

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*Симонян Г.В., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В.,
Соболевский А.А., Старостина И.Е.*

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

Актуальность. Более 1 % всех случаев МКБ зарегистрированы у пациентов в возрасте до 18 лет.

Возникновение МКБ в детском возрасте является фактором повышенного риска рецидива заболевания. Выбор оптимального метода удаления камней является одним из условий, предотвращающим рецидивы заболевания.

Материалы и методы. В данной работе представлены результаты оперативного лечения пациентов с МКБ в возрасте от 4 мес. до 16 лет. За период наблюдения с 2012 по 2019 год оперативные вмешательства выполнены 95 пациентам. ДУВЛТ выполнялась на аппарате Siemens Lithoskop. КУЛТ выполнялась с помощью детского уретерореноскопа 9–11,5 Ch и применением гольмиевого лазера 20 Вт или пневматического литотриптора. ПНЛТ выполнялась в положении пациента на животе. Использовался детский нефроскоп диаметром 11Ch, 16Ch. Для разрушения конкремента применялась пневматическая литотрипсия.

Результаты. Дистанционная ударноволновая литотрипсия применялась для удаления конкрементов размерами до 15 мм расположенных в ЧЛС (35), либо в мочеточнике (13). 9 пациентам потребовалось повторное ДУВЛТ крупных фрагментов. Установка внутреннего стента потребовалась у 8 пациентов. КУЛТ понадобилось у 4 пациентов. Трансуретральная контактная литотрипсия применялась у 13 пациентов. 4 пациентам, как уже упоминалось, после ДУВЛТ. 7 пациентам КУЛТ выполнялась для удаления камней нижней и средней трети мочеточника размерами до 0,8 см. 2 пациентам производилось удаление конкрементов размерами 0,8–1,1 см в средней и верхней трети мочеточника.

Перкутанная нефролитотрипсия. ПНЛТ выполнено 34 пациентам: у 6 пациентов имелись множественные конкременты в почке, у 11 пациентов размеры камня были до 1,5 см, у 8 — размеры конкремента варьировали от 1,5 до 2 см, у 7 — камни были коралловидными размерами более 2 см, у 1 пациента удалялись лигатурные камни после предшествующей пластики ЛМС, у 1 пациента удалялись камни и выполнялась эндопиелотомия после предшествующей пластик ЛМС.

У 6 пациентов с коралловидными камнями в послеоперационном периоде определялись резидуальные конкременты, что в последующем потребовало выполнения ДУВЛТ.

Выводы. Применение современных возможностей хирургического лечения мочекаменной болезни является эффективным и безопасным у пациентов детского возраста. В зависимости от размеров, расположения, характеристик конкремента, строения и состояния почек и мочевыводящих путей необходимо тщательный подбор хирургического пособия для достижения оптимальных результатов.

Рекомендации. На основании полученных данных нами выработан алгоритм оперативного лечения МКБ у детей. ДУВЛТ: лоханка (до 8 мм без дренирования, до 15 мм при дренировании ВМП), верхняя и средняя треть мочеточника. КУЛТ: нижняя треть мочеточника, либо крупные конкременты средней и верхней трети, либо «каменная дорожка» после ДУВЛТ. ПНЛТ: коралловидные, крупные, множественные камни, лигатурные камни, вторичные камни на фоне нарушенного оттока мочи после пластических операций.