



Bionorica®

Запалення сечових шляхів?
Камені нирок?

Канефрон® Н



- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- потенціювання протизапальної терапії⁴



**ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012**

Розкриваючи силу рослин

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

Канефрон® Н таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016, **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. 2 - Кравченко Н.Ф. Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я людини, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

Эндоурология: инновационные методы в лечении мочекаменной болезни

Мир не стоит на месте. К счастью, медицина тоже постоянно развивается, совершенствуя свои методы и инструменты, и сегодня мы имеем возможность наблюдать, как ежегодно в клиническую практику внедряются эффективные инновации. Говоря о хирургических специальностях, нельзя не отметить стремительное развитие эндоскопических технологий. В настоящее время практически любая классическая оперативная техника имеет свой менее инвазивный, менее опасный и более удобный эндоскопический аналог. Это утверждение будет абсолютно справедливым и в отношении современной урологии.

Ярким примером тому стал состоявшийся в июне этого года конгресс Ассоциации урологов Украины, на котором эндоскопическим техникам была посвящена целая секция. Следует также упомянуть еще об одном интересном мероприятии, прошедшем 24 октября в Киеве. Речь идет об интерактивной видеолекции на тему «Инновации в лечении мочекаменной болезни», собравшей в зале киевской аудитории десятки столичных специалистов, а перед экранами в студиях других городов – сотни практикующих врачей из многих областей Украины: Одесской (модератор профессор Ф.И. Костев), Днепропетровской (модератор профессор В.П. Стусь, г. Днепр, и И.Б. Белый, г. Кривой Рог), Запорожской (модератор профессор А.А. Люлько), Львовской (модератор профессор Ю.Б. Борис), Винницкой (модератор Л.И. Лонский), Закарпатской (модератор А.А. Бучок), Тернопольской (модератор доцент В.В. Твердохлеб), а также зрителей из других стран, имевших возможность следить за ходом мероприятия в режиме онлайн. В качестве модераторов мероприятия в киевской студии выступили заведующий отделом мочекаменной болезни ГУ «Институт урологии НАМН Украины», профессор, доктор медицинских наук Василий Васильевич Черненко и заместитель директора по научной работе ГУ «Институт урологии НАМН Украины», профессор, доктор медицинских наук Александр Владиславович Шуляк.



Хедлайнером мероприятия выступил ведущий специалист в области эндоскопической урологии, президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, профессор кафедры эндоскопической урологии Российской медицинской академии последипломного образования, заведующий отделением урологии городской клинической больницы им. Д.Д. Плетнева г. Москвы, профессор, доктор медицинских наук Алексей Георгиевич Мартов.

Общими тенденциями современной эндоскопической хирургии мочекаменной болезни (МКБ) являются: снижение травматичности, постоянное совершенствование оборудования, миниатюризация инструментов, совершенствование методик, многофакторность воздействия, расширение показаний, проведение комбинированных (сочетанных) операций, операций «стационара одного дня», внедрение методик в детскую практику. За последние 30–40 лет существенно изменилась врачебная стратегия в лечении камней. Так, сегодня мы можем констатировать, что большинство оперативных вмешательств по поводу МКБ производится эндоскопически (чаще всего это трансуретральная или перкутанная литотрипсия) (табл.1).

Каковы же основные современные инновации в трансуретральном эндоскопическом лечении МКБ? Во-первых, это внедрение в широкую клиническую практику эндоскопов и видеоэндоскопов новой генерации. Во-вторых, это широкое применение лазеров для литотрипсии. Также сегодня мы отмечаем появление на профессиональном медицинском рынке усовершенствованных экстракторов, мочеточниковых кожухов. Активно развиваются такие направления, как фиброоптическая пиелокаликотомия и робототехника. Если последняя инновация пока не является широкодоступной,



то современная ригидная уретропиелоскопия – метод, которым широко пользуются большинство ведущих урологов начиная с 80-х годов прошлого века. Однако и в этой, казалось бы, рутинной методике есть место инновациям. Так, сегодня мы получаем возможность работать с ригидными фиброоптическими минископами, имеющими наружный размер 6–9 Fr, размер инструментального канала 3–5 Fr, обладающими двумя каналами и подвижностью окуляра, атравматичностью дистального конца, телескопическим дизайном рабочей части и др. Важно отметить, что новое поколение ригидных уретропиелоскопов имеет центральное расположение рабочего канала, в отличие от более ранних образцов, в которых рабочий канал был расположен дистальнее центральной оси.

