

Обструктивна уропатія та її лікування у Трускавці

О.Б. Прийма, Я.В. Фецяк, М.В. Босак, О.Я. Петришин, Я.Л. Грицак, О.С. Лисик
КП «Трускавецька міська лікарня», Приватний центр літотрипсії

Обструктивна уропатія – поширене ускладнення, котре спостерігається при самостійному відходженні конкремента чи після дистанційної літотрипсії конкремента нирки у хворих на сечокам'яну хворобу. Обструкція сечових шляхів є небезпечна тим, що призводить до спалаху пієлонефриту та розвитку уретерогідронефрозу. Тому обструктивна уропатія у хворих на уролітіаз вимагає вироблення чіткої лікувальної тактики. Низка клінік дотримуються очікувальної тактики, виконують дренування сечових шляхів лише в разі вираженої гарячки, болювого синдрому та лихоманки понад 2–3 рази. Проте, вивчення патофізіологічних змін у сечових шляхах при обструкції їх конкрементами чи їхніми фрагментами після дистанційної літотрипсії змушує дотримуватися активної тактики у таких хворих. До останнього схильна більшість практикуючих урологів.

Мета дослідження: вивчення впливу ліквідації обструкції сечовидільних шляхів у пацієнтів із сечокам'яною хворобою з раннім застосуванням природної лікувальної води Нафтуса у Трускавецькій лікарні відразу після відновлення повноцінного пасажу сечі по сечових шляхах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Щорічно в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні на лікуванні перебуває понад 500 хворих з обструктивною уропатією, спричиненою сечокам'яною хворобою, що складає близько 40% хворих, лікованих в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні. Причому серед цього контингенту близько 1% – хворі з каменями висячої частини сечівника, 3% – з каменями сечового міхура, 25% – каменями ниркової миски, решта – камені сечоводів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За останні 5 років в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні було понад 2,5 тис. хворих з обструктивною уропатією. Усі вони були розділені на групи. Зокрема, за локалізацією рівня обструкції – на патологію у верхніх сечовидільних шляхах – ниркових мисках та сечоводах та – у нижніх сечових шляхах – сечовий міхур та сечівник.

У хворих з каменями висячої частини сечівника обструкція найчастіше спостерігалася на рівні човноподібної ямки висячої частини сечівника. За останніх п'ять років (2007–2012) ми спостерігали 27 таких хворих. У 25 з них видалено конкрементів із сечівника під внутрішньовенним дрипрановим знеболюванням. У 2 решти застосовано метатомію під ідентичним знеболюванням. Період після втручання супроводжувався короткотривалою поліурією та хворі отримували уроантисептики і протизапальну терапію.

Хворих із каменями сечового міхура за період 2007–2012 рр. склали було 78 осіб. У них досягли ургентного відновлення пасажу сечі на 1–2 дні за допомогою встановлення постійного уретрального катетера. Вони були розподілені на дві групи. У першій групі у 27 хворих виконано відкриту операцію – цистолітотомію. Остання у по-

ловини хворих була зумовлена наявною доброякісною гіперплазією передміхурової залози і вимагало одноментного виконання і аденомектомії. У решти 13 чоловік були супутня патологія – стриктура задньої частини сечівника, що вимагала оперативної корекції. У другій групі у 61 хворого виконано дроблення конкремента сечового міхура. З них у 25 випадках проведено дистанційне дроблення з самостійним відходженням фрагментів, у 36 – контактне дроблення конкремента сечового міхура електрогідролітичним способом із застосуванням апарату Урат-2. Розмір конкремента був у межах 8 мм–6 см. Було виконано спробу контактної цистолітотрипсії із застосуванням пневматичного механізму для дроблення. У 3 хворих спроби були невдалі через щільність конкремента і у них успішно застосовано апарат Урат-2.

Хворих із конкрементами сечовода було 1750. У 2/3 з них обструкція ліквідувалася під впливом консервативної терапії – знеболювання, спазмолітики, гаряча ванна, фізіотерапія і дистанційна літотрипсія (ЕУХЛ). У решти 590 хворих з конкрементами сечоводів виконували дренування нирки із застосуванням рентгенконтрастних сечовідних катетериків, а останнім часом сечовідних стентів із подальшим дистанційним дробленням конкремента та застосуванням уроантисептиків, антибіотиків та протизапальної терапії.

Останнім часом у 7 хворих виконано контактну літотрипсію каменя нижньої третини сечовода в плановому порядку. Попередньо через обструкцію сечовода виконували його стентування терміном на 2–3 тиж.

За останні 5 років у 630 хворих діагностовано обструкція сечовидільних шляхів на рівні мисково-сечовідного сегменту. Цим хворим виконали ургентно стентування нирки на боці ураження з подальшою інтенсивною інфузійною детоксикаційною терапією, антибактеріальною і уроантисептичною терапією, антиазотемічною терапією. Після 3–5 днів інтенсивної терапії виконували сеанси дистанційної літотрипсії.

При застосуванні дистанційної літотрипсії у 80% випадків лікувальний ефект досягався після 1–3 сеансів літотрипсії, у решти – доводилось застосовувати більшу кількість сеансів.

Усі хворі, що лікувалися з приводу обструктивної уропатії, споживали для пиття лікувальну воду Нафтуса протягом 2 тиж. Це зумовлено наявністю у воді Нафтуса протизапальної, діуретичної, амбівалентно-еквілібричної щодо електролітів крові дії та імуномодулювального впливу.

