

Ургентная помощь больным с почечной коликой, обусловленной уретеролитиазом

З.Р. Шодмонова

Самаркандский медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

По данным литературы, в большинстве случаев почечная колика обусловлена уретеролитиазом. Камни мочеточников по своему происхождению практически всегда являются сместившимися из почек. Их форма и размер бывают различными. 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 удается восстановить отток мочи. В этом случае показано оперативное удаление конкремента. Альтернативой срочным хирургическим вмешательствам при камнях мочеточника является извлечение их петлей и трансуретральное или экстракорпоральное дробление.

Анализируя результаты научных исследований, касающихся 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 R.M. Morse и соавторов (1991), М. Резника и соавторов (1997) и И.С. Колпакова (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.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении экстренной урологии СФРНЦЭМП за последние 6 лет (2009–2015) наблюдалось 918 больных по поводу мочекаменной болезни (МКБ). Из них в 377 (41%) случаях имели место камни мочеточника. Возраст больных варьировал от 16 до 72 лет, из них женщин было 209 (55,4%), а мужчин – 168 (45,6%). У 27 больных имел место множественный уретеролитиаз, т.е. одновременно камни находились в почках и в мочеточнике, в 29 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 существует 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 больных с камнями мочеточника проводили комплексное исследование: клинико-лабораторное, УЗИ, рентгенологическое, радиоизотопное, реоренографическое, доплерографическое и компьютерную томографию. На основании полученных данных мы распределили больных на 3 группы. Первую группу составили 189 больных с размером камней менее 6 мм и нормальной уродинамикой, во вторую группу входили 32 больных, у которых выявлено нарушение пассажа мочи из верхних мочевых путей (пиелюктазия), но без признаков пиелонефрита, а 156 больных с признаками острого обтурационного пиелонефрита (с ознобом), на фоне нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей и которым предстояло выполнять оперативное вмешательство, составляли третью группу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты наших исследований свидетельствуют, что при уретеролитиазе, кроме нарушения уродинамики, еще имеется 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 методом, но при этом должны отсутствовать признаки острого пиелонефрита. Инструментальное лечение (катетеризация мочеточников) применяли при некупирующихся приступах почечной колики. При камнях тазового отдела мочеточника и отсутствии признаков острого пиелонефрита использовали уретеролитотоксацию. У 189 (50,1%) больных камни отходили самостоятельно после соответствующей комплексной терапии. В 83 случаях пришлось катетеризировать мочеточники и у 32 (8,4%) из них проведена уретеролитотоксация.

При острой обтурации мочеточника камнем, подтвержденной УЗИ, рентгенологическими и инструментальными методами исследования, проводили неотложную уретеролитотомию.

Учитывая функциональную способность почек и верхних мочевых путей, мы проводили под контролем ультразвукового датчика перкутанную нефростомию в 13 (3,4%) случаях. Из них в 2 случаях пришлось оперировать на следующие сутки традиционным способом вследствие атаки острого апостематозного пиелонефрита. Была проведена декапсуляция почки, нефростомию. Эти больные обращались за медицинской помощью спустя несколько дней от начала приступа почечной колики.

У 59 (15,6%) больных, у которых размеры камня были 7 мм и более, оперативное вмешательство (ургентная уретеролитотомия) выполнено в первые 24 ч после возникновения обтурации мочеточника. У пациентов не было выявлено признаков острого пиелонефрита до операции. После операции не наблюдалось никаких осложнений и соответственно этих больных выписывали домой на 3-и или 4-е сутки. Учитывая тяжесть состояния и наличие других сопутствующих

заболеваний, у 84 (22,2%) больных неотложная уретеролитотомия была выполнена спустя 24–72 ч от начала заболевания. В послеоперационный период у этих больных наблюдались следующие осложнения: в 73 случаях – атака острого пиелонефрита, у 14 больных – нагноение раны; у 6 пациентов – мочевого свищ. У 32 больных, которым операцию проводили спустя более 3 сут от начала заболевания, выявлены: апостематозный пиелонефрит (29), карбункул почки (3), потребовавшие наряду с удалением камня из мочеточника выполнения нефростомии, декапсуляции и резекции почки.

Проведенные исследования в послеоперационный период 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, о чем свидетельствует достоверное ($P < 0,001$) увеличение диастолического 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 плазмотока (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). Данные нарушения гемодинамики почки, пораженной острым обтурационным пиелонефритом, четко коррелировали (Т=0,68) с клиническими проявлениями заболевания.

ВЫВОДЫ

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 ч после возникновения окклюзии. Лишь при тяжелых сопутствующих заболеваниях можно отсрочить неотложную уретеролитотомию на 2–3 сут 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.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – диагностика осложнений и сопутствующей патологии

В.В. Мегера¹, И.М. Антонян¹, Ю.В. Роцин¹, Д.В. Щукин³, О.Н. Геглюк², А.А. Кешишян²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», г. Харьков

³Харьковский национальный медицинский университет

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным заболеванием среди мужчин старшей возрастной группы. Наряду с выявлением изменений структуры и объема предстательной железы важнейшее диагностическое значение имеет обнаружение и характеристика патологии мочевых путей, что является основным показателем в выборе лечебной тактики, недооценка которых может сказаться на дальнейшем послеоперационном лечении. Если ранее в диагностическом плане приоритетным методом была экскреторная урография с ее модификациями, пальцевое исследование (УЗИ), то сейчас основным методом является ультразвуковое исследование, так как оно неинвазивно, не несет лучевой нагрузки, обладает высокой информативностью и не зависит от выраженности почечной недостаточности.

За период 2012–2014 гг. в клинике находились на лечении и обследовании 954 пациента с ДГПЖ. Всем больным проводили УЗИ. При этом у 157 (15%) пациентов выявлена уретеропиелозктазия, у 36 (3%) – вторичные камни мочевого пузыря, у 10 (1%) – дивертикул мочевого пузыря, у 22 (2,3%) – опухоли мочевого пузыря, у 45 (4,7%) – камни почек, у 356 (36,6%) – кисты почек, у 13 (1,3%) – опухоли почек.

Одной из важных характеристик, изученных при УЗИ, явилось определение количества остаточной мочи, что позволило определить стадию заболевания. УЗИ позволяло четко

визуализировать анатомию почек и мочевых путей, в частности, определить толщину почечной паренхимы (косвенный показатель функции почек), ее эхогенность и однородность, наличие объемных образований, состояние чашечно-лоханочной системы, наличие мочекаменной болезни. Больным, у которых были выявлены нормальные УЗИ-характеристики мочевыделительной системы, дальнейшие визуальные методы исследования не выполняли. В случае односторонней уретеропиелозктазии, опухолей почек, мочекаменной болезни, подозрении на дивертикул и опухоли мочевого пузыря больным дополнительно проводили компьютерную томографию.

УЗИ предстательной железы включало определение размеров, объема, преимущественного роста (ректальный и внутривезикулярный), эхоструктуры (однородность, неоднородность, наличие гипо- и гиперэхогенных узлов). При подозрении на рак предстательной железы больным выполняли анализ крови на определение уровня простатоспецифического антигена и трансректальная биопсия предстательной железы.

Таким образом, можно сделать вывод, что метод УЗИ-диагностики является ведущим в диагностике ДГПЖ, ее осложнений и сопутствующей патологии. Дополнительные методы исследования показаны при неудовлетворительных результатах УЗИ или в случаях сопутствующей патологии.