УДК 616.62-003.7-053.9

Особенности лечения мочекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

О.А. Сумцова, П.С. Серняк, А.И. Сагалевич

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

В статье проанализировано лечение 700 пациентов пожилого и старческого возраста с мочекаменной болезнью, которым было проведено лечение с помощью малоинвазивных и эндоскопических методов с целью оптимизации подхода к лечению данной патологии. На основании полученных результатов мы пришли к выводу: этапное лечение лиц пожилого и старческого возраста является оптимальным; деблокирование пораженной почки позволяет на амбулаторном этапе купировать обострение пиелонефрита, откорректировать терапию сопутствующей патологии, компенсировать нарушения других органов и систем и провести удаление камней в плановом порядке с минимальным риском осложнений.

Ключевые слова: *мочекаменная болезнь, контактная нефролитотрипсия, антеградная контактная нефроуретеролитотрипсия, ретроградная контактная уретеролитотрипсия, перкутанная нефростомия.*

Население земного шара, особенно промышленно развитых стран, неуклонно стареет. В настоящее время на Земле доля лиц старше 60 лет составляет более 15% населения. В Украине их доля в общей численности популяции составляет 21,4%, имеет устойчивую тенденцию к увеличению и является одной из самых высоких в мире. Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний, встречающееся у 3–4% взрослого населения земного шара. Заболеваемость данной патологией в Донецкой области составляет 5 (3%) на 10 000 взрослого населения. Заболевание характеризуется высокой частотой рецидивов камнеобразования – от 15–25% при мочекислом нефролитиазе и до 70% – при фосфорнокислом.

Одной из актуальных проблем современной урологии является лечение МКБ у лиц пожилого и старческого возраста. В соответствии с классификацией возраст 60–74 года является пожилым, 75–89 лет – старческим, старше 90 лет – периодом долгожительства.

Основными факторами, способствующими образованию почечных конкрементов в пожилом и старческом возрасте, являются:

- привычка приема небольшого количества жидкости и выделение малого количества концентрированной мочи;
- перенасыщение мочи солями в связи с необходимостью их избыточного выделения («порочная» собственная диета и малый объем выделяемой мочи);
- пищевой фактор – «мясная» диета, сахарный диабет, подагра (25% больных подагрой имеют сопутствующие уратные мочевые камни);
- нарушения мочеиспускания при аденоме и раке предстательной железы (ПЖ), сужении мочеиспускательного канала и пр.;
- возрастные сосудистые изменения в почках;
- воспалительные заболевания почек и мочевых путей.

У больных пожилого и старческого возраста не только причины образования почечных камней, но и их характеристика имеют ряд особенностей, к ним относятся:

1) преимущественное расположение в почечных чашечках;

2) относительно небольшие размеры; возможная фиксация камня в почке;

3) препятствия для самостоятельного отхождения (узкая шейка чашечки, внутрипочечные кисты и пр.);

4) замедленные возможности (минимальная тенденция) для отхождения камня (затрудненное мочеиспускание, «старение» мочевого пузыря, сахарный диабет и пр.).

В связи с научно-техническим прогрессом отмечается возрастающая тенденция к переходу от больших инвазивных оперативных вмешательств к малоинвазивным методам лечения. В настоящее время основными методами малоинвазивного лечения являются контактая нефролитотрипсия (КНЛТ), антеградная контактная нефроуретеролитотрипсия (АКНУЛТ), ретроградная контактная уретеролитотрипсия (РКУЛТ), внутренняя оптически-контролируемая уретеролитоэкстракция (ВОУЛЭ), экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ).

Особое внимание уделяется методам профилактики и ликвидации обструктивных осложнений в ходе лечения пациентов данной возрастной категории, страдающих МКБ.

С этой целью применяют установку перкутанной пункционной нефростомы или мочеточникового стена. Существует два вида дренирования мочевыделительных путей: предварительное (профилактическое) и интраоперационное (как способ ликвидации обструктивных осложнений).

