

саривактӣ, ки зухуроти аслии клиникӣ дар рӯзи 2-3-юми баъди таваллуд дар шакли метеоризм, мавҷуд набудани казои ҳочати мустакилона ва қай асоси муваффақияти муолиҷаи ҷарроҳӣ махсуб меёбад. Баъди амалиёти ҷарроҳии татбиқшуда таҳқиқи гистологии маводи ҷарроҳӣ аганглиози рӯдаҳоро тасдиқ намуд. Проктопластикаи шикампардагӣ-чатанӣ тибқи Соаве–Ленюшкин дар амсилаи клиника бо буридани фонашакли ғилофаки зардобӣ-мушакӣ дар нақшаи пешгирии хуномоси байниғилофакӣ ва чамъшавии моеъ натиҷабахш аст. Услуби трансаналӣ-эндоректалии пасткунии De La Torre – Mondragon ва Swenson-like бе дастрасии шикампардагӣ бо де-мукозатсияи рӯдаи рост дар шакли трансмақъадӣ

бе иллатнок шудани ҳалқамушак ҳангоми шакли мақъадӣ ва ректосигмоидии бемории Гиршпрунг усули самараноки камлоиш ба шумор меравад.

Хулоса. Паст кардани трансаналии эндоректалии татбиқшуда дар синни бармаҳалӣ ҳангоми кӯдакон нишон дод, ки моторикаи рӯдаҳо дар марҳалаи пасазҷарроҳӣ бе буридани пӯшиши чилдӣ ба зудӣ барқарор мешавад ва натиҷаи амалиёти ҷарроҳии барвақт татбиқшуда барои ба даст овардани натиҷаҳои хуб дар давраи наздиктарин ва дури пасазҷарроҳӣ мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ. бемории Гиршпрунг, эндоректалӣ-трансаналӣ, чатанӣ-сифокӣ, демукотсия, аганглиоз, кӯдакон.

УДК 616.24.76-802

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-61-66

Х.М. Муротов¹, Дж.А. Шамсиев¹, К.Р. Рузбойзода², М.М. Косимов^{1,3}, А.А. Абдувоҳидов¹,
Ф.С. Саъдуллоев^{1,3}, Н.К. Ашуралиев⁴, Б.Дж. Рашидов¹

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ

¹ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра урологии

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбанов К.М.

³ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

⁴ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», кафедра трансплантологии и инновационной хирургии

Муротов Хумоюн Музаффарович – соискатель кафедры урологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992934368086; E-mail: khmmdoctor@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения нефролитиаза при интравенальной лоханке.

Материал и методы исследования. Приведены результаты комплексного лечения 154 больных с нефролитиазом при интравенальной лоханке, которые были разделены на 2 группы: основная группа – 78 (50,6%) пациентов, в лечении которых применялась персонализированная хирургическая тактика с использованием современных технологий, и контрольная группа – 76 (49,4%) больных, в лечении которых применялись общепринятые одноэтапные традиционные оперативные вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. Одноэтапная чрескожная пункционная нефролитотрипсия у больных основной группы была выполнена в 55 (70,5%) случаях. Однако, в 5 (6,4%) случаях при сложных вариантах нефролитиаза потребовалась конверсия доступа на люботомный с проведением субкортикальной пиелолитотомии. В 11 (14,1%) наблюдениях при осложненном гнойном калькулёзном пиелонефрите (n=5) и инфицированном гидронефрозе II степени (n=6), на первом этапе выполнялась нефростомия под УЗ-контролем, а на втором этапе произведена чрескожная пункционная нефролитотрипсия (n=7), люботомия субкортикальная пиелолитотомии с нефростомией (n=4). У 12 (15,4%) больных основной группы по строгим показаниям произведено одноэтапное традиционное хирургическое вмешательство с использованием люботомного доступа. У пациентов контрольной группы (n=76) было выполнено открытое люботомное удаление камней из почек. Послеоперационные осложнения у пациентов основной группы отмечались в 7 (9,0%) наблюдениях без летальных исходов. Тогда как у пациентов контрольной группы послеоперационные осложнения отмечались в 18 (23,7%) случаях с 3 (3,9%) случаями летального исхода.

