

Мурзалиев А.Д.

УРОЛИТИАЗДЫ ДААРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Мурзалиев А.Д.

УРОЛИТИАЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

A.D. Murzaliyev

UROLITHIASIS AND THE RESULTS OF THEIR TREATMENT

УДК: 616/26.56

Таблица 1

Бөйрөк таш оорусу менен 141 бейтапка көзөмөл жүргүзүлдү. Ооруну даарылоо жолдору менен бейтаптар эки топко бөлүндү. Негизги топтогу бейтаптарга плазмаферез жана озон менен даарылоо операцияга чейин жана операциядан кийин колдонулду. Ошондо баардык көрсөткүчтөр контролдук топко караганда тезиреек жакшырары байкалды.

Негизги сөздөр: Заар таш оорусу, даарылоо, озон менен даарылоо, плазмаферез.

Наблюдение проведено за 141 больными с мочекаменной болезнью. По выбору методов лечения больные разделены на две группы. Больные основной группы получали плазмаферез с озонотерапией до и послеоперационном периоде. При этом выяснено значительное быстрое улучшение всех показателей у больных основной группы по сравнению с контрольной.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, лечение, озонотерапия, плазмаферез.

Surveillance conducted in 141 patients with urolithiasis. By the choice of treatment the patients were divided into two groups. Study group patients received plasmapheresis with ozone therapy before and postoperative period. At the same time found a significant rapid improvement of all parameters in the study group compared with the control.

Keywords: Urolithiasis, treatment, ozone therapy, plasmapheresis.

Введение. Уролителиаз занимает второе место среди острых заболеваний приводящих к смерти урологических больных его удельный вес среди госпитализированных составляет 30-60% а в последние годы отмечается рост заболеваемости и увеличение числа больных с осложненными формами [1;2]

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 141 больных. При анализе выяснено, что у 104 (73,8%) была односторонняя и у 37 (26,2%) двухсторонняя локализация конкрементов. У 36 (25,5%) пациентов выявлены гидронефротические изменения со стороны почек вследствие длительного нарушения пассажа мочи. У 2 (1,4%) пациентов была МКБ единственной почки. Следует отметить, что им обоим ранее произведена нефрэктомия по поводу МКБ, осложненной гидронефрозом. Это были наиболее тяжелые больные среди всех поступивших с МКБ. При анализе локализации конкрементов было установлено, что камень мочеточника выявлен у 56 (39,7%) и мочевого пузыря у 6 (4,2 %), а в остальных случаях камни локализовались в почках.

У 17 (12,0%) пациентов обнаружены коралловидные камни. (Таблица 1).

Локализация конкрементов при МКБ

Локализация и характер осложнений	Количество больных	
	абс. число	%
Камень почки	24	17,0
Камень мочеточника	56	39,7
Камень мочевого пузыря	6	4,2
МКБ осложненная гидронефрозом	36	25,5
МКБ единственной почки	2	1,4
Коралловидный камень	17	12,0
Всего	141	100,0

Кроме общеклинических исследований (осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования) использовано и специальные: определение массы средних молекул(МСМ), перекисное окисление липидов (ПОЛ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

На экскреторнойурограмме отмечалось четкое повторение чашечно-лоханочного рисунка конкрементом. Наличие камня мочеточника и мочевого пузыря так же вызывало иррадиацию боли вниз, в пах и в ногу. Коралловидные камни, часто имеющие сложную форму строения, во всех случаях были осложнены гидронефрозом, нефросклерозом, пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью. У 2 (1,4%) больных с МКБ единственной почки на первый план выступали, явления почечной недостаточности и у них особенно сложен был выбор тактики лечения.

Однако, клиническая картина не всегда зависела от размера камня и его локализации, а имела значение степень нарушения оттока мочи. У всех больных на первый план выступал болевой синдром, повышение температуры тела, нарастал лейкоцитоз. Стаз мочи и присоединившаяся инфекция приводили к развитию острого пиелонефрита, что усугубляло интоксикационный синдром. Комплексное обследование больных с МКБ позволяло точно определить локализацию, размеры, конфигурацию камня, дилатацию чашечно-лоханочной системы, функциональное состояние почек, стадию восстановительного процесса, степень тяжести эндотоксикоза.

