

С.А.Собчинський², В.І.Зайцев¹, О.О.Підмурняк², В.В.Войцешин²

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

¹ Кафедра анестезіології, реаніматології та урології (зав. – проф. В.М. Коновчук)
Буковинської державної медичної академії

² Відділення урології Хмельницької обласної клінічної лікарні

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 375 хворих на нефролітіаз, пролікованих методом дистанційної літотрипсії. Описана методика виконання літотрипсії, особливості ведення післяопераційного періоду. Проаналізовано співвідношення за статтю, розташуванню конкремента, частоті виникнення післяопераційного загострення пієлонефриту, відсотка післяопераційних ускладнень, необхідності застосування додаткових процедур (стентування, пункційна нефростомія).

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, дистанційна літотрипсія.

Вступ. Сечокам'яна хвороба залишається однією з актуальних проблем уро-нефрології через високу частоту каменеутворення, його рецидивування, розвитку хронічної ниркової недостатності.

Серед причин інвалідності при урологічних захворюваннях нефролітіаз займає одне з перших місць, при цьому біля 80% інвалідів – люди працездатного віку. Особи, котрі страждають на сечокам'яну хворобу, становлять 30-52% всіх урологічних хворих, 25-30% у структурі амбулаторних хворих, 1-2% людей у світі, 0,7% при розтині. На теперішній час сечокам'яна хвороба становить 6,0-6,4% інвалідності хворих [4].

Лікування сечокам'яної хвороби становить одну з найбільш складних проблем сучасної урології. “Радикальним” методом лікування каменів сечових шляхів у більшості випадків залишається хірургічний. Слід виділити такі напрямки хірургічного лікування сечокам'яної хвороби: відкрита операція, перкутанна нефролітотрипсія, літолапаксія, екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія або ДЛТ (дистанційна літотрипсія), трансуретральна контактна літотрипсія, поєднання цих методів [2,5,7,9].

Відкриття та впровадження в клінічну урологічну практику дистанційної ударнохвильової літотрипсії є методом вибору при лікуванні сечокам'яної хвороби [1,3,5].

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз історій хвороб хворих на нефролітіаз, пролікованих методом ДЛТ.

Матеріал і методи. При поступленні хворим проводили загальноклінічні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні дослідження крові, коагулограму, аналіз сечі по Нечипоренко, посів сечі на мікрофлору та чутливість до антибіотиків. Обов'язковим є рентгеноурологічне та сонографічне дослідження (оглядова поліпозиційна та видільна уровідеоскопія, УЗД та фармако УЗД нирок, сечового міхура, простати), радіоізотопна ренографія при позитивній реакції на контрастну речовину. Вважаємо більш доцільним доопераційне обстеження виконувати за допомогою рентгенсистеми літотриптора, що зменшує дозове навантаження на пацієнта та дає змогу локалізувати конкремент з проекцією його на шкіру. Літотрипсія виконувалася на апараті Lithostar Multilane фірми Siemens з електромагнітним принципом генерації ударних хвиль із рентген та сонографічною локалізацією конкремента. Сеанс літотрипсії в більшості випадків проводився під внутрішньом'язовим або внутрішньовенним знеболенням трамадолом чи стаделом у комбінації з церукалом. Результати літотрипсії оцінювалися по фрагментації конкремента при рентген або ультразвуковому контролі. Положення хворого на спині при локалізації каменя у верхній та середній третинах порожнини нирки. При локалізації каменя в нижній третині – кращий ефект досягається в положенні хворого на животі. У післяопераційному періоді хворі отримували літокінетичну, спазмолітичну, знеболювальну, антибактеріальну терапію.

У урологічному відділенні Хмельницької обласної клінічної лікарні в період із січня 1998 по січень 2001 року виконана ДЛТ у 375 хворих, котрим проведено 549 сеансів літотрипсій 435 каменів. Чоловіків було 207, що становило 47,5%, жінок відповідно – 228 (52,5%). Середній вік склав 46,1 рік. Термін перебування хворих у лікарні коливався від 2 до 29 днів, у середньому 9,2 доби. За локалізацією в сечових шляхах камені розподілилися таким чином: миска – 236 каменів (52,3%), чашки порожнинної системи нирки – 42 камені (9,7%), верхня третина сечовода – 96 каменів (22,1%), середня – 27 (6,2%), нижня третина 34 (7,2%), коралоподібних каменів, хоча б з одним відрогом було 2, що становило 0,5%.