На данный момент нет категорично сформулированных показаний к способу внутреннего или наружного дренирования мочевыводящих путей у больных рассматриваемой возрастной категории. Тактику лечения определяет врач, с учетом общего состояния пациента, клинических проявлений, данных лабораторного обследования, анамнеза, сопутствующей патологии, размеров и локализации конкремента. Немалое значение имеет уровень навыков врача, уровень технического оснащения отделения. В Донецкой области установка стента мочевыводящих путей, так же, как и установка перкутанной нефростомы, впервые стали широко применять в 90-е годы XX века.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты радикального миниинвазивного лечения МКБ у лиц старше 60 лет и выработать оптимальную тактику лечения данной категории пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2000–2012 гг. в отделении получили лечение 7457 пациентов с камнями почек и мочеточников. Доля лиц пожилого и старческого возраста составляет 1608 (21,56%) пациентов от общего количества.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни с 2007 г. по 2012 г., проанализированы данные о 700 больных в возрасте до 60 лет, которые составили контрольную группу, и 700 пациентов старше 60 лет, вошедшие в исследуемую группу, полностью совпадающие по размерам и локализации камня с контрольной группой.

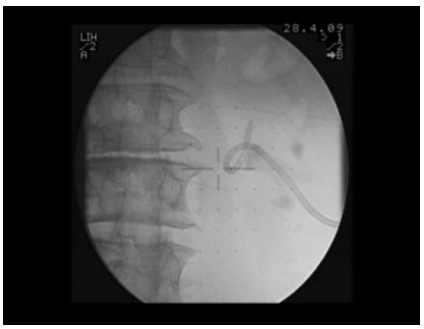

Рис. 1. 1-й этап – предварительное дренирование мочевыводящих путей (20,8%)

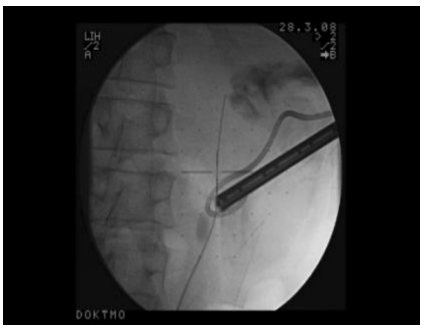

Рис. 2. 2-й этап – непосредственно этап пособия (100%) (КФНЛТ, АКНУЛТ, УРС, ВОУЛЭ)

В исследуемой группе 93% составляли пациенты пожилого возраста, 7% – старческого.

Всем пациентам проведено лечение МКБ с помощью малоинвазивных методов.

В исследуемой группе (1-я) выполнено: КФНЛТ – 252 (36%); АКНУЛТ – 148 (21,2%); УРС (ВОУЛЭ, КЛТ) – 154 (22%); ЧПНС – 146 (20,8%) пациентам.

В контрольной группе (2-я) выполнено: КФНЛТ – 287 (41%); АКНУЛТ – 147 (21%); УРС (ВОУЛЭ, КЛТ) – 161 (23%); ЧПНС – 105 (15%) пациентам.

Практически в 100% случаев в этой возрастной категории имеет место наличие сопутствующей патологии:

- сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма);
- гиперплазия ПЖ, рак ПЖ;
- сахарный диабет;
- патология пищеварительного тракта (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки);
- патология крови – лимфогранулематоз и другие.

Всем больным были проведены стандартные исследования в предоперационный период: общеклинические и биохимические анализы, ЭКГ, сонографическое исследование мочевыделительной системы, обзорная и экскреторная урография, радиоизотопные методы исследования, КТ ОБП, ЗП, МТ.

Хирургическое пособие осуществляли с помощью технического обеспечения: Литотриптор «Multiline» фирмы «Siemens» с сонографической приставкой Sonoline – Adara, ультразвуковые аппараты Sonoline-450 «Siemens», «Philips» Эндоскопическая аппаратура фирмы «Karl Storz» и «Wolf» (Германия).

