

Р. К. Избасаров¹, Е. Р. Жиенбаев¹, П. Ж. Жоламан², К. Т. Бейсенов¹, Р. А. Жанкина¹,
Е. А. Шарапатов^{1*}

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА

¹Кафедра урологии и андрологии НАО «Медицинский университет Астана» (010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49а; e-mail: mail@amu.kz)

²Городская многопрофильная больница №2 (010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Т. Рыскулова, 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

***Ержан Акділдаұлы Шарапатов** – Кафедра урологии и андрологии НАО «Медицинский университет Астана»; 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49а; e-mail: erzhan.uro@gmail.com

В последние годы наблюдается увеличение числа пациентов с мочекаменной болезнью, что связано с изменениями в образе жизни и питании. Клинический случай 60-летнего пациента с двусторонними камнями мочеточников на фоне хронического калькулезного пиелонефрита и сопутствующих заболеваний демонстрирует эффективный подход к лечению этой проблемы. В 2024 г. в урологическом отделении ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» была проведена симультанная операция: мини-перкутанная нефролитотрипсия слева и уретероскопия справа с применением лазерной литотрипсии.

Операция длилась 130 мин, и, несмотря на наличие двусторонних камней, кровопотеря составила всего около 50 мл. Осложнений не наблюдалось, что по классификации Клавье-Диндо соответствует уровню 0. Пациент был выписан на 6 сут после вмешательства, что свидетельствует о высокой эффективности и безопасности проведенной операции.

Обзор литературы показал, что симультанные вмешательства позволяют значительно снизить общую стоимость лечения, уменьшают количество анестезий и время госпитализации, что также важно для пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями. Такой подход не только минимизирует операционные риски, но и повышает удовлетворенность пациентов, так как они могут быстрее вернуться к привычной жизни.

Данный клинический случай подчеркивает, что симультанная мини-перкутанная нефролитотрипсия и уретероскопия являются безопасным и экономически оправданным методом лечения двусторонней мочекаменной болезни у пожилых пациентов. Это решение позволяет эффективно справляться с заболеванием, улучшая качество жизни пациентов и снижая нагрузку на медицинские учреждения.

Ключевые слова: двусторонняя мочекаменная болезнь; симультанные операции; перкутанная нефролитотрипсия; уретероскопия; лазерная литотрипсия

ВВЕДЕНИЕ

Мочекаменная болезнь (МКБ) представляет собой широко распространенное заболевание, которое становится причиной значительного количества обращений в медицинские учреждения [1]. В настоящее время МКБ является одной из наиболее серьезных проблем в области здравоохранения из-за увеличения ее распространенности, которое составляет в среднем 2,4% в год [2, 3]. С возрастом риск образования камней возрастает вследствие метаболических нарушений, сниженной почечной функции и частых сопутствующих патологий (гипертония, сахарный диабет).

У лиц старше 60 лет камни формируются чаще, а примерно у 20-30% – билатерально. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность МКБ в возрастной

группе старше 60 лет достигает 12-15%, а риск рецидива в течение 5 лет – до 50% [4].

Традиционно двусторонние конкременты удаляются поэтапно, что увеличивает общее время лечения и количество анестезий. Развитие эндоурологических методик (перкутанная нефролитотрипсия (мини-ПНЛТ) и уретероскопия (УРС), лазерная литотрипсия) позволило рассматривать симультанные (одномоментные) вмешательства как альтернативу этапному лечению. Особенно перспективны такие операции у пожилых пациентов, в этом случае снижение числа наркозов и суммарного пребывания в стационаре благоприятно сказывается на конечных исходах [5].

Тем не менее, вопросы безопасности симультанных вмешательств у пожилых пациентов с тяжелой коморбидностью, критерии их отбора,

выбор оптимальных комбинаций эндоурологических методов и влияние одновременной тактики на долгосрочные результаты лечения остаются дискуссионными [6].