Заключение. Таким образом, при выборе объёма и метода хирургического лечения у пациентов с нефролитиазом при интравенальной лоханке, необходимо строго придерживаться персонализированного подхода и целесообразно отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам.

Ключевые слова: нефролитиаз при интравенальной лоханке, персонализированный подход, чрескожная пункционная нефролитотрипсия, нефростомия, люботомия.

Kh.M. Murotov¹, J.A. Shamsiev¹, K.R. Ruziboyzoda², M.M. Kosimov^{1,3}, A.A. Abduvokhidov¹, F.S. Sadulloev^{1,3}, N.K. Ashuraliev⁴, B.J. Rashidov¹

PERSONALIZED TACTICS FOR THE TREATMENT OF NEPHROLITHIASIS IN THE INTRARENAL PELVIS

¹Department of Urology, SEI «Avicena Tajik State Medical University»

²Department of Surgical diseases №1 named after academician Kurbonov K.M., SEI «Avicena Tajik State Medical University»

³SI “Republican Scientific and Clinical Center of Urology” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

⁴Department of Transplantology and Innovative Surgery, SEI «Avicena Tajik State Medical University»

Murotov Khumoyun Muzaffarovich - applicant for a degree at the Urology Department of the SEI «Avicena Tajik State Medical University»; Tel: +992934368086; E-mail: khmmdoctor@mail.ru.

Objective. Improving the results of treatment of nephrolithiasis in the intrarenal pelvis.

Material and methods. The study involved 154 patients with nephrolithiasis in the intrarenal pelvis. They were divided into two groups: the main group comprised 78 (50.6%) patients who underwent personalized surgical procedures using modern technologies, while the control group of 76 (49.4%) patients received conventional one-stage traditional surgical interventions.

Results. In the main group, one-stage percutaneous puncture nephrolithotripsy was conducted for 55 patients, representing 70.5% of the cases. However, in 5 (6.4%) cases of complex variants of nephrolithiasis, it was required to convert the access to a lumbotomy with subcortical pyelolithotomy. Of note, 11 patients (14.1%) presented with either complicated purulent calculous pyelonephritis (5 patients) or II-degree hydronephrosis (6 patients). For these patients, the treatment was staged. Initially, a nephrostomy was carried out using ultrasound guidance. Following this, 7 patients underwent percutaneous puncture nephrolithotripsy, while 4 patients had a lumbotomy subcortical pyelolithotomy paired with nephrostomy. In another subset of the main group, 12 patients (15.4%) required one-stage traditional surgery through lumbotomy access due to specific medical criteria. Patients in the control group (n=76) underwent open libotomy for removal of kidney stones. Postoperative complications in patients of the main group were noted in 7 (9.0%) cases, with no lethal outcomes. Whereas in patients of the control group, postoperative complications occurred in 18 (23.7%) cases. Lethal outcomes were recorded in 3 (3.9%) cases.

Conclusion. In determining the appropriate surgical approach for patients with nephrolithiasis in the intrarenal pelvis, it's essential to prioritize a personalized treatment plan. Minimally invasive interventions are recommended wherever possible.

Keywords: nephrolithiasis in the intrarenal pelvis, personalized approach, percutaneous puncture nephrolithotripsy, nephrostomy, lumbotomy.

Актуальность. На сегодняшний день нефролитиаз является одним из наиболее распространенных урологических патологий и занимает одно из первых мест среди всех заболеваний мочевыделительной системы. [2, 6]. С другой стороны, актуальность проблемы обусловлена ещё и тем, что среди госпитализируемых пациентов в урологических стационарах больные нефролитиазом составляют от 28 до 50%, а также у 65-70% пациентов нефролитиазом находятся в наиболее трудоспособном возрасте 30-50 лет [3].