Кроме того, современные эндоскопы имеют улучшенные фиброоптические характеристики, развитие цифровых технологий позволяет сегодня использовать в работе современные видеоэндоскопы с отличным качеством видео. Среди важных современных «доработок» стоит также отметить наличие керамической вставки в рабочем канале эндоскопа, позволяющей избежать повреждения в результате воздействия лазера. Эндоскопы прошлых поколений не выдерживали лазерного воздействия энергией в 0,8 Дж, а современные инструменты с керамической вкладкой устойчивы к нагрузке до 4 Дж. Новое поколение гибких уретропиелоскопов (например, «Кобра») имеют по 2 рабочих канала диаметром 3,3 Fr.

Если говорить о личном опыте, то одной из новинок, которую мы внедрили в нашу клиническую практику, является технология видеофиброуретероскопии с Ho-YAG-уретеролитотрипсией. Данная технология высокоэффективна, многофункциональна и удобна в применении. Гибкие зонды диаметром от 200 мкм позволяют осуществлять как контактное, так и бесконтактное дробление без значительной миграции камней. Нами также в последнее время широко используется т.н. Tm-fiber-лазер, который генерирует «квазиимпульс», имеет волокна толщиной 200–400 мкм, что позволяет осуществлять как фрагментацию, так и «dusting» (дословно – распыление) конкрементов. Tm-fiber-лазер не создает пропульсии, что также является крайне важной характеристикой.

Очень интересно наблюдать за современными инновациями в области усовершенствования экстракторов и ловушек для камней. Современные экстракторы и ло-

вушки гибкие, атравматичные, эффективные и безопасные. Они имеют прочную нитиноловую основу и диаметр всего 1,5–2,5 Fr.

Стремительными темпами развивается сегодня трансуретральная хирургия камней почки (пиелокаликотомия-трипсия). Широкое внедрение этих методик стало возможным только после появления качественных оптических инструментов и гибких зондов, экстракторов, ловушек. В своих публикациях всемирно известные ведущие оперирующие урологи отмечают высокую эффективность трансуретральной фибропиелокаликотомии. В таблице 2 представлены сводные результаты внедрения указанной методики в практику. Важно отметить, что полученные в нашей клинике результаты отличаются высоким уровнем достоверности, что обеспечивает дальнейшую жизнь методики в нашей практике.

Разумеется, как и у любого метода, у трансуретральной фибропиелокаликотомии имеются определенные ограничения. К таковым можно отнести особенности анатомического строения чашечно-лоханочной системы (острый чашечно-лоханочный угол, большая длина и малая ширина шейки) и большие размеры конкремента. В случаях прогнозируемой неудачи при трансуретральной фибропиелокаликотомии мы прибегаем к перкутанной методике.

Основными инновациями в перкутанном эндоскопическом лечении МКБ являются: 3D-моделирование перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), внедрение новых методик пункционного доступа, модификация инструментария, развитие мини-перкутанной хирургии МКБ + внедрение современных лазеров, широкое использование бездренажной ПНЛ, ПНЛ в положении больного лежа на спине, совершенствование методов комбинированной внутривисцеральной хирургии.

Модификация инструментария для ПНЛ особенно интересна. Так, сегодня разработаны нефроскопы для ПНЛ без экстракции, комбинированные литотрипторы. Широко внедряется в клиническую практику лазерная нефролитотрипсия. Отмечается уменьшение размеров нефроскопов, усовершенствование конструкции экстракторов. Активно развивается робототехника в ПНЛ. Из применяемых в нашей клинике инноваций стоит также упомянуть использование комбинированного литотриптора Shockpulse SE (ультразвук (УЗ) + ударная волна). Следуя в ногу со временем, мы все чаще используем инструменты для мини-ПНЛ-доступа, диаметр которых составляет 22–14 Fr. Есть в нашем арсенале и ультрамини-ПНЛ (13–9 Fr), и микро-ПНЛ (8–4,85 Fr) инструменты.

