

# НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО УРОЛИТИАЗА

**А. И. Сагалевич, Э.В. Шапоренко, А.Е. Лоскутов,  
И.А. Деркач, А. В. Черников, Ю.Ю. Малинин,  
П.С. Серняк.**

Донецкое областное клиническое территориальное  
медицинское объединение.

Кафедра урологии Донецкого государственного медицинского  
университета.

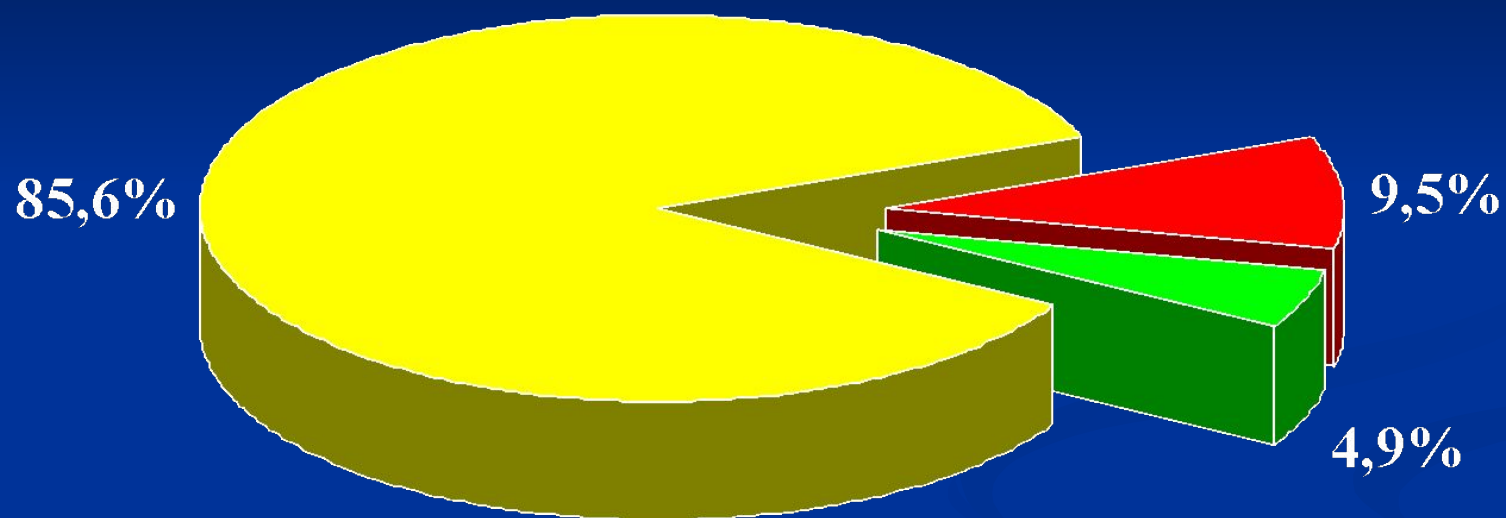
# АКТУАЛЬНОСТЬ

- Наличие мультифокального ( распространенного ) уролитиаза, как правило, указывает на сложность и запущенность заболевания, невысокий уровень медицинской грамотности населения, что требует от врача постоянного поиска новых подходов лечения, с целью уменьшения осложнений и длительности лечения больных с данной патологией.

# ЦЕЛЬ РАБОТЫ

- Усовершенствование тактики малоинвазивных методов лечения мультифокального уролитиаза, с учетом нашего опыта лечения мочекаменной болезни и внедрение их в клиническую практику.

# Характер уролитиаза у 7356 больных за период 2000-2008гг



■ односторонний    ■ двухсторонний    ■ мультифокальный

К-ты почки от 0,5 до 6,5 см в d. (ср = 2,9 см).

К-ты мочеточника от 0,3 до 2,8 см в d.( ср. = 0,8 см).

# Количество больных, с мультифокальным уролитиазом, которым применены малоинвазивные методы лечения

ВИД ЛИТИАЗА	Кол-во б-х
Двухсторонний нефролитиаз	273
Двухсторонний уретеролитиаз	41
Односторонний нефро- и уретеролитиаз	36
Односторонний нефролитиаз + уретеролитиазом противоположного мочеточника	28
Двухсторонний нефролитиаз + односторонний уретеролитиаз	21
Двухсторонний уретеролитиаз + односторонним нефролитиазом	11
Двухсторонний нефролитиаз + двухсторонний уретеролитиаз	9
<b>ВСЕГО</b>	<b>419</b>

# Факторы влияющие на выбор малоинвазивного метода лечения

- характер уrolитиаза ( кол-во к-тов, размеры, локализация);
- воспалительный процесс в почке и степень генерализации инфекции;
- функциональное состояние почки на момент начала лечения и перспективы ее восстановления после ликвидации обструкции;
- характер обструкции ВМП;
- анатомические особенности строения ЧЛС почки и ВМП;

Оценка этих факторов позволяет выбрать правильную тактику лечения, избежать ряд грозных осложнений и что немаловажно, не выполнять операцию «ради операции».