Семиотика МКБ, осложненной пиелонефритом, дана в таблице 1.

Учитывая разнообразие клинических данных осложненных форм МКБ мы привели наиболее часто встречающуюся семиотику. Так, боль в поясничной области отмечается практически у всех больных с

МКБ. Озноб, повышение температуры тела наблюдалась у большинства поступивших, а тошнота и рвота отмечались у 43 (30,5%) пациентов, что служило признаком интоксикации.

У 44 (31,2%) больных выявлена хроническая почечная недостаточность. Из анамнеза больных выявлено, что практически МКБ они страдают от 3 до 12 лет с периодами обострения и ремиссии. Радикальных методов лечения не проводилось. Часто ХПН развивалась у больных с коралловидным нефролитиазом, при двухстороннем нефролитиазе и МКБ единственной почки.

Таблица 2

Семиотика больных с МКБ, осложненным острым пиелонефритом (n-141)

Семиотика	Всего больных	
	абс. число	%
Боль в поясничной области	141	100,0
Боль в подвздошной области	74	52,5
Боль в области живота	47	33,3
Тошнота	32	22,7
Рвота	11	7,8
Повышение температуры	121	85,8
Дизурия	107	75,8
Гематурия	112	79,4
Ознобы	89	63,1
Положительный симптом поколачивания по XII ребру	141	100,0

Учитывая тяжесть состояния больных с осложненной формой МКБ, детоксикационная терапия начиналась сразу при поступлении и продолжалась после операции, до наступления устойчивой компенсации функциональных показателей оперированной почки. Удаление дренажных трубочек проводили после проведенного обследования мочевыводящих путей рентгеноконтрастными веществами и восстановлением беспрепятственного пассажа мочи из почки или из мочевого пузыря.

Учитывая выраженный болевой синдром, в первую очередь назначали спазмолитики и спазмоаналгетики. Они способствовали улучшению отхождения конкрементов. Чаще использовали нош-пу, спазмалгон, платифиллин, баралгин.

Назначали антибактериальную и противовоспалительную терапию. Чаще использовали антибиотики цефалоспоринового ряда. Назначались они у больных при сохранении пассажа мочи. Это лечение получали 53 (37,6%) больных, они составили контрольную группу. В этой группе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза было 11 больных, со средней степенью – 28 и тяжелой – 14 пациентов.

Учитывая тяжесть больных, интоксикацию у 88 (62,4%) пациентов использовали традиционную терапию в сочетании с плазмаферезом и озонотерапией, как предоперационная подготовка, а также в послеоперационном периоде. В этой группе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза был 18 пациентов,

со средней – 39 и тяжелой – 31 больной.

При выполнении плазмафереза в предоперационном периоде удаляли от 200 до 600,0 мл плазмы за сеанс. При анализе сеансов ПФ выяснено, что самое большое количество сеансов проведено у больных с коралловидным нефролитиазом и гидронефротической трансформацией. Плазмозамещение проводили реополиглокином, инфезолом, озонированным раствором. После стабилизации общего состояния больных, выполняли оперативное лечение, характер которого дан в таблице 3.

Таблица 3.

Характер оперативного лечения МКБ

Название операции	Кол-во больных	
	абс. число	%
Нефрэктомия	11	7,8
Пиелолитотомия	28	19,8
Уретеролитотомия	56	39,7
ДЛТ	5	3,5
Цистотомия	6	4,2
Нефролитотомия	28	19,8
Декапсуляция и дренирование абсцесса	1	0,7
Цистолитотомия	6	4,2
Всего	141	100,0

При проведении оперативного лечения, соблюдался органосохраняющий принцип, но у трнх пациентов был пионефроз III степени. Почки практически не функционировала, в связи с чем выполнена нефрэктомия.

ДЛТ проведено у 5 пациентов (3,5%), а уретеролитотомия у 56 (39,7%). Главной задачей оперативного лечения при МКБ было восстановление пассажа мочи и максимально сохранить функциональное состояние почки.

