

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ВВЕДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ КАТЕТЕРОВ — СТЕНТОВ С ОТКРЫТЫМ КОНЦОМ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В.,
Медведев А.А., Долинина М.В.*

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. Стентирование мочеточника и лоханки широко используется при лечении детей с врожденным гидронефрозом, обструктивным мегауретером, мочекаменной болезнью. При необходимости проведения стента через патологические сужения мочеточника наиболее целесообразно использование стентов с открытым почечным концом, по струне-проводнику. Отсутствие на металлическом проводнике меток, позволяющих визуально отслеживать на какое расстояние от устья он введён в мочеточник диктует необходимость рентгеноскопического контроля за проведением проводника и далее стента, что требует наличия специального рентгеновского аппарата в операционной, подвергает лучевой нагрузке, как пациента, так и персонал. В тоже время отказ от рентгеноскопического контроля повышает риск перфорации почки или установкой стента ниже чашечно-лоханочной системы, что не обеспечивает в дальнейшем адекватного отведения мочи и требует повторения манипуляции.

Целью настоящего исследования является разработка и внедрение в клиническую практику метода установки мочеточниковых стентов с открытым почечным концом, без использования рентгеноскопического контроля.

Материалы и методы. Нами изменены стандартные этапы эндоскопического введения стентов с открытым почечным концом. Собирается комплекс: проводник — стент — толкатель — зажим, причём в отличии от известной методики, это выполняется до введения проводника через эндоскоп в мочеточник. Проводник проводится через толкатель и стент, причём его «мягкий» конец выводится через открытый почечный конец стента до начала «твёрдой» части проводника. Таким образом, полностью выпрямляется на проводнике почечный конец стента, а выступающий из него гибкий «мягкий» конец проводника, легко может быть проведён через сужения и изгибы мочеточника, задавая направление стенту. Комплекс стабилизируется наложением зажима у дистального конца толкателя. При данном соотношении проводника и стента, положение стента и проводника, относительно устья» легко прослеживается по стандартным меткам на стенте, с учётом несложной формулы $L_m + L_z + L_p = L$, где: L_m — длина «мягкой» части стента выступающей из проводника (стандартная для данного вида изделия); L_z — длина выпрямленного завитка стента (стандартная для данного вида изделия); L_p длина прямой части стента по данным метки на стенте (хирургом визуализируется метка у устья мочеточника); L расстояние от переднего конца проводника до метки у устья мочеточника. Дополнительный контроль положения почечного конца стента проводится путём УЗС чашечно-лоханочной системы во время введения стента и при удалении проводника.

Результаты. В урологическом отделении ДОКБ с 2016 по 2019 гг. описанный метод выполнен у 54 пациентов в возрасте от 1,5 мес. до 17 лет в качестве самостоятельного способа лечения или подготовки к хирургическому вмешательству. Осложнений не наблюдалось.

Заключение. Модифицированный метод позволяет избежать лучевой нагрузки пациентов и медицинскому персоналу, не требует оснащения операционной рентгеновским аппаратом.