На сегодняшний день одним из самых значимых и непростых задач для уролога является лечение сложных форм нефролитиаза, особенно при интраренальной лоханке и при расположенных в лоханке и чашечках множественных, коралловидных и крупных конкрементов более 2-3 см [1, 8]. Удаление конкрементов как традиционным, так и миниинвазивными способами при интраренальной лоханке, особенно при коралловидном и крупном камне сопряжено с большими техническими трудностями, травматичностью вмешательств, высоким процентом интра- и послеоперационных осложнений и потерей функционального состояния почки [4, 9].

С появлением и внедрением в клиническую практику современных малоинвазивных технологий, таких как уретероскопия, чрескожная нефролитотрипсия и дистанционная ударно-волновая литотрипсия, доля открытых оперативных пособий по поводу мочекаменной болезни в мире составляет от 1,7 до 12% [5, 11]. Однако выбор наиболее оптимального метода удаления камня при различных формах нефролитиаза, в частности при интраренальной лоханке, далеко не всегда является простой задачей ввиду увеличения числа интра- и послеоперационных осложнений, возникающих при удалении камней различными способами [7, 10].

Приведенные вышеуказанные доводы, констатируют об актуальности исследуемой проблемы, в связи с чем возникает необходимость проведения персонифицированной тактики лечения с применением современных, малотравматичных технологий, с более эффективным миниинвазивным методом хирургического лечения нефролитиаза в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения нефролитиаза при интраренальной лоханке.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов комплексной диагностики и лечения 154 больных с нефролитиазом при интратрениальной лоханке. Среди наблюдаемых мужчины было 96 (62,3%) человек, а женщины - 58 (37,7%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 82 лет. С целью анализа и оценки результатов лечения больных данной категории были разделены на 2 группы: первая (основная) проспективная группа состояла из 78 (50,6%) пациентов, для лечения которых была применена персонифицированная хирургическая тактика с применением современных технологий; вторая (контрольная) ретроспективная группа – 76 (49,4%) больных, для лечения которых были использованы общепринятые одноэтапные традиционные оперативные вмешательства.

Односторонняя локализация конкрементов в почках имела место в 137 (89,0%) случаях, из них правостороннюю локализацию имели 83 (53,9%) и левостороннюю – 54 (35,1%) случая. Двухсторонняя билатеральная локализация камней встречалась в 17 (11,0%) случаях.

У больных данной категории одиночные камни имели место в 92 (59,7%) случаях, множественные – в 43 (27,9%) и кораллоподобные камни встречались у 19 (12,3%) пациентов.

Необходимо подчеркнуть, что для наиболее оптимального выбора объема оперативного вмешательства при нефролитиазе, при интратрениальной лоханке, и для улучшения результатов хирургического лечения, важное значение имеют стадии гидронефроза. Так, анализ данных показывает, что гидронефроз 1 стадии имел место в 31 (20,1%) случае, и гидронефроз 2-й стадии составило наблюдался в 114 (74,0%) наблюдениях. Гидрокаликоз почек имел место в 6 (3,9%) наблюдениях и гидрокаликс – в 3 (1,9%) слу-

чаях. Пациенты с инфицированным гидронефрозом составили в целом 34 (22,1%) случая.

Больным с нефролитиазом при интратрениальной лоханке проведены различные клинико-лабораторные исследования, включающие в себя общий анализ крови и мочи, коагулограмму, биохимический анализ крови, показатели эндотоксемии. Также данной группе пациентов проведены инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография и компьютерная томография.

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы «Statistica 10.0». Для сравнения зависимых групп между собой использовался Т-критерий Вилкоксона. Сравнение нескольких независимых выборок проводилось по Н-критерию Крускала-Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При различных формах нефролитиаза при интратрениальной лоханке, хирургическое лечение является единственным и альтернативным способом.

В связи с чем, ориентируясь на полученные данные и результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, для улучшения результатов лечения больных мы в клинике ориентировались на объективные критерии (общее состояние больного, стадии или фазы калькулёзного пиелонефрита, показатели эндогенной интоксикации, наличие сопутствующих соматических патологий и возраст пациентов) для выбора тактики как одноэтапных, так и двухэтапных миниинвазивных или традиционных оперативных вмешательств.