Результати дослідження та їх обговорення. Як і кожний метод хірургічного лікування, ДЛТ супроводжується розвитком певних ускладнень [8]. “Кам’яна доріжка” – термін, що активно застосовується урологами, хоча чіткого визначення в літературі не знайдено, тому трактували як тіні уламків конкремента, що вишикувались один за одним по ходу сечовода та по розмірах перевищують початкову довжину конкремента. У нашому випадку вона виявлена у 114 хворих (26,2%), ліквідація якої без додаткового сеансу ДЛТ. У 18 хворих (4,1%) для ліквідації “кам’яної доріжки” застосовували повторний сеанс ДЛТ. У 9 хворих, що становило 2,4%, спостерігали в післяопераційному періоді субкапсулярну гематому без розвитку навколонефральної. Загострення пієлонефриту, що діагностували як клінічно (підйом температури тіла з пропасницею, ознаки інтоксикації), так і лабораторно (збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, збільшення кількості паличкоядерних форм лейкоцитів), відмічено нами в 26 випадках, що становить 6%. Усі випадки загострення пієлонефриту купіровані консервативно застосуванням інтенсивної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії в поєднанні з ендоеурологічними втручаннями. Для запобігання розвитку післяопераційних ускладнень та з метою ліквідації вже виниклих використовували певний арсенал ендоеурологічних маніпуляцій, до яких віднесли встановлення катетера JJ “стент” та пункційну нефростомію. “Стент” встановлювали 25 хворим (6,6%), пункційну нефростому у двох випадках (0,5%).

Таким чином, провівши ретроспективний аналіз історій хвороб відмітимо, що не виникало необхідності у виконанні відкритих оперативних втручань після ДЛТ з приводу розвитку ускладнень, чи неефективності ДЛТ.

Ми віддаємо перевагу меншій кількості імпульсів та енергії, але більше повторних сеансів (особливо при каменях 2 см та більше) тим самим запобігаємо утворенню масивних уламків конкремента. Застосування внутрішнього чи зовнішнього дренивання верхніх сечових шляхів виконуємо лише за чіткими показаннями (розвиток ретенційно-обструктивних та запальних ускладнень).

Література. 1. *Возіанов О.Ф., Дзюрак В.С.* Екстракорпоральна літотрипсія у комбінованому лікуванні сечокам’яної хвороби // Праці VII пленуму наукового товариства урологів України. – Київ, 1993. – С.42-44. 2. *Возіанов О.Ф., Дзюрак В.С., Черненко В.В.* Корекція порушень пуринового обміну в комплексному лікуванні сечокистлого нефролітіазу // Групи ХХІХ міжрегіональної научно-практичної конференції урологів. – Днепропетровск, 1995. – С.4-5. 3. *Возіанов О.Ф., Дзюрак В.С., Черненко В.В., Андреев А.О.* Комбіноване лікування хворих на сечокистлий нефролітіаз із застосуванням екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії та низхідного літолізу // Дисгнантионная литотрипсия в лечение желче- и мочекаменной болезни. – Днепропетровск, 1994. – С.91-92. 4. *Возіанов О.Ф., Павлова Л.П., Сайдакова Н.О., Дзюрак В.С.* Епідеміологія сечокам’яної хвороби як базис до її профілактики та організації медичної допомоги // Праці VII пленуму Асоціації України. – Київ, 1998. – С.3-8. 5. *Джсавад-Заде С.М.* Прогнозирование эффективности ДУВЛ почек и мочеочечников // Урология и нефрология. –1996.- №3. – С. 20-23. 6. *Дзюрак В.С.* Протеоліз и концентрация водородных ионов мочи в патогенезе и лечении почечнокаменной болезни: Автореф. дис. ... д.мед.н. – Киев, 1987. – 46 с. 7. *Дзюрак В.С., Черненко В.В., Свешников О.Б.* Профілактика ускладнень після екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії // Урология. –1997. – №2. – С.18-21.

EXPERIENCE OF USING EXTRACORPORAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY (ESWL) IN THE TREATMENT OF PATIENTS AFFLICTED WITH NEPHROLITHIASIS

S.A.Sobchynskyi², V.I.Zaitsev¹, O.O.Pidmurniak², V.V.Voitseshyn²

Abstract. A retrospective analysis of case histories of patients afflicted with nephrolithiasis and the use of the ESWL method has been carried out. A technique of performing ESWL and the peculiarities of the post-operative period have been described. A correlation related to the sex, stone location, frequency of post-operative after-effects of pyelonephritis, the percentage of post-operative complications, the necessity of using additional procedures (JJ “stent” passage, puncture nephrostomy) has been analysed.

Key words: nephrolithiasis, extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL).

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
Regional Clinical Hospital (Khmelnitskyi)

Надійшла до редакції 5.07.2001 року