

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАМНЯМИ МОЧЕТОЧНИКА

З.Р. ШОДМОНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СИЙДИК НАЙИ ТОШЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

З.Р. ШОДМОНОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH URETERAL STONES

Z.R. SHODMONOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Сийдик найининг тошлари бу аксари, буйрак жомидан тушган тошлар ҳисобланади. Сийдик найида бирламчи тошлар пайдо бўлиши жуда кам учрайди. Уретеролитиазда сийдик пассажи билан бир қаторда буйракда микроциркуляциянинг ҳам кескин бузилиши аниқланган. Муаллиф томонидан текиштирилиб ўрганилган беморларда буйракдаги уродинамик ва гемодинамик ўзгаришларга кўра 3 гуруҳга бўлиниб, уларга медикаментоз, инструментал ва оператив даво чоралари ўтказилган. Обструктив пиелонефритда биринчи 24 соат давомида ўтказилган шошилинч уретеролитотомиянинг афзаллиги исботланган.

Калит сўзлар: Сийдик тош касаллиги, сийдик найи, операция.

Ureteral stones (ureterolithiasis) is a consequence of migration of the calculi from renal pelvis. Primary ureteral stones form rarely. As a result of a comprehensive survey the author revealed, that in ureterolithiasis not only urodynamic disorders, but there is still a severe disturbance of renal microcirculation on the affected side. The investigated patients were divided into 3 groups and depending on the degree of uro- and hemodynamic disturbances they have been provided conservative, instrumental or surgical treatment. The efficacy of urgent ureterolithotomy during first 24 hours in obstructive pyelonephritis have been proved.

Key words: Urolithiasis, ureter, operation.

Актуальность. Большая часть конкрементов мочеточников, с которыми сталкивается практическая урология - это сместившиеся из лоханок камни почек. Они могут иметь разнообразную форму и величину. Чаще в мочеточнике застревают одиночные конкременты, однако встречаются и множественные конкременты. Обычно конкремент задерживается в зонах физиологических сужений мочеточника – лоханочно-мочеточниковом сегменте, в области перекреста с подвздошными сосудами или пузырно-мочеточниковом сегменте. Для задержки в мочеточнике диаметр камня должен превышать 2 мм.

Как известно по литературным данным, в большинстве случаев почечная колика бывает обусловлена уретеролитиазом. Основным клиническим симптомом уретеролитиаза является почечная колика.

При почечной колике, обусловленной даже небольшим конкрементом, в лоханочно-мочеточниковом сегменте, когда почка при экскреторной урографии не выделяет рентгеноконтрастное вещество («немая почка»), путем катетеризации мочеточника не удаётся восстановить отток мочи. В этом случае показано срочное оперативное удаление конкремента, как малоинва-

зивными, так и традиционными способами. Альтернативу срочным хирургическим вмешательствам при камнях мочеточника создает извлечение их петлей и трансуретральное или экстракорпоральное дробление.

Анализируя результаты научных исследований, касающиеся изучения миграции камней по мочеточнику, W.A. Hubner (1993) и соавторы установили, что вероятность отхождения конкремента прямо пропорциональна удаленности его от лоханочно-мочеточникового сегмента и обратно пропорциональна его максимальному размеру. По данным исследователей Morse R.M. et al. (1991), Резника М. и соавт. (1997) и Колпакова И.С. (2006) 90% камней в дистальном отделе мочеточника размером менее 4 мм отойдут самостоятельно, тогда как при размере конкремента 4-5,9 мм этот показатель снижается до 50%. Конкременты размером 6 мм и более в 8% случаях мигрируют из мочеточника без оперативного вмешательства. Камни разных размеров имеют различные периоды литокинеза, что необходимо учитывать при проведении консервативной терапии.

Цель исследования. Оценить целесообразность и эффективность неотложной уретеролитотомии в первые сутки от начала колики в случаях,

когда сочетание почечной колики с инфекцией верхнего мочевого тракта сопровождается ознобами.

Материал и методы. В отделении экстренной урологии СФРНЦЭМП за последние 7 лет (2009-2016 гг.) наблюдалось 979 больных по поводу МКБ. Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет, из них женщин было 542 (55,4%), а мужчин – 437 (44,6%). Из них в 401 (41%) случаях имели место камни мочеточника. У 39 (4%) больных имел место многоместный уrolитиаз, т.е. одновременно камни находились и в почках, и в мочеточнике, в 41 (4,2%) случаях выявлены камни обоих мочеточников.