Выбор метода оперативного вмешательства зависел от локализации, размера камня и характера осложнения. Если при локализации камня в мочеточнике оперативный доступ и тактика шла стандартными вариантами, то при коралловидном нефролитиазе играл роль и тип строения чашечно-лоханочной системы. При слабых геометрических строениях коралловидного камня проводили нефротомию, или по возможности пиелототомию. Далее накладывали П-образные гемостатические швы. Следует отметить, что одним из главных условий после проведения операции является адекватное дренирование почки и забрюшинного пространства, во избежание мочевых затеков, прогрессирования воспалительного процесса.

Нами проведен анализ показателей эндотоксикоза (табл. 4) у больных в разные сроки лечения. В момент поступления основные показатели были выше нормы, а в процессе лечения шло снижение. К моменту выписки он достигал нормы.

При исследовании МСМ и ПОЛ выяснено, что имелось повышение показателей первые 3-4 сутки после операции и только к 5-7 суткам они снижались.

Динамика показателей эндотоксикоза у больных с МКБ

Показатели	До операции M1±m1	После операции			Норма M5±m5
		3-4 сутки M2±m2	7-8 сутки M3±m3	при выписке M4±m4	
МСМ	0,350±0,003	0,374±0,005	0,384±0,002	0,341±0,003	0,239±0,001
P	M1-M5<0,01	M1-M3<0,001	M4-M5<0,001		
ПОЛ инт. быстрой вспышки	19,1±1,17	18,9±1,32	10,4±1,12	12,8±0,97	12,4±1,12
P	M1-M5<0,001	M1-M3>0,05	M4-M5>0,05		
ПОЛ ин.медл.вспышки	6,4±0,54	6,0±0,72	7,5±0,48	7,8±0,61	8,3±0,72
P	M1-M5<0,001	M1-M3<0,05	M4-M5>0,05		
ЛИИ	4,42±0,03	3,30±0,05	2,1±0,04	1,1±0,03	0,9±0,01
P	M1-M5<0,001	M1-M3<0,001	M4-M5>0,05		

Это подтверждает положительное влияние ПФ, озонированных растворов в снижении эндотоксикоза.

Таблица 5

Основные клинические показатели у больных основной группы с МКБ

Показатели	Контр. группа	Основная группа
Исчезновение болевого синдрома	6,4±0,37	3,2±0,37
Улучшение состояния	5,1±0,13	3,8±0,51
Нормализация температуры тела, сутки	5,4±0,17	4,6±0,72
Нормализация лейкоцитов в крови, сутки	6,72±0,19	4,58±0,8
После операционные осложнения (%%)	7.9%	11.5%
Проведено койко/дней	18,5±0,97	12,7±0,77

Вывод. Традиционного лечения осложненной формы МКБ недостаточно, к моменту выписки остаются отклонения от нормы показателей иммунологической защиты и эндотоксикоза, но и у больных, у которых использован ПФ, озонированные растворы и антибиотики с малым объемом крови не

у всех больных приводит к нормализации, поэтому после выписки больных необходимо продолжать лечение для нормализации нарушенных функций и предотвращения рецидива болезни. При анализе клинических показателей больных основной группы с осложненной МКБ болевой синдром исчезал на 3-4 сутки, нормализация количества лейкоцитов наступала на 5-6 сутки и нормализация температуры – на 4-5 сутки.

Литература.

1. Досаева Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни [Текст] / Л.А. Досаева, С.Н. Шатохина, Е.М. Шилов // Клиническая медицина. – 2004. - № 1. – С. 21-27.
2. Тарасенко Б.В. Особенности диагностики и лечения инфицированного нефролитиаза и метафилактика рецидивов камнеобразования [Текст] / Б.В. Тарасенко, Ф.А.Апилов, М.И. Збарский // Актуальные вопросы диагностики, лечения, профилактики болезни: Сборник научных трудов Ташкентского Гос.мед.ин-та.–Ташкент, 1988. – С.64-70.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.