В комплекс консервативной предоперационной терапии было включено применение антибиотиков – цефалоспоринов 3-го поколения, уросептиков, анти-

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств у больных с нефролитиазом при интратрениальной лоханке (n=154)

Характер оперативных вмешательств	Основная группа (n=78)		Контрольная группа (n=76)	
	абс.	%	абс.	%
Одноэтапные оперативные вмешательства				
Люмботомия.	12	15,4	76	100
Чрескожная пункционная нефролитотрипсия	55	70,5	-	-
Двухэтапные оперативные вмешательства				
Первый этап: Нефростомия под УЗ-контролем	7	9,0	-	-
Второй этап: Чрескожная пункционная нефролитотрипсия	4	5,1	-	-
Первый этап: Нефростомия под УЗ-контролем	4	5,1	-	-
Второй этап: Люмботомия.	78	100	76	100
Всего	78	100	76	100

Примечание: %- от общего количество больных

оксидантов, анальгетиков и спазмолитиков. Характер и объём выполненных оперативных вмешательств у больных с нефролитиазом при интратрениальной лоханке приведены в табл. 1.

55 (70,5%) пациентам основной группы была выполнена одноэтапная мининвазивная чрескожная пункционная нефролитотрипсия. Так, 46 (59,0%) пациентам после проведения кратковременного консервативного лечения, в течение 24-48 часов, для купирования приступа почечной колики и уменьшения воспалительного процесса в фазе активного воспаления хронического калькулёзного пиелонефрита, больным нефролитиазом в отсроченном порядке была проведена одноэтапная чрескожная пункционная нефролитотрипсия. В 9 (11,5%) наблюдениях чрескожная пункционная нефролитотрипсия была выполнена без предварительного проведения комплекса консервативного лечения. Однако, в 5 (6,4%) случаях, при сложных вариантах нефролитиаза (крупных и плотных (n=1), множественных (n=1), рецидивных (n=2) камнях, а также при потере пункционного канала (n=1)) потребовалась конверсия доступа в люботомный с проведением субкортикальной пиелолитотомии с нефростомией (n=2) и без нефростомии (n=3).

Следует отметить, что, учитывая воздействие операционно-анестезиологического стресса на течение заболевания и на исход в послеоперационном периоде, в 11 (14,1%) наблюдениях основной группы выставлены показания для проведения экстренной перкутано-дренирующего вмешательства под УЗ-контролем. Важно подчеркнуть, что все пациенты (n=11) находились в зоне риска по таким критериям, как наличие гнойного калькулёзного пиелонефрита, инфицированного гидронефроза, а также пожилой и старческий возраст и наличие тяжелой соматической сопутствующей патологии (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца) и другие. В целом, двухэтапные оперативные вмешательства выполнены в 11 (14,1%) наблюдениях. При этом в первые дни после госпитализации, во время УЗ-сонографии по вышеуказанным строгим показаниям, совместным согласованием и решением с анестезиологом-реаниматологами диагностическая процедура была трансформирована в лечебную, т.е. к наложению нефростомы под УЗ-контролем.

Как уже выше было указано показанием для наложения нефростомы под УЗ-контролем являлись наличие у больных нефролитиаза, осложненного гнойного калькулёзного пиелонефрита (n=5) и инфицированного гидронефроза II-степени (n=6), а также наличие сопутствующих системных соматических патологий.

Важно отметить, что после выполнения перкутано-дренирующего вмешательства на почках под

УЗ-контролем и промывания растворами антисептиков и антибиотиков отмечается заметное улучшение общего состояния пациентов на фоне нормализации показателей эндогенной интоксикации (табл. 2).