Представляем случай симультанной операции мини-ПНЛТ и УРС у пациента с двусторонней мочекаменной болезнью, основанный на собственном клиническом опыте.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент Х., 60 лет, в ноябре 2024 г. поступил в плановом порядке в урологическое отделение ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» с жалобами на умеренные боли тупого характера в поясничной области с обеих сторон, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Со слов пациента, вышеуказанные жалобы беспокоят около года. Учитывая отсутствие улучшения, обследован амбулаторно в полном объеме: группа крови О (I) первая (Rh+) положительная. Общий анализ крови (04.11.2024 г.): лейкоциты – $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$, гематокрит – 47,1%, тромбоциты – $194 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,32 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 152 г/л. Общий анализ мочи (04.11.2024 г.): цвет – соломенно-желтый, прозрачность – слабо мутная, эритроциты неизменные – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 25-28 в поле зрения, реакция – кислая, количество – 20 мл, относительная плотность – 1015. Биохимический анализ крови (04.11.2024 г.): креатинин – 97,1 мкмоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, белок общий – 81,4, аланинаминотрансфераза – 28,50, прямой билирубин – 1,2, общий билирубин – 11,1, аспартатаминотрансфераза – 21,2, лактатдегидрогеназа – 280,6, холестерин – 4,46. Глюкоза – 5,9. Иммунологический анализ (04.11.2024 г.): гепатит В (HBs-антиген) – отрицательно, гепатит С (IgG и IgM) – отрицательно. Коагулограмма (04.11.2024 г.): тромбиновое время 12,1 с, фибриноген в плазме крови на анализаторе – 3,3 г/л, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) в плазме крови на анализаторе – 30,2 с, протромбиновое время – 12,1 с, международное нормализованное отношение – 1,08, протромбиновый индекс – 94,0%. Микрореакция (04.11.2024 г.): отрицательно. Анализ кала на яйца-гельминтов (04.11.2024 г.): отрицательно.

Инструментальные данные. Рентгенография грудной клетки (01.11.2024 г.): изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено. Электрокардиография (01.11.2024 г.): синусовый ритм, частота сердечных сокращений – 68 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства (08.11.2024 г.): КТ-картина конкремента устья правого мочеточника, размеры – 4,7 x 2,8 x 3,2 мм, плотность – 780 НУ (рис. 1). Конкремент верхней

трети левого мочеточника, размеры – 7,2 x 5,3 x 10,0 мм, плотность – 1 264 НУ (рис. 2). Каликопиелоуретерозктазия с обеих сторон. Умеренная уретерозктазия справа. Состояние после стентирования левого мочеточника. Инфильтрация паранефральной клетчатки с обеих сторон. Гепатоз печени. Хронический холецистит. Хронический панкреатит. Умеренная гиперплазия предстательной железы. Атеросклеротические изменения брюшного отдела аорты. Дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника. Спондилолиз задних дужек L5 позвонка.

Выявлены показания к проведению оперативного лечения МКБ.

08.11.2024 г. было проведено оперативное лечение в объеме: Трансуретральная уретероскопия справа. Литоэкстракция камня нижней трети правого мочеточника. Катетеризация правого мочеточника. Мини-перкутанная нефролитотомия слева. Контактная лазерная литотрипсия камня левой почки. Нефролитоэкстракция слева. Стентирование левого мочеточника. Нефростомия слева под эндотрахеальным наркозом (ЭТН).

Протокол операции. Проведен тайм-аут. Под ЭТН положении больного для промежуточных операции, на «гинекологическом кресле» операционное поле обработано повидоном. Под контролем зрения в мочевого пузыря введен уретероскоп. Слизистая мочевого пузыря бледно-розового цвета, сосудистый рисунок выражен умеренно. Устья мочеточников точечной формы, расположены типично на 5 и 7 часах условного циферблата. В устье правого мочеточника введен уретероскоп, на уровне нижней трети – конкремент размером 4,7 x 2,8 x 3,2 мм. Конкремент удален с помощью щипцов. Установлен мочеточниковый катетер RUSCH №6 по Шарьеру. В левый мочеточник проведен мочеточниковый катетер №6 по шкале Шарьера. Конкремент верхней трети левого мочеточника дислоцирован в лоханку. Уретероскоп извлечен. В полость мочевого пузыря установлен уретральный катетер №18Ch. Положение больного на животе, операционное поле обработано повидоном. Под рентген-контролем в нижнюю чашечку левой почки проведена пункционная игла с техническими трудностями через которую в чашечно-лоханочная система введен гибкий проводник – гидрофильная струна. В последующем по нему поочередно проведены бужи набора «Amplatz» до 16Ch. Нефроскоп установлен в нижнюю чашечку, далее проведен к лоханке, при осмотре определяется камень лоханочно-мочеточникового сегмента размером до 7,2 x 5,3 x 10,0 мм. Осуществлена контактная литотрипсия лазерным литотриптором, полная нефролитоэкстракция эндоскопическими щипцами. Фрагменты конкремента удалены. Антеградно в полость мочевого пузыря проведен