Пациенты данной возрастной категории нуждались в коррекции соматического статуса, ввиду наличия у них сопутствующей патологии, что и диктовало необходимость тщательного подхода к выбору лечебной тактики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя приведенные выше данные, пациентам и 1-й и 2-й групп показано статистически одинаковое количество хирургических пособий, разница состояла лишь в количестве такого метода лечения, как предварительное дренирование (ЧПНС, jj-стент) у лиц исследуемой группы на 5,8%, и это объяснимо. Учитывая пожилой и старческий возраст пациентов, имеющих в большинстве случаев клинических наблюдений сопутствующие соматические заболевания, требовалась коррекция общесоматического статуса. Поэтому лечение проводили в два этапа (рис. 1, 2).

В связи с изложенным выше мы разделили показания к эндоурологическому дренированию на лечебные и профилактические. К лечебным мы отнесли активный воспалительный процесс в почке с нарушением функции чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) либо ее отдельных частей, при наличии эктазии ЧЛС, что позволяет при проведении адекватной антибактериальной и посиндромальной терапии стабилизировать состояние пациента и выполнить 2-й этап лечения на 2–14-е сутки после проведения дренирования. Предварительное дренирование ЧЛС показано:

- для купирования инфекционно-токсических осложнений на фоне блока верхних мочевыводящих путей (МВП) либо части ЧЛС;
- при высоком риске проведения мероприятий по причине декомпенсации сопутствующих заболеваний, на фоне блока верхних МВП либо части ЧЛС;
- мультифокальном и коралловидном нефролитиазе, когда выполнение одномоментной операции невозможно.

На фоне установленного дренажа (с целью создания предварительного транспаренхиматозного доступа для выполнения последующих этапов контактной литотрипсии – КЛТ) и антибактериальной, инфузионной терапии, явления интоксикации, пиелонефрита купировались, что гарантировало проведение основного этапа лечения пациентов исследуемой группы, которые в большинстве случаев имели сопутствующую патологию. Эта категория пациентов требовала дифференцированный лечебный подход ввиду обострения представленных выше заболеваний на фоне острого обструктивного пиелонефрита. В таких случаях проводили установку перкутанной нефростомы, больные получали антибактериальную терапию, были консультированы смежными специалистами, получали лечение по поводу сопутствующей патологии в течение 10 дней – 1 мес. Далее, после контрольного осмотра, выполняли необходимый вид хирургического пособия в плановом порядке. Анализируя течение интра- и послеоперационного периода у пациентов, которым предварительно, учитывая сложность предстоящей операции (коралловидный, мультифокальный нефролитиаз) было проведено дренирование ЧЛС, отмечено выраженное снижение количества интра- и послеоперационных осложнений на 2-м этапе лечения – удалении конкрементов различной локализации в МВП – на 18,7%, по сравнению с группой пациентов, у которых при сравнимых объемах оперативного лечения предварительного дренирования не проводилось. Средний срок стационарного лечения пациентов, которым проведена и КЛТ камней почки и мочеточника с предварительным дренированием ЧЛС составляло 13,5 дня.

Пример: Больная А., 79 лет, поступила с жалобами на выраженную боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38 °С.

Сонографически, Ро ОБП, экскреторная урография – тень конкремента в проекции в/3 правого мочеточника.

Выделительная функция слева сохранена, справа – блокированная почка.

Общий анализ крови: Э – 3,23, Hb – 110, Л – 12,6, СОЭ – 32, п – 10, с – 56, э – 1, л – 19.

Мочевина – 12,0, креатинин – 0,212, глюкоза крови – 5,3.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. СНІІ. Мерцательная аритмия, постоянная форма, тахисистолия (ЧСС – 150 в 1 мин). По мнению консилиума на вышеуказанном этапе оперативное лечение рекомендовано только по жизненным показаниям.

Учитывая наличие камня, обструктивного пиелонефрита, данные о сопутствующей патологии, больной на 1-м этапе установлена перкутанная нефростома справа. 10 дней с наличием функционирующей нефростомы больная получала лечение по поводу сопутствующей патологии в кардиологическом отделении под наблюдением уролога. При контроле ЭКГ – мерцательная аритмия, нормосистолия. Был выполнен 2-й этап лечения – антеградная контактная нефроуретеролитотрипсия справа. Уретральный катетер удален на 2-е сутки, нефростома удалена на 4-е сутки после антеградной урографии, по данным которой контраст со стороны операции беспрепятственно попадает в мочевой пузырь. Больная выписана из отделения на 5-е сутки.