Таблица 2

Показатели эндогенной интоксикации до и после перкутано-дренирующих вмешательств – нефростомии под УЗ- контролем (n=11)

Показатели	До наложения нефростомии	После наложения нефростомии	p
Пульс, уд/мин	108,4±7,4	76,4±6,2	<0,05
Температура тела, °C	37,8±1,6	36,7±1,1	>0,05
МСМ, мкг/мл	893,5±39,7	667,15±44,9	<0,05
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	13,3±1,2	6,4±1,3	<0,01
ЛИИ, ед	4,61±0,11	2,53±0,12	<0,01
С-реактивный белок, мг/мл	63,7±11,2	12,7±8,4	<0,05
Прокальцитонин, нг/мл	3,4±0,06	1,5±0,04	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после проведения нефростомии (по Т-критерию Вилкоксона)

Как видно из представленной таблицы, спустя 2-4 суток после проведения перкутано-дренирующего вмешательства на почках под УЗ-контролем, наблюдалось заметное снижение, т.е. нормализация вышеуказанных показателей, эндогенной интоксикации в сыворотке крови: пульс - 76,4±6,2 уд/мин, температура тела - 36,7±1,1°C, уровень МСМ - 667,15±44,9 мкг/мл, уровень лейкоцитов - 6,4±1,3 $\times 10^9/\text{л}$, уровень ЛИИ в среднем составил 2,53±0,12 ед, С-реактивный белок - 12,7±8,4 мг/мл и прокальцитонин снизился в среднем до - 1,5±0,04 нг/мл.

На втором этапе после коррекции явлений эндогенной интоксикации, ликвидации гнойно-воспалительного процессов и улучшения общего состояния пациентов проводили радикальные хирургические вмешательства – либо выполнение чрескожной пункционной нефролитотрипсии (n=7), либо проведение традиционной субкортикальной люботомной пиелолитотомии с нефростомией (n=4).

Следует отметить, что в 12 (15,4%) наблюдениях у больных с нефролитиазом при интратрениальной лоханке по строгим показаниям (ожирение III-IV степени, отсутствие расширения чашечек, сложные варианты нефролитиаза (крупные, плотные, множественные, рецидивные рентгеннегативные камни), и камень-изолированная чашечка, требующая пункции

«камня») произведено одноэтапное традиционное хирургическое лечение люмботомным доступом. Из них, 4 (5,1%) пациентам произведена люмботомия, субкортикальная пиелолитотомия без нефростомии, и в 3 (3,8%) наблюдениях выполнена люмботомия, субкортикальная пиелолитотомия с нефростомией. Люмботомия, пиелонефролитотомия с нефростомией проведена в 2 (2,6%) случаях, без нефростомии также в 2 (2,6%) случаях. Только в 1 (1,3%) случае выполнена люмботомия, пиелонефролитотомия без нефростомии.

Также, всем пациентам контрольной группы (n=76) было произведено открытое люмботомное удаление камней почек. Так, люмботомия и пиелолитотомия без нефростомии произведена 33 пациентам, а с нефростомией – 28 пациентам. Люмботомия, пиелонефролитотомия с нефростомией выполнена в 7 (9,2%) наблюдениях и без нефростомии в 5 (6,6%) наблюдениях. Лишь в 3 (3,9%) наблюдениях выполнена люмботомия, нефролитотомия без нефростомии.

Следует отметить, что важным моментом проведения данного исследования является анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с нефролитиазом при интратеренальной лоханке. Так, после проведения пациенто-ориентированной хирургической тактики с применением современной технологии у пациентов основной группы, различные по характеру послеоперационные осложнения отмечались в 7 (9,0%) наблюдениях и ни одного летального исхода. Тогда как после проведения одноэтапной традиционной хирургической тактики люмботомным доступом послеоперационные осложнения имели место в 18 (23,7%) наблюдениях. Летальные исходы зафиксировано в 3 (3,9%) случаях, причиной явились прогрессирование полиорганной недостаточности.