Избежать ошибок в диагностике и лечении больных с почечной коликой можно лишь при обязательной госпитализации и обследовании их в стационарных условиях. Это обусловлено тем, что почечная колика может быть вызвана не только окклюзией верхних мочевых путей конкрементом, но и явиться единственным проявлением других заболеваний. При почечной колике всегда имеется опасность возникновения острого гнойного пиелонефрита, который на высоте колики не всегда легко распознать. Поэтому выбрать рациональный вид терапии можно лишь после комплексного урологического обследования.

При экстренной госпитализации 401 больного с камнями мочеточника проводилось комплексное исследование: клинико-лабораторное, УЗИ, рентгенологическое, радиоизотопное, реоренографическое, доплерографическое и компьютерная томография. На основании полученных данных мы распределили больных на 3 группы. Первую группу составили 134 (33,4%) больных с размером камней менее 6 мм и нормальной уродинамикой, во вторую группу вошли 155 (38,6%) больных, у которых было выявлено нарушение пассажа мочи из верхних мочевых путей (пиелозктазия), но без признаков пиелонефрита, а у 112 (15,9%) больных с признаками острого обтурационного пиелонефрита (с ознобом), на фоне нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей и которым предстояло применить оперативное вмешательство составили третью группу.

Результаты и обсуждение. Результаты наших исследований показали, что при уретеролитиазе, кроме нарушения уродинамики, еще имеется и резкое нарушение микроциркуляции почки на стороне поражения. На основании полученных данных, мы придерживались следующей тактики: консервативному лечению подлежали те больные, у которых локализация, размеры и форма конкрементов позволяли предполагать возможность самостоятельного отхождения, почечную колику можно купировать консервативным мероприятием, но при этом должно отсутствовать

признаки острого пиелонефрита. Инструментальное лечение (катетеризация мочеточников) применялось при некупирующихся приступах почечной колики. При камнях тазового отдела мочеточника и отсутствии признаков острого пиелонефрита производилась уретеролитоэкстракция. У 186 (46,3%) из 401 больных уретеролитиазом, камни отошли самостоятельно после соответствующей комплексной терапии. С целью купирования приступа почечной колики в 84 (20,9%) случаях пришлось катетеризировать мочеточник и у 52 (12,9%) больных произведена уретеролитоэкстракция.

При острой обтурации мочеточника камнем, подтвержденной УЗИ, рентгенологическими и инструментальными методами исследования производилась неотложная уретеролитотомия.

Учитывая функциональную способность почек и верхних мочевых путей нами под контролем ультразвукового датчика в 13 (3,2%) случаях была произведена перкутанная нефростомия. При этом в 2-х случаях пришлось оперировать на следующие сутки традиционным способом вследствие атаки острого апостематозного пиелонефрита. Была произведена декапсуляция почки, нефростомия. Эти больные обращались за медицинской помощью спустя несколько дней от начала приступа почечной колики.

У 73 (18,2%) больных, которых размеры камня были 7 мм и более, оперативное вмешательство (ургентная уретеролитотомия) выполнена в первые 24 часа после возникновения обтурации мочеточника. У пациентов не было выявлено признаков острого пиелонефрита до операции. После операции не наблюдалось никаких осложнений и, соответственно, эти больные выписывались домой на 3-е или 4-е сутки. Учитывая тяжесть состояния и наличие других сопутствующих заболеваний у 31 (7,7%) больных неотложная уретеролитотомия была выполнена спустя 24-72 часа от начала заболевания. В послеоперационном периоде у этих больных наблюдались следующие осложнения: в 61 случае – атака острого пиелонефрита, у 18 больных – нагноение раны, у 3 пациентов – мочевого свищ. У 24 больных, которым операция проводилась через 3 суток и более от начала заболевания выявлены: апостематозный пиелонефрит (11), карбункул почки (4), потребовавшие наряду с удалением камня из мочеточника выполнения нефростомии, декапсуляции и резекции почки.

Проведенные в послеоперационном периоде исследования выявили что, при остром обтурационном пиелонефрите происходит резкое нарушение микроциркуляции. Об этом свидетельствуют качественные показатели реограммы и доплерографии, характеризующие изменения

гемодинамики как в артериальном, так и в венозном русле почки.