Делясь опытом, хотелось бы рассказать о проблемах моновариантной мини-ПНЛ, которые возникают при лечении МКБ с крупными камнями. Определенные сложности создает очень маленький размер инструментов и, соответственно, миниатюрность доступа. По этим причинам зачастую увеличивается длительность литотрипсии (да и самой операции), а УЗ-литотрипсия и вовсе становится невозможной. Мы также сталкиваемся с ограничениями литоэкстракции, эндовизуализации ча-

Таблица 3. Преимущества и недостатки мини-ПНЛ vs стандартная ПНЛ (R. Clayman и соавт., 2007)		
Преимущество	Идентичность	Недостатки
Травма паренхимы минимальна	Количество койко-дней	Эндовизуализация снижена за счет мини-размера
	Время операции	Камни >2 см удалить невозможно/сложно
	Наркоз	Меньше доля SFR

шечно-лоханочной системы, форсированной ирригацией. Плюсы и минусы мини- и стандартной ПНЛ в целом отражены в таблице 3.

Мини-ПНЛ также имеет ограничения в использовании при коралловидной форме камней. N. Zhong и соавт. (2007) отмечают, что при таких камнях и одноэтапной операции SFR («stone free rate» – состояния, свободные от камней) составляет не более 39,1%. Что касается ультра-мини-ПНЛ, то у нас имеется собственный опыт. Мы наблюдали 60 пациентов в возрасте от 20 до 68 лет, имеющих размер камня <2,5 см. Диаметр доступа составил 12 Fr. Время операции (в среднем) – 65,4 мин, геморрагических осложнений не было. SFR при 1-этапной ПНЛ составил 80% (48 больных). Мы считаем этот результат хорошим, что лишний

Таблица 2. Результаты трансуретральной фибропиелокаликотомии		
Авторы	Количество пациентов, чел.	Частота отсутствия камней после лечения, %
Breda и соавт.	51	85,1
Cocuzza и соавт.	44	93,1
Kruck и соавт.	108	77
Pap и соавт.	56	71
Resorlu и соавт.	46	87
А.Г. Мартов и др.	43	89

Таблица 1. Изменение стратегии в лечении МКБ					
Вид лечения	1970	1980	1990	2000	2010
Дистанционная литотрипсия, %	0	70	75	60	30
Трансуретральная или перкутанная литотрипсия, %	0	5	15	35	60
Лапароскопия и ретроперитонеоскопия, %	0	0	<1	5	10
Открытая операция, %	100	25	10	<1	<1

Продолжение на стр. 4.

Продолжение. Начало на стр. 3.

раз подтверждает необходимость дифференцированного подхода к выбору инструментов для ПНЛ. Малый диаметр фиброскопа — не всегда преимущество, и об этом нельзя забывать, даже если очень хочется испытать новинку на практике.

Сегодня все большую популярность приобретает бездренажная техника ПНЛ. Основные особенности данного метода:

- без нефростомы, но на стенке или катетере;
- полностью бездренажная система;
- эффективность до 93%;
- более высокие показатели обструктивных послеоперационных осложнений.

Показаниями к применению бездренажной ПНЛ являются:

- уверенность в полном удалении камней;
- отсутствие выраженного кровотечения;
- отсутствие перфорации чашечно-лоханочной системы;
- использование одиночного доступа.

Еще одной инновацией является выполнение ПНЛ в положении больного лежа на спине. Впервые о возможности выполнения ПНЛ у пациентов в таком положении сообщил испанский уролог G. Valdivia-Uria в 1987 году. Метод считается спорным, многие хирурги наотрез отказываются внедрять его в свою практику. Однако мы в нашей клинике имеем довольно успешный опыт его внедрения. Так, мы наблюдали 46 больных в возрасте 19-67 лет, размеры камней у пациентов составляли от 1,5 до 7 см. Коралловидные камни определялись в 28% случаев. Всем пациентам была произведена ПНЛ в положении лежа на спине. Среднее время операции составило 63 мин, SFR — 76,1%, частота дополнительных вмешательств — 19,6%, средние сроки дренирования почки — 7 сут. Послеоперационный койко-день равнялся 10, наиболее частыми осложнениями были кровотечение (8,7%), обострение пиелонефрита (21%).