Рисунок 1 – КТ-картина конкремента устья правого мочеточника, размеры – 4,7 x 2,8 x 3,2 мм, плотность – 780 HU

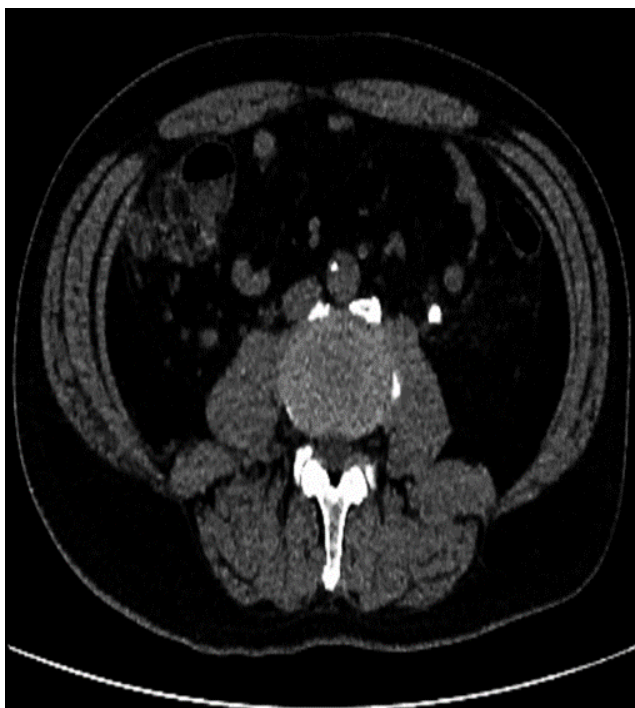


Рисунок 2 – КТ-картина конкремента верхней трети левого мочеточника, размеры – 7,2 x 5,3x10,0 мм, плотность – 1 126 HU

гайд-проводник, мочеточниковый катетер был удален, по проводнику установлен стент-катетер Rüsch №6 по Шарьеру. Нефроскоп удален. Установлена нефростома №14. Два узловых шва на рану. Асептическая повязка на рану. Время операции составило 130 мин (мини-ПНЛТ – 70 мин, УРС – 60 мин). Объем кровопотери: около 50 мл. Переливание крови

не потребовалось. Перевод пациента со спины на живот (для мини-ПНЛТ) выполнен без осложнений.

Состояние пациента после операции. 09.11.2024 г. уретральный и мочеточниковый катетер справа были удалены на 1 сут после оперативного лечения. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено. Отсутствие серьез-

ных осложнений по шкале Clavien-Dindo (0). Ранняя активизация: самостоятельное мочеиспускание на 1 сут, выписка на 6 сут. Контрольная КТ от 09.11.2024 г. подтвердила полное удаление конкрементов (рис. 3).

Состояние на момент выписки. Пациент выписан 13.11.2024 г. Общее состояние пациента оценивается как удовлетворительное. Температура тела – 36,0 °С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовой окраски, умеренной влажности. Дыхание самостоятельное. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания одинаково. Частота дыхательных движений – 19 ударов в 1 минуту. Аускультативно: в легких по всем полям выслушивается везикулярное дыхание, патологических хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 74 удара в 1 минуту, артериальное давление в положении сидя – 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех его отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется, безболезненный. Периферических отеков нет. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Диурез достаточен, адекватен. На фоне лечения состояние с положительной динамикой. Пациент выписан домой, под наблюдение уролога амбулаторно по месту жительства.