# Основные принципы подхода к малоинвазивному лечению МКБ

- **КНЛТ** – к-т почки  $>1,0$  см, множественные конкременты почки  $V>1,0-1,5$  см, неэффективные сеансы ( 1-2 ) ЭУВЛ мелких конкрементов ;
- **КУЛТ** - к-т мочеточника  $> 0,5$  см, множественные конкременты или неэффективные сеансы ЭУВЛ ( 1-2 ) мелких камней ;
- Блок почки, обострение пиелонефрита – обязательное предварительное **эндоурологическое дренирование** ( нефростомия при планируемых КНЛТ или КУЛТ, стентирование при планируемых ЭУВЛ);
- **ЭУВЛ** – вспомогательный метод лечения, как основной метод лечения применяется при конкрементах почки до 1,0 см, конкрементах мочеточника – до 0,5 см, в случаях не требующих эндоскопической или хирургической коррекции мочевыводящих путей.

# Лечение двухстороннего нефролитиаза (n=273)

Операции	Кол-во
Од. двухсторонняя КНЛТ ( с/без пред. дренирования )	57
КНЛТ с одной → КНЛТ другой стороны ( - // - )	20
КНЛТ с одной стороны → ЭУВЛ с другой стороны	31
Последовательное ЭУВЛ одной стороны + ПН другой стороны → КНЛТ на дренированной почке	21
Последовательная двухсторонняя ЭУВЛ	52
КНЛТ одной стороны → литолитическая терапией	45
ЭУВЛ одной стороны → литолитическая терапией	47



# Лечение двухстороннего уретеролитиаза (n=41)

Операции	Кол-во
Од. двухсторонняя КУЛТ ( с/без предв. дренирования)	23
КУЛТ одной стороны + ПН другой стороны → ЭУВЛм	3
ЭУВЛм + ПН другой стороны → КУЛТ	6
Од. перемещение конкремента в почку + КНЛТ перемещенного конкремента + КУЛТ другой стороны	5
Од. перемещение конкремента в почку с одной стороны + КУЛТ другой стороны → ЭУВЛ перемещенного конкремента	2
Од. КУЛТ с одной + АКУЛТ другой стороны	2

# Односторонний нефро- и уретеролитиаз ( n = 36 )

Операции	Кол-во
Од. КУЛТ + КНЛТ ( с/без предв. дренирования)	21
Од. КНЛТ + АКУЛТ ( с/без предв. дренирования)	7
ЭУВЛ <sub>м</sub> → КНЛТ в почке	2
КУЛТ → ЭУВЛ в почке	4
ЭУВЛ <sub>п</sub> → КУЛТ (обтекаемого камня) в мочеточнике	2

# Лечение одностороннего нефролитиаза и уретеролитиаза противоположного мочеточника ( n=28)

Операции	Кол-во
Од. КУЛТ + КНЛТ в противоположной почке	10
ЭУВЛм + ПН др.стороны → КНЛТ в почке	4
КУЛТ + ПН др.стороны → КНЛТ в почке	3
Последовательная ЭУВЛм → ЭУВЛ в почке	2
КУЛТ → ЭУВЛ в почке	4
КНЛТ + ПН другой стороны → КУЛТ	5

# Лечение двухстороннего нефролитиаза в сочетании с односторонним уретеролитиазом ( n = 21 )

Операции	Кол-во
Од. КУЛТ + двухсторонняя КНЛТ ( с/без предв. др.)	12
Перемещение конкремента в почку + одномоментная двухсторонняя КНЛТ	4
Од. КУЛТ + КНЛТ → ЭУВЛ конкремента противоположной почки	3
Од. двухсторонняя КНЛТ + односторонняя АКУЛТ	2