ВЫВОДЫ

С учетом полученных результатов этапное лечение МКБ у лиц пожилого и старческого возраста является оптимальным; деблокирование пораженной почки позволяет на амбулаторном этапе купировать обострение пиелонефрита, откорригировать терапию сопутствующей патологии, компенсировать нарушения других органов и систем и провести удаление камней в плановом порядке с минимальным риском осложнений.

Данные результаты свидетельствуют об оптимальности малоинвазивных методов лечения у пациентов с мочекаменной болезнью пожилого и старческого возраста с камнями различной локализации в мочевыводящих путях. Предлагаемый диагностический и лечебный подход при нефролитиазе у гериатрических больных помогает улучшить результаты лечения, сократить число осложнений при условии сохранения достаточно высокого качества жизни и долголетия пациентов.

Особливості лікування сечокам'яної хвороби в осіб похилого і старечого віку

О.О. Сумцова, П.С. Серняк, А.І. Сагалевич

У статті проаналізовано лікування 700 пацієнтів похилого та старечого віку з сечокам'яною хворобою, яким було проведено лікування за допомогою малоінвазивних і ендоскопічних методів, з метою оптимізації підходу до лікування даної патології. На основі отриманих результатів ми дійшли висновку: етапне лікування осіб похилого та старечого віку є оптимальним; деблокування ураженої нирки дозволяє на амбулаторному етапі купірувати загострення пієлонефриту, откоригувати терапію супутньої патології, компенсувавши порушення інших органів і систем, і провести видалення каменів у плановому порядку з мінімальним ризиком ускладнень.

Ключові слова: *сечокам'яна хвороба, контактна нефролітотрипсія, антеградна контактна нефроуретеролітотрипсія, ретроградна контактна уретеролітотрипсія, перкутанна нефростомія.*

Features of treatment of urolithiasis in elderly and senile age

O.A. Sumtsova, P.S. Sernyak, A.I. Sagalevich

This article analyzes the treatment of 700 patients with middle and old age with stone disease who were treated with minimally invasive techniques, in order to optimize the approach to the treatment of this pathology. Based on these results, we concluded that stage treatment of elderly and senile age is optimal; unlocking the affected kidney allows for outpatient arrest the worsening of pyelonephritis choose the right path in treatment of comorbidity, compensate the violation of other organs and systems, and to remove stones in a planned manner with minimal risk of complications.

Key words: *urolithiasis, contacts nephrolithotripsy, antegrade contact nefroureterolitotripsy, retrograde contact ureterolithotripsy, percutaneous nephrostomy.*

Сведения об авторе

Серняк Петр Степанович – Донецкий национальный медицинский університет им. М.Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (062) 385-95-03

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения. Врач. сословие, 2004. – 4. – С. 4–9.

2. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Мочекаменная болезнь у пожилых пациентов. В кн.: Гориловский Л.М. Избранные главы гериатрической урологии. – М., 2000. – С. 119–137.

3. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Современные аспекты дистанционной литотрипсии // Урол. и нефрол., 1999; 1: 8–12.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists: Lower urinary tract operative injuries, ACOG Technical Bulletin 238. Washington, DC: ACOG, 1997.

5. De Baere T, Roche A, Lagrange C. Combined percutaneous antegrade and cystoscopic retrograde approach in the treatment of distal ureteral fistulae, Cardiovasc Intervent Radiol. – 1995. – Vol. 18. – P. 349–355.

6. Gerber GS, Schoenberg HW: Female urinary tract fistulas.// J. Urol. 1993.– Vol. 149. – P. 229–233.

7. Jungers P, Chauveau D. Pregnancy in renal disease, Kidney Int . – 1997. – Vol. 52 – P. 871–874.