Представленное клиническое наблюдение сообщает о результатах одноэтапной УРС и мини-ПНЛ. Европейское руководство по уро-

логии рекомендует УРС в качестве стандартного хирургического метода при камнях мочеточника ≥ 1 см, а ПНЛ – для лечения почечных камней ≥ 2 см и камней нижнего полюса ≥ 1 см с неблагоприятным исходом анатомии для УВЛ, а также при особых показаниях, когда УВЛ или медикаментозное лечение не дают результата [7].

Традиционно УРС и ПНЛ проводились поэтапно, что приводит к двойной госпитализации, вызывая у пациентов дополнительный психологический стресс и увеличивая финансовые затраты. Наилучшим вариантом является выполнение обеих процедур в рамках одного сеанса для правильно отобранных пациентов, что позволяет провести единственный курс анестезии и сократить количество госпитализаций [8].

В исследовании Atwa et al. были проанализированы данные 190 пациентов со средним возрастом 50 ± 13 лет, из которых 146 (77%) были мужчинами. В группу одноэтапной операции вошли 102 пациента, в группу поэтапной – 88. Группа одноэтапной операции показала более короткое время проведения (120 ± 12 мин против 140 ± 16 мин; $p=0,02$) и более короткое пребывание в больнице (3 дня (2-6) против 4 дней (3-9); $p=0,06$), при этом обе группы продемонстрировали сопоставимые результаты по показателям успешности и осложнениям [9].

В ретроспективном исследовании Watson et al., проведенном в университетской больнице Эмори за 9 лет, было выполнено 1 575 уретероскопических процедур, из которых 95 (6,0%) были двусторонними и составили группу исследования. В большинстве случаев двусторонние процедуры проводились по поводу МКБ, с показателями отсутствия камней 86% во время операции и 64% на сроке более одного месяца после. Операция не привела к острой послеоперационной азотемии, а осложнения наблюдались у 9,7% пациентов [10].

Yang et al. сравнили безопасность и эффективность одновременной двусторонней операции и поэтапной хирургии у 46 пациентов с двусторонними почечными камнями. Одновременная группа показала лучшие результаты по времени операции, анестезии, уровню боли и времени госпитализации. При этом послеоперационные показатели, такие как падение гемоглобина, осложнения и эффективность удаления камней, были сопоставимы в обеих группах. Оба подхода оказались безопасными и эффективными [11].

В работе Darabi et al., была проведена проспективная оценка исходов, осложнений и последствий одновременной двусторонней ПНЛТ у 39 пациентов с двусторонними почечными камнями. Основными осложнениями стали кровотечение (41%), остаточные камни (20,5%) и лихорадка (20,5%). Результаты показали, что одновременная двусторонняя ПНЛТ не связана с более высокой заболеваемостью по сравнению с односторонним методом [12].