Вывод. Таким образом, при выборе объема и метода хирургического лечения у пациентов с нефролитиазом при интратеренальной лоханке, необходимо строго придерживаться персонифицированного подхода с учетом выраженности степени инфицирования, стадии пиелонефрита, наличия или отсутствия расширения чашечек, сложные варианты нефролитиаза и наличия сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 8-11 в REFERENCES)

1. Бела́й С.И. Мочекаменная болезнь: актуальность вопроса и перспективы его развития / С.И. Бела́й, М.А. Довбыш, И.М. Бела́й // Вестник Витебского Государственного Медицинского Университета. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 19-26.

2. Гулиев Б.Г. Чрескожное удаление камней единственной почки / Б.Г. Гулиев // Эксперимен-

тальная и клиническая урология. – 2014. – № 3. – С. 44-48.

3. Гусейнов М.А. Уретероскопические методы лечения больных с уретеролитиазом / М.А. Гусейнов, А.Г. Мартов, А.С. Андронов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 1. – С. 58-65.

4. Исаенко В.И. Хирургия нефролитиаза на современном этапе / В.И. Исаенко, И.В. Феофилов // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – №3. – С. 64.

5. Рогачиков В.В. Перкутанная нефролитотрипсия: сравнение стандартных и миниинвазивных технологий / В.В. Рогачиков, А.В. Кудряшов, Ю.Ф. Брук // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №2. – С. 60-68.

6. Теодорович О.В. Минимально инвазивная перкутанная лазерная нефролитотрипсия в лечении коралловидного нефролитиаза / О.В. Теодорович, С.А. Нарышкин, Г.Г. Борисенко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10, №3. – С. 68-72.

7. Трусков П.В. Лечение камней почек: стандарты и инновации / П.В. Трусков, А.А. Гусев // Вестник урологии. – 2019. – Т. 7, N 2. – С. 93–111.

REFERENCES

1. Belay S.I. Mochekamennaya bolezni: aktualnost voprosa i perspektivy ego razvitiya [Urolithiasis: relevance of the issue and prospects for its development]. *Vestnik Vitebskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta - Bulletin of Vitebsk State Medical University*, 2016, Vol. 15, No. 5, pp. 19-26.

2. Guliev B.G. Chreskozhnoe udalenie kamney edinstvennoy pochki [Percutaneous removal of single kidney stones]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and Clinical Urology*, 2014, No. 3, pp. 44-48.

3. Guseynov M.A. Ureteroskopicheskie metody lecheniya bolnykh s ureterolitiazom [Ureteroscopic methods of treatment of patients with ureterolithiasis]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and Clinical Urology*, 2020, No. 1, pp. 58-65.

4. Isaenko V.I. Khirurgiya nefrolitiaz na sovremennom etape [Surgery of nephrolithiasis in the modern stage]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*, 2015, No. 3, pp. 64.

5. Rogachikov V.V. Perkutannaya nefrolitotripsiya: sravnenie standartnykh i miniinvazivnykh tekhnologiy [Percutaneous nephrolithotripsy: comparison of standard and minimally invasive techniques]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2019, No. 2, pp. 60-68.

6. Teodorovich O.V. Minimalno invazivnaya perkutannaya lazernaya nefrolitotripsiya v lechenii

korallovidnogo nefrolitiaz [Minimally invasive percutaneous laser nephrolithotripsy in the treatment of coralloid nephrolithiasis]. *Meditinskiy vestnik Bashkortostana - Medical Bulletin of Bashkortostan*, 2015, Vol. 10, No. 3, pp. 68-72.

7. Trusov P.V. Lechenie kamney pochek: standarty i innovatsii [Kidney stone treatment: standards and innovations]. *Vestnik urologii – Bulletin of Urology*, 2019, Vol. 7, No. 2, pp. 93-111.

8. Bhat A. Comparison of antegrade percutaneous versus retrograde ureteroscopic lithotripsy for upper ureteric calculus for stone clearance, morbidity, and complications. *Indian Journal of Urology*, 2019, Vol. 35, No. 1, pp. 48-52.

9. Chaussy C.G. How can and should we optimize extracorporeal shockwave lithotripsy? *Urolithiasis*, 2018, No. 46, pp. 3-17.

