



## ОПЫТ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЛИТОЭКСТРАКЦИИ И ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Р.Ж.Рахимова

Центр матери и ребенка, г.Усть-Каменогорск

Мочекаменная болезнь (МКБ) – заболевание, связанное с нарушением обмена веществ в организме, при котором образуются камни в почках и мочевыводящей системе (МВС). МКБ является проблемой, широко обсуждаемой в отечественной и зарубежной литературе [1]. Многими авторами отмечается омоложение заболевания – встречается у детей во всех возрастных группах, преимущественно в возрасте от 3 до 11 лет. У мальчиков камни образуются в 2-3 раза чаще, больше в правой почке, в 15-30% встречается двухсторонняя локализация. Камни, как правило, формируются в верхних отделах МВС, далее они мигрируют в нижележащие отделы. Остановка их движения по ходу МВС на каком-либо из уровней приводит к возникновению МКБ почек, мочеточника, мочевого пузыря, уретры. По данным Р.М. Фронштейн (1953) камни мочевого пузыря встречается в детском возрасте несколько чаще в связи с анатомо-физиологическими особенностями – большим относительным диаметром и эластичностью мочеточников, но нарушение движения камня по мочеточнику приводит к вклиниванию, чаще в нижней трети, в пузырно-мочеточниковом сегменте.

Наличие камней МВС, не поддающихся консервативной терапии, является показанием к проведению оперативного вмешательства. Для удаления камней прибегают к нефротомии, пиелотомии, уретеролитотомии через забрюшинные, чрезбрюшинные, комбинированные доступы, весьма травматичные, требующие пересечения большого объема мышц. К менее инвазивным методам относятся применение дистантной литотрипсии, трансуретральной литоэкстракции (ТЛЭ) и трансуретральной контактной литотрипсии (ТЛТ), а также перкутанной литотрипсии и литоэкстракции [1,2].

В период 2007-2010гг. в ЦМИР г. Усть-Каменогорск проведено лечение 7 пациентов с конкрементами нижних отделов мочеиспускательного тракта. Двое из семи детей поступили в плановом порядке, камень мочевого пузыря был находкой при проведении УЗИ МВС, 5 – в экстренном порядке. По полу были 5 мальчиков и 2 девочки. До 3 лет был 1 ребенок, от 3 до 7 лет - 5 детей и один ребенок в возрасте 10 лет. У детей, поступивших экстренно, в клинической картине превалировал болевой синдром. Гематурия, лейкоцитурия отмечалась у 3 детей, у одного мальчика с полным блоком мочеточника показатели анализа мочи были в пределах нормы, у 1 ребенка при поступлении имелись жалобы на

задержку мочеиспускания в течении суток. У всех детей на обзорной рентгенограмме в проекции мочевыводящих путей определялись рентгеноконтрастные тени. Проведенное УЗИ аппаратом «АЛОКА 5000» подтвердило наличие камня в нижней трети мочеточника в 2-х случаях слева, у одного ребенка справа, размеры камней от 0,4 до 0,6 мм в диаметре, у 4 детей камень располагался в мочевом пузыре размерами до 0,7 мм.

Наличие камня в нижней трети мочеточника и в мочевом пузыре, сопровождающееся болевым синдромом, при неэффективной консервативной терапии с угрозой развития осложнений, явилось показанием оперативному вмешательству, что было осуществлено методом трансуретральной литоэкстракции.

При проведении трансуретральной литоэкстракции использовали цистоскоп фирмы «Карл Шторц» с выведением цистоскопической картины на монитор и применением экстрактора типа Дормиа. Экстрактор введен в мочеточник, заведен за камень, после открытия, путем медленной тракции, камень захватывается в корзинку и под контролем зрения удаляется.

Для проведения трансуретральной контактной цистолитотрипсии применяли литотриптер «CALCUTRIPT» фирмы «Карл Шторц» с двумя режимами работы – возможностью выработки одиночной и серийной электрогидравлической ударной волны. Литотрипсия проводилась при полном визуальном контроле при непосредственном контакте конкремента и рабочего электрода литотриптера. Более крупные осколки выводились при помощи атравматичных литотриптеров типа «крокодил».

Послеоперационный период протекал благополучно, проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия, средний срок госпитализации составил 9 суток. Дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Далее ребенок находился под наблюдением нефролога, уролога, с проведением терапии, направленной на профилактику повторного образования камней. Назначались диетическое питание, медикаментозная и витаминотерапия, физиолечение, санаторно-курортное лечение.

Таким образом, трансуретральная литоэкстракция и трансуретральная контактная литотрипсия являются высокоэффективными, малоинвазивными методами, позволяющими при камнях нижней трети мочеточника и мочевого пузыря у детей полностью удалять их при полном визуальном контроле.

### Литература:

1. Пугачев А. Г. Детская урология. Москва, 2009; 674 с.
2. Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.:Гэотар-Медиа, 2009; 1024с.