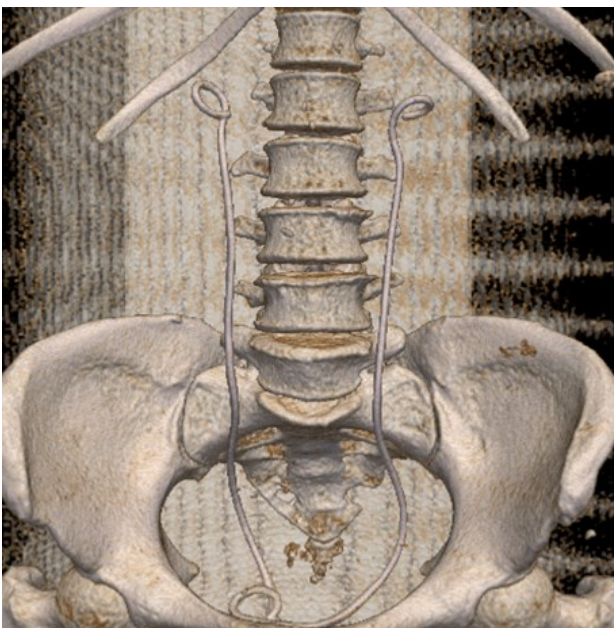


Рисунок 3 – КТ картина после операции

Таким образом, представленный клинический случай подтверждает эффективность и безопасность симультанных операций при двустороннем уретеролитиазе у пожилых. За одну анестезию устранены оба конкремента, пациент успешно выписан на 6 сут без серьезных осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Симультанный метод (мини-ПНЛТ + УРС) демонстрирует высокие показатели удаления камней, превышающие 85%, без увеличения осложнений у пожилых пациентов.
2. Одномоментная операция способствует избеганию повторной госпитализации и двукратной анестезии, что снижает риски кардиопульмональных осложнений примерно на 40%.
3. Использование мини-перкутанных доступов в сочетании с лазерной литотрипсией уменьшает травматичность и сроки реабилитации.
4. Коррекция сопутствующих заболеваний и санация мочевых путей перед вмешательством являются обязательными.
5. Экономическая выгода проявляется в снижении общей стоимости лечения на 25-35% по сравнению с этапным подходом.

Вклад авторов:

Р. К. Избасаров, Е. Р. Жиенбаев, К. Т. Бейсенов – вклад в концепцию.
Е. Р. Жиенбаев, Р. А. Жанкина, Е. А. Шарапатов – научный дизайн.
Р. К. Избасаров, Е. Р. Жиенбаев, П. Ж. Жоламан, К. Т. Бейсенов – осуществление заявленных исследований.
Р. А. Жанкина, Е. А. Шарапатов – интерпретация заявленных исследований.
Р. К. Избасаров, Е. А. Шарапатов – создание статьи.

Конфликт интересов:

Конфликт интересов не заявлен.

Прозрачность исследования:

Авторы утверждают, что полностью отвечают за содержание статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thakore P., Liang T.H. Urolithiasis. *StatPearls*; 2023.
2. Stamatelou K., Goldfarb D.S. Epidemiology of Kidney Stones. *Healthcare* (Basel, Switzerland). 2023; 11 (3): 424.
3. Lang J., Narendrula A., El-Zawahry A., Sindhwani P., Ekwenna O. Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease Study Data. *Eur. Urol. Open. Sci.* 2022; 35: 37-46.
4. Chang C.W., Ke H.L., Lee J.I. Metabolic Syndrome Increases the Risk of Kidney Stone Dis-

ease: A Cross-Sectional and Longitudinal Cohort Study. *J. Pers. Med.* 2021; 11: 1154.

5. Rudenko V.I., Semenyakin I.V., Malkhasyan V.A., Gadzhiev N.K. Urolithiasis. *Urologiya*. 2017; 2: 30-63.

6. Demirkol M.K., Tarhan F., Hamarat M.B., Kafkaslı A. Evaluation of preoperative anxiety level of urological surgery patients and the effects of surgical informing. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2019; 30 (4). <https://doi.org/10.14744/scie.2019.60783>

7. Sanguedolce F., Bozzini G., Chew B., Kallidonis P., de la Rosette J. The Evolving Role of Retrograde Intrarenal Surgery in the Treatment of Urolithiasis. *Eur. Urol. Focus*. 2017; 3 (1): 46-55.

8. *EAU Guidelines on Urolithiasis*. Arnhem: European Association of Urology; 2024:121.

9. Gürsoy A., Candaş B., Güner Ş., Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of perianesthesia nursing*. 2016; 31 (6): 495-503.

10. Watson J.M., Chang C., Pattaras J.G., Ogan K. Same session bilateral ureteroscopy is safe and efficacious. *The Journal of urology*. 2011; 185 (1): 170-174.

11. Yang R., Liu M., Li W., Lin Y., Guo H., Wang Y., Chen R., Fu Q. Efficacy of simultaneous bilateral surgery using the oblique overriding position in the treatment of bilateral kidney stones. *Urolithiasis*. 2023; 52 (1): 1.

12. Darabi M.R., Soltani S., Rezayat A.A., Yousefi M., Kashefi M., Tavakkoli M., Mohammadi S. Clinical outcomes of the simultaneous bilateral percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in patients with kidney stones: A prospective cohort study. *Electronic physician*. 2018; 10 (2): 6377-6382.