10. Huang T.Yi. Percutaneous Nephrolithotomy: Update, Trends, and Future Directions for Simultaneous Supine Percutaneous Nephrolithotomy and Retrograde Ureterolithotripsy in the Galdakao-modified Supine Valdivia Position for Large Proximal Ureteral Calculi. *European Urology*, 2017, Vol. 71, No. 5, pp. 837-843.

11. Mark D.K. What is better in percutaneous nephrolithotomy - Prone or supine? A systematic review. *Arabian Journal of Urology*, 2016, Vol. 14, No. 2, pp. 101-107.

ХУЛОСА

Ҳ.М. Муротов, Ҷ.А. Шамсиев, Қ.Р. Рузбойзода, М.М. Қосимов, А.А. Абдувоҳидов, Ф.С. Саъдуллоев, Н.К. Ашуралиев, Б.Ҷ. Рашидов

УСУЛИ ТАБОБАТИ ТАФРИҚАВИИ НЕФРОЛИТИАЗ ҲАНГОМИ ҲАВЗАКИ ДОХИЛИ ГУРДАВӢ

Мақсади тадқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои табобати нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки дохили гурдавӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои табобати комплекси 154 нафар беморони нефролитиаз

ҳангоми ҳавзаки дохили гурдавӣ пешниҳод гардида, ба 2 гурӯҳ тақсим шудаанд: гурӯҳи асосӣ – 78 (50,6%) беморон, ки барои муолиҷаи онҳо тактикаи ҷарроҳии тафриқавӣ бо истифода аз технологияҳои муосир истифода бурда шудааст ва гурӯҳи санҷишӣ – 76 (49,4%) беморон, ки барои муолиҷаи онҳо усулҳои ҷарроҳии анъанавии якмарҳилавӣ истифода шудаанд.

Натиҷаҳо. Нефролитотрипси зерипусти пункционӣ якмарҳилавӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 55 (70,5%) ҳолат гузаронида шудааст. Вале дар 5 (6,4%) беморони дорои намудҳои мураккаби нефролитиаз, зарур омад, ки дастрасиро ба люмботомия табдил намуда, ва пиелолитотомияи зерикортикалӣ гузаронида шавад. Дар 11 (14,1%) ҳолат ҳангоми бо оризаи пиелонефрити сангдори фасодӣ (n=5) ва гидронефрози сироятёфтаи дараҷаи II (n=6) дар марҳилаи аввал нефростомия тахти назорати ултрасадо ва дар марҳилаи дуюм нефролитотрипси зерипусти пункционӣ (n=7) ва люмботомия, пиелолитотомияи зерикортикалӣ бо нефростомия (n=4) гузаронида шуд.

Дар 12 (15,4%) ҳолат дар беморони гурӯҳи асосӣ, тибқи нишондодҳои қатъӣ, табобати якмарҳилаи ҷарроҳии анъанавӣ бо истифода аз дастрасии люмботомия гузаронида шуд. Ба беморони гурӯҳи санҷишӣ (n=76) гирифтани сангҳо аз гурдаҳо бо усули люмботомия, кушода гузаронида шуданд. Оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 7 (9,0%) беморон ва ҳолати марғи беморон ба қайд гирифта нашуд. Дар ҳоле ки дар беморони гурӯҳи санҷишӣ дар 18 ҳолат (23,7%) оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ба қайд гирифта шудаанд. Оқибатҳои марғовар дар 3 (3,9%) ҳолат ба қайд гирифта шудаанд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, ҳангоми интиҳоби ҳаҷм ва усули табобати ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори нефролитиази ҳангоми ҳавзаки дохили гурдавӣ, бояд ба таври қатъӣ тактика тафриқавиро риоя карда ва бояд барои гузаронидани амалиётҳои миниинвазивӣ афзалият дода шавад.

Калимаҳои калидӣ: нефролитиази ҳангоми ҳавзаки дохили гурдавӣ, тактика тафриқавӣ, нефролитотрипси зерипусти пункционӣ, нефростомия, люмботомия.