Черезшкірну нефростому застосували у 10 хворих та виконали в умовах обласної клінічної лікарні за наявності обструкції на рівні ниркової миски і сечоводу.

Двобічні обструктивні процес в сечоводах через наявність каменя ми спостерігали у трьох випадках. Через важкий стан – анурія, азотемія – хворі були госпіталізовані ургентно в обласну лікарню.

ВИСНОВКИ

1. Обструктивна уропатія – поширена патологія серед осіб на курорті Трускавець, котрі хворіють на сечокам'яну хворобу.

2. Обструктивна уропатія верхніх сечових шляхів вимагає ургентного дренивання нирки на боці ураження з метою запобігання прогресивному розвитку деструктивного пієлонефриту.

3. Обструкція конкрементом на рівні сечового міхура вимагає контактної дроблення із застосуванням електрогідролітичної цистолітотрипсії, за відсутності аденоми передміхурової залози чи стриктури задньої частини сечівника. Останні вимагають відкритого оперативного втручання.

4. Обструкція на рівні вищої частини сечівника через гостру затримку сечі вимагає невідкладного інструментального видалення каменя з подальшою метафілактикою каменеутворення.

5. Дистанційна літотрипсія – дієвий метод ліквідації обструкції сечовидільних шляхів.

6. Нафтуса сприяє м'якому перебігу пієлонефриту після ліквідації обструктивної уропатії і слугує засобом метафілактики.

Детоксикаційний вплив препарату Антраль на перебіг обструктивної – нефропатії

С.О. Борисов, Ф.І. Костєв, О.В. Борисов

Одеський державний медичний університет

Обструктивна нефропатія (ОН) – особлива урологічна проблема, наслідком якої є розвиток гідронефротичних змін, що супроводжуються незворотною атрофією ниркової паренхіми та виникненням широкого спектра клінічних проявів ниркової недостатності. Суттєвим та вкрай небезпечним проявом ОН є інфекція сечових шляхів, що посилює пошкоджувальний вплив обструкції на структурні та функціональні властивості нирки.

Метою дослідження патогенетичних ланок ОН супра- та інфравезикального походження стало поглиблене вивчення особливостей реалізації детоксикаційних функцій у хворих з ОН при традиційному та метаболізмкоригувальному лікуванні, з використанням мембрано-стабілізувального, антиоксидантного та ангіопротекторного препарату. Такі властивості притаманні препарату Антраль, який у хворих з ОН раніше не використовували, а попередніми дослідженнями доведена його ефективність в комплексній терапії дист-

рофічних ретинопатій, у хворих з хронічними ураженнями печінки та для корекції метаболічних порушень у хворих з гнійно-некротичними ускладненнями цукрового діабету.

Результати проведеного дослідження свідчать, що додавання гепатонепропротекторного препарату Антраль до схеми комплексного лікування хворих з ОН приводить до істотного поліпшення функціонального стану мембранних компонентів клітини та активації фермента детоксикації – глутатіон-S-трансферази.

Таким чином, використання метаболізмкоригувального препарату Антраль забезпечує нормалізувальний вплив на перебіг окислювально-відновних та стимуляцію детоксикаційних процесів у хворих з ОН.

Стабілізує стан ренального бар'єра, створює нормалізувальний вплив щодо співвідношення пулу аденілових нуклеатидів у крові та сечі, впливає на ензиматичні процеси, знижені при обструктивній нефропатії.

Можливості малоінвазивного лікування папілярних пухлин верхніх сечовивідних шляхів при проведенні лазерної літотрипсії

М.М. Олехнік, С.В. Герасімов, А.О. Куценко

КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Одним з альтернативних методів хірургічного лікування папілярних поверхневих пухлин сечовивідних шляхів є лазерна абляція, яка дією точно спрямованого променя руйнує ракові клітини, що забезпечує збереження органа. Перевагою методу є можливість одномоментного видалення папілярної пухлини після її виявлення.

Матеріали та методи. З січня 2008 р. по грудень 2012 р. в урологічному відділенні КЗ КОР «Київської обласної клінічної лікарні» лазерна контактна літотрипсія була проведена 2159 пацієнтам (1079 чоловіків та 1083 жінки) віком від 17 до 86 років.

За даними обстежень правобічна патологія була в 1049 випадках, лівобічна – в 1082, двобічна – в 28 випадках.

З приводу конкрементів верхніх сечовивідних шляхів проліковано 2159 хворих, з них: з конкремента-

ми при стриктурах сечоводів – 47 (2,19%) (операція з лазерним розсіченням стриктури в комбінації з літотрипсією), з конкрементами в уретероцеле – 32 (1,48%), вагітні (24–36 тиж) – 10 (0,45%), з обструктивними ануріями при єдиній нирці – 26 (1,22%) (ургентно). У всіх випадках операція закінчена дрениванням нирки стентом.

У 26 випадках була виконана двобічна уретеролітотрипсія та у 8 – двобічна пієлолітотрипсія з дрениванням нирок стентами (ургентно).

У 450 випадках виконували пієлокаліколітотрипсію, при цьому нирка дренована стентом в 306 випадках.

У 1709 випадках виконували уретеролітотрипсію (в в/З – 612 (35,81%), с/З – 350 (20,49%), н/З – 747 (43,7%) з них в 824 (48,2%) випадку нирка дренована стентом.