ТРАНСЛИТЕРАЦИЯ

1. Thakore P., Liang T.H. Urolithiasis. *StatPearls*; 2023.
2. Stamatelou K., Goldfarb D.S. Epidemiology of Kidney Stones. *Healthcare* (Basel, Switzerland). 2023; 11 (3): 424.
3. Lang J., Narendrula A., El-Zawahry A., Sindhwani P., Ekwenna O. Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease Study Data. *Eur. Urol. Open. Sci.* 2022; 35: 37-46.
4. Chang C.W., Ke H.L., Lee J.I. Metabolic Syndrome Increases the Risk of Kidney Stone Disease: A Cross-Sectional and Longitudinal Cohort Study. *J. Pers. Med.* 2021; 11: 1154.
5. Rudenko V.I., Semenyakin I.V., Malkhasyan V.A., Gadzhiev N.K. Urolithiasis. *Urologiya*. 2017; 2: 30-63.
6. Demirkol M.K., Tarhan F., Hamarat M.B., Kafkaslı A. Evaluation of preoperative anxiety level of urological surgery patients and the effects of surgical informing. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2019; 30 (4). <https://doi.org/10.14744/scie.2019.60783>

7. Sanguedolce F., Bozzini G., Chew B., Kallidonis P., de la Rosette J. The Evolving Role of Retrograde Intrarenal Surgery in the Treatment of Urolithiasis. *Eur. Urol. Focus*. 2017; 3 (1): 46-55.

8. *EAU Guidelines on Urolithiasis*. Arnhem: European Association of Urology; 2024:121.

9. Gürsoy A., Candaş B., Güner Ş., Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of perianesthesia nursing*. 2016; 31 (6): 495-503.

10. Watson J.M., Chang C., Pattaras J.G., Ogan K. Same session bilateral ureteroscopy is safe and efficacious. *The Journal of urology*. 2011; 185 (1): 170-174.

11. Yang R., Liu M., Li W., Lin Y., Guo H., Wang Y., Chen R., Fu Q. Efficacy of simultaneous

bilateral surgery using the oblique overriding position in the treatment of bilateral kidney stones. *Urolithiasis*. 2023; 52 (1): 1.

12. Darabi M.R., Soltani S., Rezayat A.A., Yousefi M., Kashefi M., Tavakkoli M., Mohammadi S. Clinical outcomes of the simultaneous bilateral percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in patients with kidney stones: A prospective cohort study. *Electronic physician*. 2018; 10 (2): 6377-6382.

Поступила 12.03.2025

Направлена на доработку 18.04.2025

Принята 12.06.2024

Опубликована online 30.12.2025

R. K. Izbasarov¹, E. R. Zhienbaev¹, P. Zh. Zholaman², K. T. Beisenov¹, R. A. Zhankina¹, Ye. A. Sharapatov^{1*}

SIMULTANEOUS SURGERY FOR BILATERAL UROLITHIASIS IN AN ELDERLY PATIENT

¹Department of urology and andrology, Astana Medical University NC JSC (010000, Republic of Kazakhstan, Astana c., Beibitshilik str., 49a; e-mail: mail@amu.kz)

²City multidisciplinary hospital No. 2 (010000, Republic of Kazakhstan, Astana c., T. Ryskulova str., 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

***Yerzhan Sharapatov** – Department of urology and andrology, Astana Medical University NC JSC; 010000, Republic of Kazakhstan, Astana c., Beibitshilik str., 49a; e-mail: e-mail: erzhan.uro@gmail.com

In recent years, there has been an increase in the number of patients with urolithiasis, which is associated with changes in lifestyle and nutrition. A clinical case of a 60-year-old patient with bilateral ureteral stones against the background of chronic calculous pyelonephritis and concomitant diseases demonstrates an effective approach to treating this problem. In 2024, a simultaneous operation was performed in the urology department of the State Budgetary Institution on the Right of Economic Management «City Multidisciplinary Hospital No. 2»: mini-percutaneous nephrolithotripsy on the left and ureteroscopy on the right using laser lithotripsy. The operation lasted 130 minutes, and despite the presence of bilateral stones, blood loss was only about 50 ml. No complications were observed, which corresponds to level 0 according to the Clavien-Dindo classification. The patient was discharged on the 6th day after the intervention, which indicates high efficiency and safety of the performed surgery.

