

РОЛЬ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В.Ю. Лелюк¹, В.И. Вошула²

¹УЗ «Минская областная клиническая больница», а.г. Лесной

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Основной целью хирургического лечения мочекаменной болезни является элиминация конкремента и восстановления пассажа мочи.

Зачастую течение МКБ осложняется окклюзией камнем мочевыводящих путей вплоть до анурии, развитием или обострением пиелонефрита, а при неблагоприятных условиях – уросепсиса. В таких ситуациях перед выполнением малоинвазивных вмешательств или ДЛТ требуется отведение мочи.

Чаще всего выполняется установка почечного стента, но в тех случаях, когда эта манипуляция невыполнима технически, производится отведение мочи из почки путём выполнения чрезкожной пункционной нефростомии (ЧПНС).

Отсутствуют достоверные данные, которые свидетельствовали бы о более высокой частоте осложнений после стентирования мочеточника, чем после ЧПНС. Тем не менее преимущество ЧПНС состоит в том, что она позволяет избежать общей анестезии и введения инструментов в нижние мочевыводящие пути.

Суть метода – декомпрессия почки при её ретенционно–обструктивном поражении путём чрезкожной пункции под ультразвуковым и рентген–телевизионным контролем с последующей установкой нефростомического дренажа для временного или постоянного отведения мочи.

Основным показанием к ЧПНС является:

- невозможность преодолеть обструкцию в мочеточнике или лоханочно–мочеточниковом сегменте ретроградным проведением катетера
- неосуществимость катетеризации мочевых путей в результате патологического процесса в мочевом пузыре или уретре.

Чрескожное пункционное дренирование расширенной полостной системы почки имеет ряд достоинств и явных преимуществ перед открытой оперативной нефростомией и сейчас расценивается как альтернатива по отношению к последней.

При равной эффективности пункционное вмешательство

- непродолжительно
- не требует наркоза
- малотравматично
- легко осуществимо даже после повторных оперативных вмешательств на почке
- практически не нарушает состояния больного и не ограничивает его активности
- исключаются послеоперационные осложнения (нагноение операционной раны, мочевые

свищи из-за несостоятельности шва лоханки и др.).

- позволяет перевести ургентную ситуацию в "плановую" в отношении тяжелого контингента урологических больных с высоким операционным риском

Относительные показания для ЧПНС:

- оценка способности к функциональной реабилитации почки, выключенной в результате длительного блока ;
- проведение уродинамических исследований перед предстоящей пластикой верхних мочевых путей;
- защита анастомоза в послеоперационном периоде
- как подготовительный этап перед нефролитолапаксией, пиело- и каликолитоэкстракцией, контактной литотрипсией, эндопиелоретеротомией, электрорезекцией при папиллярных образованиях лоханки и мочеточника

ЧПНС осуществима в любом стационаре, оснащённом ультразвуковым сканером и рентгено-телевизионной установкой и при наличии специалиста, владеющего данной методикой.

Оптимальный метод отведения мочи при инфекционно-воспалительных осложнениях МКБ не установлен, хотя доказано, что из-за плохого поступления антибиотиков в пораженную почку купирование воспалительных проявлений без восстановления пассажа мочи будет неэффективным.

По данным ЕАУ для декомпрессии полостной системы черезкожная нефростомия и почечный стентодинаково эффективны и ЧПНС применяется лишь при отсутствии возможности установки стента.

В клинике урологии за период с 2010 по 2012 год выполнена установка 268 почечных стентов и 48 ЧПНС пациентам с осложнённым течением мочекаменной болезни, причём нефростомия выполнялась лишь при безуспешной попытке установки почечного стента или мочеточникового катетера.

Нефростомии выполнялись на рентген-урологическом столе Uroskop Access, Siemens, ультразвуковая локализация с помощью датчика с биопсийной насадкой УЗИ аппарата Sonoline G60 S Siemens. Наркоз- внутривенная анестезия с местной анестезией. Для доступа в полостную систему нами используется методика Сельдингера. Время операции от 20 до 40 минут, осложнения наблюдались в виде потери пункционного хода- 4 случая, обострения пиелонефрита- 5 случаев, кровотечения 1 случай. Конверсий не было.

Особое внимание следует обращать на правильный уход за нефростомическим дренажем и правильность его фиксации к коже. При несоблюдении правил ухода возможна потеря нефростомического дренажа и выполнение открытой операции.

Считаем, что черезкожная пункционная нефростомия является операцией выбора в лечении осложнённого течения мочекаменной болезни при невозможности отведения мочи через нижние мочевые пути.

Литература

1. Камни почек и мочеточников /А. С. Переверзев [и др.]– Харьков: ООО С.А.М., 2004.– 224 с.
2. Клиническая эффективность препарата Канефрон в лечение больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств / С.Н.Калинина // Человек и лекарство: тез.докл. VI Рос.нац. конгр. «Человек и лекарство», 19–23 апр. 1999 г., Москва. – М., 1999.–С. 298.
3. Лопаткин, Н. А. Мочекаменная болезнь /Н. А. Лопаткин., Э. К. Яненко //Рус.мед. журн.–2000.–Т. 8, № 3.–С. 117–120.
4. Олексюк, И. И. Прогнозирование результатов дистанционной ударно-волновой литотрипсии и рецидивного камнеобразования у больных с мочекаменной болезнью: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.40, 14.00.32 / И. И. Олексюк; Центр. воен. клин. госпиталь. – М., 1997.– 18 с.
5. Тиктинский, О. Л. Мочекаменная болезнь/ О. Л. Тиктинский, В. П. Александров – СПб.: Питер, 2000.– 384 с.
6. Ткачук, В. Н. Мочекаменная болезнь / В. Н. Ткачук, С. Х. Аль-Шукри, В. Я. Дубинский // Новые Санкт-Петербург.врачеб. ведомости. – 2000. – № 4. – С. 24–28.
7. European Association of Urology. Guidelines. 2011 edition.
8. Ramsey S, Robertson A, Ablett MJ, et al. Evidence-based drainage of infected hydronephrosis secondary to ureteric calculi. J Endourol 2010 Feb;24(2):185–9
9. Uppot RN. Emergent nephrostomy tube placement for acute urinary obstruction. Tech Vasc Interv Radiol 2009 Jun;12(2):154–61
10. Lynch MF, Anson KM, Patel U. Percutaneous nephrostomy and ureteric stent insertion for acute renal deob-

struction. Consensus based guidelines. *Br J Med Surg Urol* 2008;120–5.

11. Mokhmalji H, Braun PM, Portillo FJM, et al. Percutaneous nephrostomy versus ureteral stents for diversion of hydronephrosis caused by stones: A prospective, randomized clinical trial. *J Urol* 2001 Apr;165(4):1088–92.

12. Lynch MF, Anson KM, Patel U. Current opinion amongst radiologists and urologists in the UK on percutaneous nephrostomy and ureteric stent insertion for acute renal unobstruction: Results of a postal survey. *BJU Int* 2006 Dec;98(6):1143–4. Yoshimura K, Utsunomiya N, Ichioka K, et al. Emergency drainage for urosepsis associated with upper urinary tract calculi. *J Urol* 2005 Feb;173(2):458–62.