На основании этого опыта мы сформулировали следующие преимущества ПНЛ в положении больного лежа на спине:

- снижается частота кардиоциркуляторных и дыхательных расстройств;
- фрагменты камней легче вымываются по кожуру Amplatz или тубусу нефроскопа;
- хирург может оперировать сидя;
- имеется безопасный доступ к передним чашечкам почки;
- уменьшается опасность повреждения кишки (хотя данное утверждение достаточно спорно);

• возможна комбинация ante- и ретроградного доступа к верхним мочевым путям.

Именно последний тезис я считаю наиболее важным. Подход к ПНЛ в положении больного лежа на спине должен быть максимально взвешенным, поскольку данная техника имеет ряд недостатков, среди которых: более выраженная подвижность почки; затрудненный доступ к задним чашечкам; ограничение в создании нескольких доступов; сложность и опасность дилатации доступа; ограничение движений ригидным нефроскопом; необходимость в фибронефроскопии; ограничение осмотра всей чашечно-лоханочной системы; большая длительность операции. Впрочем, справедливости ради следует отметить, что длительность операции зависит от мастерства и опыта хирурга. Результаты операций ПНЛ на спине, опубликованные в научной литературе, приведены в таблице 4.

Сегодня бытует мнение, что новым стандартом для ПНЛ является эндоскопическая комбинированная внутрипочечная хирургия МКБ. У нас также имеются свое мнение и свой опыт. Сочетанная ПНЛ + уретерореноскопия (УРС) проводилась нами неоднократно, в исследование попали

Таблица 4. Результаты проведения у пациентов ПНЛ в положении лежа на спине: мировой опыт

Авторы	Эффективность, %	Время операции, мин
G. Valdivia-Uria	93	15-240
A. Shoma	89	—
M. De Sio	88,7	25-120
D. Steele	91	15-300
T. Manohar	95	20-250
E. Neto	70,5	60-300
X. Zhou	69,6	45-350
A. Rana	84	45-110
А.Г. Мартов	76,1	32-105

50 больных с МКБ. У 37 из них была выполнена ПНЛ, у 13 — мини-ПНЛ. Возраст больных составил 53±10,7 года. Размеры камней — 2,5-7 см. У 64% больных имелись камни как в почках, так и в мочеточнике, у 54% камни были коралловидной формы, у 16% пациентов наблюдалась стриктура лоханочно-мочеточниковой системы. 22% пациентов



были с нефростомой, 54% — имели рецидивные камни. ПНЛ + УРС была произведена всем пациентам, из них у 82% — через нижнюю чашечку, у 16% — через среднюю, у 2% — через верхнюю. Необходимость фиброскопии возникла у 32% больных при ПНЛ и у 38% — при УРС. Среднее время операции составило 67 мин. 84% больных были полностью освобождены от камней. Дополнительные вмешательства потребовались 16% пациентов. У 4% больных возникло послеоперационное осложнение в виде кровотечения, у 12% — в виде обострения пиелонефрита. Эти результаты мы считаем хорошими, они существенно не отличаются от тех, что опубликованы в современной медицинской литературе.

Говоря об оперативных техниках, важно не забывать, что МКБ — это комплексная проблема, к решению которой необходим разносторонний подход. Даже очень успешно выполненная операция не может решить всех проблем. Так, удалять резидуальные фрагменты после перкутанной и трансуретральной эндохирургии, дистанционной литотрипсии необходимо с помощью медикаментозной терапии. Для решения этой задачи в нашей клинике уже много лет успешно применяется препарат Канефрон Н® («Бионорика», Германия). Канефрон Н® обеспечивает целый комплекс эффектов, среди которых: антимикробный, противовоспалительный, диуретический, спазмолитический, противорецидивный. Отхождение резидуальных камней на фоне приема препарата Канефрон Н® происходит быстрее: в течение 5 сут у 73% больных (для сравнения, без Канефрона — только у 33% пациентов). Кроме того, Канефрон Н® способствует достижению более длительной ремиссии, усиливает выведение солей мочевой кислоты и препятствует выпадению кристаллов.



После завершения лекции участники конференции смогли задать профессору А.Г. Мартову интересные вопросы. Особую активность проявили присутствующие в областных студиях, в столичном зале помогали отвечать на многочисленные вопросы модераторы мероприятия — профессора А.В. Шуляк и В.В. Черненко. Вот несколько наиболее интересных вопросов, на которые отвечал профессор А.Г. Мартов.

С какими осложнениями при использовании мочеточниковых кожухов Вы сталкивались?