A review of the literature shows that simultaneous interventions such as mini-percutaneous nephrolithotripsy and ureteroscopy can significantly reduce the overall cost of treatment. They reduce the number of anesthesia and hospitalization time, which is also important for elderly patients with comorbidities. This approach not only minimizes surgical risks, but also increases patient satisfaction, as they can return to their normal life faster.

The clinical case emphasizes that simultaneous mini-percutaneous nephrolithotripsy and ureteroscopy are a safe and cost-effective method for treating bilateral urolithiasis in elderly patients. This solution allows for effective management of the disease, improving the quality of life of patients and reducing the burden on medical institutions.

Key words: bilateral urolithiasis; simultaneous operations; percutaneous nephrolithotripsy; ureteroscopy; laser lithotripsy

Р. К. Избасаров¹, Е. Р. Жиенбаев¹, П. Ж. Жоламан², К. Т. Бейсенов¹, Р. А. Жанкина¹,
Е. А. Шарапатов^{1*}

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА ЕКІ ЖАҚТЫ НЕСЕПТАС АУРУЫНДА БІР МЕЗГІЛДЕ ЖАСАЛАТЫН ОПЕРАЦИЯЛАР: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

¹«Астана медицина университеті» КеАҚ, урология және андрология кафедрасы (010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Бейбітшілік к-сі, 49а; e-mail: mail@amu.kz)

²№2 көпбейінді қалалық ауруханасы (010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Т. Рысқұлов к-сі, 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

***Ержан Ақділдаұлы Шарапатов** – «Астана медицина университеті» КеАҚ, урология және андрология кафедрасы; 010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Бейбітшілік к-сі, 49а; e-mail: erzhan.uro@gmail.com

Соңғы жылдары өмір салты мен тамақтанудың өзгеруіне байланысты несептас ауруы (НТА) бар науқастар санының артуы байқалады. Созылмалы калькулезді пиелонефрит және қатар жүретін аурулар фонында екі жақты несептағар тастары бар 60 жастағы науқастың клиникалық жағдайы бұл мәселені емдеудің тиімді әдісін көрсетеді. 2024 жылы «№ 2 қалалық көпсалалы аурухана» мемлекеттік бюджеттік шаруашылық жүргізу құқығындағы мекемесінің урология бөлімінде бір мезгілде операция жасалды: сол жаққа мини-перкутандық нефролитотрипсия (мини-ПНЛТ) және оң жаққа уретероскопия (УРС) оң жаққа. Операция 130 минутқа созылды, екі жақты тастардың болуына қарамастан, қан жоғалту шамамен 50 мл болды. Клавиен-Диндо классификациясы бойынша 0 деңгейге сәйкес келетін асқынулар болған жоқ. Науқас араласудан кейін 6-шы күні шығарылды, бұл жасалған операцияның жоғары тиімділігі мен қауіпсіздігін көрсетеді.

Әдебиеттерге шолу көрсеткендей, мини-ПНЛТ және УРС сияқты бір уақыттағы араласулар емдеудің жалпы құнын айтарлықтай төмендете алады. Олар анестезияның санын және ауруханаға жатқызу уақытын қысқартады, бұл қатар аурулары бар егде жастағы науқастар үшін де маңызды. Бұл әдіс хирургиялық тәуекелдерді азайтып қана қоймайды, сонымен қатар пациенттердің қанағаттануын арттырады, өйткені олар қалыпты өміріне тезірек оралады.

Бұл клиникалық жағдай бір мезгілде мини-ПНЛТ және УРС егде жастағы емделушілерде екі жақты НТА емдеудің қауіпсіз және үнемді әдісі екенін көрсетеді. Бұл шешім ауруды тиімді басқаруға, пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға және денсаулық сақтау мекемелеріне түсетін жүктемені азайтуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: екі жақты несептас ауруы; бір мезгілде жасалатын операциялар; тері арқылы нефролитотрипсия; уретероскопия, лазерлік литотрипсия