Так при острой обтурации в почке отмечается достоверное ($P<0,001$) уменьшение величины амплитуды (А) до 0,046 Ом (норма- 0,072), увеличение реографического коэффициента (РК) до 32% (норма – 20,65), снижение минутного объема пульсового кровотока почки (V мин) до 3,76 см³/мин (норма – 7,07). Наряду с этим имеет место выраженная венная гипертензия, характерная для острого обтурационного пиелонефрита, на что указывает достоверное ($P<0,001$) увеличение дикротического индекса (ДИ) до 0,69 отн. ед. (норма - 0,38) и диастолического индекса (ДСИ) до 0,81 отн. ед. (норма -0,49).

Данные динамической реносцинтиграфии (РСГ) с ДТПА - ⁹⁹Tc пертехнетатом указывали на снижение эффективного почечного плазматического (ЭПП) в почке, с острым пиелонефритом на почве обтурации камнем до 148 мл/мин (норма – 275 мл/мин), резкое уменьшение клубочковой фильтрации (КФ) до 23 мл/мин (норма-53 мл/мин), увеличение времени максимального накопления радиофармпрепарата (Т макс.) до 7,4 мин (норма – 3,9 мин) и его полувыведения (Т_{1/2}) до 17 мин (норма – 9,0 мин). Указанные нарушения гемодинамики почки, пораженной острым обтурационным пиелонефритом, четко коррелировали (Т=0,68) с клиническими проявлениями заболевания.

Заключение. Таким образом, при почечной колике, обусловленной уретеролитиазом, отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения является показанием для неотложной уретеролитотомии. Наиболее благоприятный срок для выполнения неотложной уретеролитотомии – первые 24 часа после возникновения окклюзии. Лишь при тяжелых сопутствующих заболеваниях можно отложить неотложную уретеролитотомию на 2-3 суток для предоперационной подготовки. Применение более длительной консервативной терапии с катетеризацией мочеточника при обтурационном уретеролитиазе необоснованно, так как приводит к инфицированию мочевых путей госпитальными штаммами бактерий, развитию острого гнойного пиелонефрита и ухудшению результатов лечения.

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.С., Кузьмичева Г.М. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни. Урология. 2006. - № 2. - С.6-12.
2. Дзеранов Н. К., Бешлиев Д.А., Багиров Р.И. Комплексная литолитическая терапия уратного нефролитиаза Урология. 2006. № 6. С.41-44.

3. Дутов В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 2000.

4. Перепанова Т.С., Дзеранов Н.К. Принципы противовоспалительной терапии при мочекаменной болезни (МКБ). Материалы Пленума правления Рос. общ-ва урологов, Сочи, 28-30 апр. М., 2003. С.248.

5. Кан Я.Д., Гальчиков И.В., Дьяков В.В. Особенности дренирования верхних мочевых путей при контактной уретеролитотрипсии. Первый Российский конгресс по эндоурологии: Материалы конгресса, Москва, 4-6 июня 2008 г. Москва, 2008. С. 175-176.

6. Турбин В.Н. Первый Российский конгресс по эндоурологии: Материалы конгресса, Москва, 4-6 июня 2008 г. Москва, 2008. С. 177-178.

7. Борисов В.В., Дзеранов Н.К. Консервативная литокинетическая терапия камней почек и мочеточников. М.: Оверлей, 2006. 56 с.

8. Basiri A., Ahmadnia H., Moghaddam S.M. The efficacy of conventional PCNL and two modifications to standard procedure. J. Pak Med Assoc. 2006. Vol.56. №7. P. 302-305.

9. Scales C.D., Curtis L.H., Norris R.D. et al. Changing gender prevalence of stone disease. J. Urol. 2007. Vol. 177. №3. P.979-982.

10. Yacyioglu O., Egilmez T., Gul U. et al. Percutaneous nephrolithotomy in patients with normal versus impaired renal function. Urol. Res. 2007. Vol.35. №2. P.101-105.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАМНЯМИ МОЧЕТОЧНИКА

З.Р. ШОДМОНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Камни мочеточника (уретеролитиаз) является следствием миграции конкремента из почечной лоханки. Первичные камни в мочеточнике образуются редко. В результате комплексного обследования автором выявлено, что при уретеролитиазе, кроме нарушения уродинамики, еще имеется и резкое нарушение микроциркуляции почки на стороне поражения. Исследуемые больные разделены на 3 группы и в зависимости от степени нарушенности уро- и гемодинамики им проводилась консервативное, инструментальное или оперативное лечение. Доказана эффективность выполнения неотложной уретеролитотомии при обструктивном пиелонефрите в течение первых 24 часов.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, мочеточник, операция.