— Несмотря на то что наша клиника очень давно практикует эндоскопические техники, в нашей практике не встречалось осложнений при использовании мочеточниковых кожухов. Хотя определенные поражения слизистых оболочек, не имеющие клинических последствий, мы, безусловно, отмечали. Осложнения могут возникнуть при узком мочеточнике, однако в этой ситуации мы устанавливаем стент, а через несколько дней (после того как мочеточник теряет свой первоначальный тонус) использование кожуха становится безопасным.

Насколько широко у Вас применяется электрогидравлическая цистолитотрипсия и уретеролитотрипсия? Какие при этом ирригационные растворы Вы используете?

— На самом деле гидравлический литотриптор мы сегодня применяем крайне редко. Преимущественно используем импульсный. Однако от применяемой методики не зависит выбор раствора. Как и 30 лет назад, во времена гидравлических литотрипторов, мы используем только физиологический раствор и 5% раствор глюкозы.

Какие методы медикаментозной терапии для отхождения камней Вы используете чаще всего? Как

относитесь к α-блокаторам? Считаете ли Вы их клинически ценными?

— Мы используем весь арсенал современных медикаментов. Например, мы часто используем препарат Канефрон Н®. Что касается α-блокаторов, то мы можем подтвердить, что клинический эффект они оказывают, хотя, безусловно, не все. Тут также необходим дифференцированный подход.

Возможно ли выполнение одномоментно аденомэктомии и дивертикулэктомии лапароскопически? Или необходимо проводить операцию в 2 этапа? Возникали ли у Вас подобные ситуации?

— Я бы даже рекомендовал делать это одномоментно. В нашей клинике мы довольно часто выполняем трансуретральную аденомэктомию и лапароскопическое удаление дивертикула. Имеем хорошие результаты.

В современной литературе имеется много данных о сопровождающем МКБ перинуклеите (склерозирующем процессе), периуретрите, что во многих случаях является независимым фактором задержки мочи. Возможно, этим и объясняется такое большое количество случаев рецидивов камней, особенно коралловидных, односторонних? Как меняется Ваша тактика после перкутанной литотрипсии с учетом понимания того, что остается перипроцесс?

— Моя точка зрения несколько иная. Перипроцесс зачастую провоцируется именно камнями, особенно коралловидными, травматичными, крупными. Повторные операции вызывают дополнительное склерозирование тканей, стриктуры, поэтому бесконечные операции опаснее, чем сами конкременты. Мы стараемся достигать высокого процента SFR, у пациентов со стриктурами или выраженным перипроцессом производим мониторинг состояния после операции (через 1, 3, 6 мес) с помощью МРТ-визуализации.

Всегда ли проводится литотрипсия конкрементов, которые находятся в верхней и нижней чашках и никак не проявляются клинически?

— Нужно детально изучить анамнез. Отсутствие симптомов на момент осмотра не означает, что пациент не испытывал болезненных ощущений или даже эпизодов почечной колики в прошлом. Если удастся узнать о таких ситуациях в прошлом, следует констатировать подвижность камня. Мы рекомендуем в таких случаях его удалять. При отсутствии симптомов в прошлом и настоящем операция показана только представителям социально значимых профессий: летчикам, шахтерам, морякам.

Какие растворы Вы используете в своей практике для перкутанной ирригации?

— Самым безопасным является физиологический раствор. Гиперосмолярный опасен развитием гипергидратации.

Как часто в Вашей практике встречаются резидуальные камни?

— Встречаются, и достаточно часто. Об отсутствии резидуальных камней в своей практике говорят обычно те, кто мало оперирует. Мы в нашей клинике оперируем много, результаты работы, как правило, публикуем в медицинских журналах. Не скрываем статистики как успехов, так и редких неудач.

Подводя итоги работы симпозиума, можно уверенно говорить о его несомненной полезности и актуальности. Представители отечественной медицины смогли не только познакомиться с инновациями в эндоскопической урологии, но и получить их независимую клиническую оценку. Несомненным преимуществом мероприятия было живое, заинтересованное общение с авторитетными специалистами, в частности, возможность задать много вопросов профессору А.Г. Мартову. Его обстоятельные ответы отражали не только субъективную оценку, но и реальный клинический опыт, что в полной мере соотносится с основным принципом доказательной медицины.

Подготовила Александра Меркулова