# Лечение двухстороннего уретеролитиаза в сочетании с односторонним нефролитиазом (n=11)

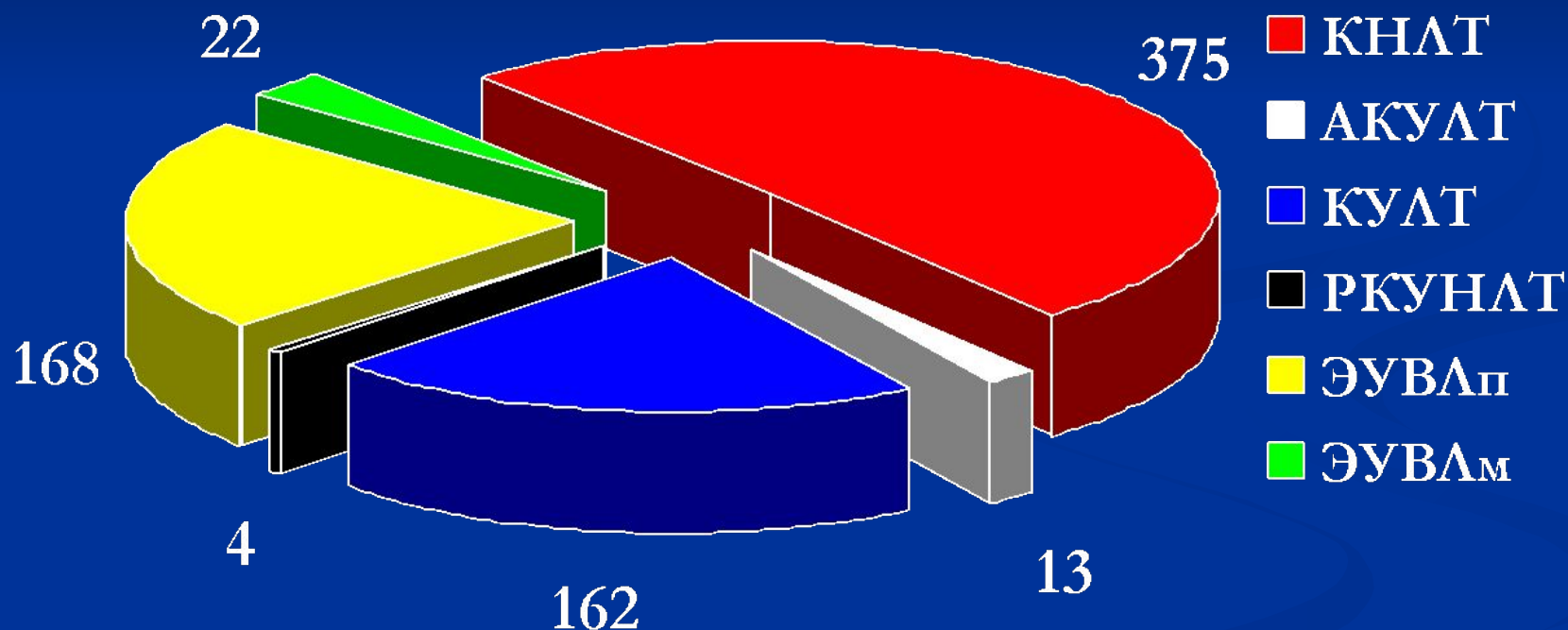
Операции	К-во
Од. двухст. КУЛТ ( с/без предв. др.) + КНЛТ	4
ЭУВЛм одной стороны + ПН другой стороны → од. КУЛТ и КНЛТ	2
Од. перемещение конкремента в почку одной стороны + КУЛТ другой стороны → КНЛТ перемещенного камня	1
Од. перемещение конкремента в почку + КНЛТ камня почки и перемещенного конкремента + КУЛТ противоположной стороны	2
Од. КУЛТ одной стороны + КНЛТ и АКУЛТ другой стороны	2

# Лечение двухстороннего нефролитиаза и двухстороннего уретеролитиаза ( n = 9 )

Операции	К-во
Двухсторонняя ПН → одномоментная двухсторонней КУЛТ с одномоментной двухсторонней КНЛТ	4
Двухсторонняя ПН → одномоментная КУЛТ с двухсторонней КНЛТ и односторонней АКУЛТ	2
Двухсторонняя ПН → одномоментная односторонняя КУЛТ + РКУНЛТ и КНЛТ противоположной почки	3



# Методы лечения мультифокального уролитиаза (n=419)



**731 малоинвазивных методов лечения ( 1,7 на одного больного)**  
**52,1 % больным выполнены одномоментные операции**



# Эффективность первого этапа лечения распространенного уролитиаза

**82,1%**

**КНЛТ - 91,2%,**

**АКУЛТ – 100%,**

**КУЛТ – 89,6%,**

**ЭУВЛ почки – 68,3%,**

**ЭУВЛ мочеточника – 43,5%.**

Кол-во осложнений не требующих хирургической коррекции -  
**62 случая ( 8,8%).**

# Выводы

- Эффективность одномоментного подхода к лечению мультифокального уролитиаза позволяет уменьшить экономические затраты на проведение как анестезиологических пособий так и самих операций, снизить средние сроки послеоперационного лечения в стационаре **(12,1 дня)**, при невысоком уровне осложнений **(8,8%)** и эффективности первых этапов лечения **(до 82,1 %)**, а также уменьшить эмоциональную и моральную нагрузку на больного, связанную с проведением одномоментной, а не множественных операций.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**