соотношение мужчин и женщин составило 44% и 56%; возраст больных был от 20 до 48 лет, средний возраст 36,5 лет. В 8 % наблюдений была выявлена I стадия гидронефротической трансформации, в 84 % – 2 стадия, в 8 % – терминалная. Снижение функции почки отмечалось в 72 % наблюдений, отсутствие функции – в 8 %. У 20 % больных причиной заболевания был аберрантный сосуд, у остальных – врожденный стеноз ПУС. Коралловидный нефролитиаз был определен у 32 % больных. В 22 случаях (88%) имелись проявления хронического пиелонефрита. Дилатация полостной системы почек по данным УЗИ составила: чашечки 5–30мм, средние размеры – 14 мм, поперечный размер лоханки от 20 до 75мм, среднее значение – 37 мм. Во 2 группе соотношение мужчин и женщин: 52% и 48%; возраст больных от 32 до 74 лет, средний возраст 54 года. В 33,3 % наблюдений была выявлена 1 стадия, в 60 % – 2 стадия, в 6,7 % случаев – терминалная. Снижение функции почки с гидронефротической трансформацией выявлено в 60 % случаев, отсутствие – в 6,6 %. Коралловидные камни стали причиной заболевания у 40% больных. Хронический пиелонефрит отмечен в 93 % наблюдений. Размеры собирательной системы: чашечки 5–15 мм, лоханка 23–51 мм, среднее значение – 32 мм.

У пациентов 1 группы в качестве первичного метода оперативного лечения заболевания были применены: пластика ЛМС по Хайнц-Андерсену в сочетании с пиело(калико)нефролитотомией (ПКНЛТ) – 16 наблюдений (64%), антевазальная пластика + ПКНЛТ – 5 (20%), нефрэктомия – 2 (8%), дистанционная литотрипсия – 2 (8%). У пациентов 2 группы: ДЛТ – 7 пациентов (23,3 %), нефролитолапаксия – 6 (20%), контакт-

ная литотрипсия – 12 (40%), нефрэктомия – 2 (6,7%), пиелолитотомия – 3 (10%).

В качестве метода предоперационного дренирования в 1 группе в связи с выраженной обструкцией была использована ЧПНС у 8 пациентов (32%). Установленные нефростомы сохранялись в послеоперационном периоде. По видам интраоперационных методов дренирования эту группу можно разделить на 3 подгруппы: 1 – пациенты с нефростомой (3), 2 – пациенты со stent-дренажом (6), 3 – пациенты с сочетанием данных методов (14). В 1 подгруппе дилатационный синдром купировался в течение первых двух суток, сроки дренирования составили в среднем 36 дней, явления послеоперационного пиелонефрита отсутствовали. Во 2 подгруппе дилатационный синдром купировался в течение нескольких суток, сроки дренирования составили в среднем 21 день, однако у 2 пациентов имелся послеоперационный пиелонефрит, что привело к необходимости установки ЧПНС. В 3 подгруппе дилатация купировалась в первые сутки, сроки дренирования составили в среднем 28 дней, явлений пиелонефрита не отмечалось.

В качестве метода предоперационного дренирования во 2 группе была использована ЧПНС у 12 пациентов (40%). Установленные нефростомы сохранялись в послеоперационном периоде. Интраоперационные методы: при выполнении пиелолитотомии использовались нефростомы – 2 случая, сочетание методов – 1; КЛТ – stent-катетер – 10 и сочетание методов – 2; ДЛТ – stent, с установкой до операции – 5, сочетание – 2; нефролитолапаксия – нефростомия – 6. Развитие послеоперационного пиелонефрита наблюдалось у 3х пациентов. Сроки послеоперационного дренирования составили в среднем – для нефростомы – 38 дней, для stent-катетера – 16 дней.

На выбор метода дренирования верхних мочевых путей при сочетании гидронефроза и мочекаменной болезни влияют степень нарушения функции почки, форма уролитиаза и течение пиелонефрита.

Чрескожная пункционная нефростомия является предпочтительным методом дренирования ВМП как в предоперационном периоде, так и для купирования острого обструктивного пиелонефрита в процессе лечения мочекаменной болезни в сочетании с гидронефротической трансформацией почек.