

Summary

CLINICAL EFFECTIVENESS OF AUTOLOGOUS PLATELET RICH PLASMA IN THERAPY OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN EARLY STAGES

Smolina L. A.

Key words: osteoarthritis, knee joints, clinical monitoring, family medicine, efficiency.

The results of the clinical monitoring of patients with knee osteoarthritis in the initial stages of the disease (88 women and 58 men) demonstrated that autologous platelet-rich plasma injections (APRP) produced more significant effect on the clinical manifestations of the disease severity. The articles also described a new technique and implementation of a new integral index to assess the clinical efficacy of the differentiated therapy including the use of APRP and proved that the effectiveness of correcting algofunctional manifestations also depended on the age and sex of patients with osteoarthritis. It was proven that depending on the age and sex of patients who took the APRP course, the impact of a WOMAC index severity on the structural components can vary considerably.

УДК 616.62-003.7-089.879.

Стецишин Р.В.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ПОКАЗАНИЯ К ПРЕДОПЕРАЦИОННОМУ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ КАМНЯМИ МОЧЕТОЧНИКА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

В клинике урологии ХМАПО на базе КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала» проведен анализ особенностей послеоперационного периода у пациентов со сложными конкрементами мочеоточника, при этом отдельно мы рассматривали группы, где имели место неудачи операции, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, а также случаи, когда данные проблемы сочетались. При этом, из 231 пациента со сложными камнями неудачи вследствие смещения камня в вышележащие, недоступные для уретероскопии и контактной литотрипсии почки и мочеоточника отмечены у 40 (17,3%) пациентов, у 17 (7,4%) больных, несмотря на удаление камня из мочеоточника, возникли интраоперационные осложнения. Послеоперационные осложнения после удаления камня из мочеоточника имели место у 19 (8,2%) больных. У 32 (13,9%) пациентов сочетались интраоперационные и послеоперационные осложнения. У большинства, 139 (60,2%) пациентов со сложными камнями мочеоточника отмечено сочетание неудач уретеролитотрипсии с интраоперационными и послеоперационными осложнениями. Неудачи и осложнения при лечении сложных камней мочеоточника с использованием контактной ультразвуковой уретеролитотрипсии приводят к значительному утяжелению послеоперационного периода у данных пациентов. У них в послеоперационном периоде отмечается гипертермия, нарушение самочувствия, приступы почечной колики, болезненность в поясничной области. Эти больные нуждаются в длительном стентировании и дополнительной нефростомии.

Ключевые слова: камни мочеоточника, контактная литотрипсия, интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Работа выполнялась в соответствии с планом исследовательских работ Харьковской медицинской академии последипломного образования и является фрагментом НИР «Разработка и усовершенствование эффективности диагностических и терапевтических технологий при хирургических заболеваниях почек и мочевыводящих путей и мужской репродуктивной системы», № гос. регистрации 0198U002627.

При лечении камней мочеоточника, по мнению уролога, уретероскопия является успешной при отсутствии осложнений и достижении статуса «stone-free». По мнению пациента, ситуация может быть не такой благоприятной из-за сопутствующей боли, недомогания, потребности в послеоперационном уходе, проведении более или менее интенсивной послеоперационной терапии. Сама по себе процедура уретероскопии чаще всего сама по себе имеет небольшое влияние на качество жизни и самочувствие пациента после операции, но метод дренирования мочеоточника после процедуры может нести значительный негативный эффект в плане течения раннего послеоперационного периода [1].

Основания для дренирования мочеоточника после уретероскопии представляются очевидными: необходимость уменьшения риска болевого синдрома, колики, инфекционных осложнений. Стенты могут рассматриваться как разновидность страховки от послеоперационных осложнений, особенно тех, после которых требуется повторное вмешательство. Практика рутинного стентирования применяется в большинстве урологических центров в течение многих лет. Особенно это касается тех учреждений, где пациента выписывают на следующие сутки после операции. В то же время, более простые методы дренирования, например, с помощью уретерального катетера, имеют свои преимуще-

ства. Пациент может быть выписан домой при отсутствии необходимости длительного дренирования мочеточника, без инородного тела и без необходимости выполнения дополнительной инвазивной процедуры. Наконец, такая тактика является значительно более дешевой для пациента.

Несмотря на вышеизложенные соображения, стенты продолжают достаточно широко использовать в урологической практике. При опросе, проведенном в ряде урологических центров, было отмечено, что среди урологов, рутинно использующих уретероскопию, 2/3 из них используют стентирование более чем в 50% случаев, а 13% всегда устанавливают стент в мочеточник после операции [6].

Несмотря на значительное количество данных, демонстрирующих безопасность бездренажного ведения пациентов после уретероскопии, многие урологи по-прежнему рутинно устанавливают стенты у всех пациентов после большинства неосложненных случаев уретеролитотрипсии [7–9].

В связи с вышеизложенным представляется актуальным выявление контингента пациентов с уретеролитиазом, у которых выполнение «стандартной» ультразвуковой уретеролитотрипсии чревато значительным количеством осложнений и неудач и где дренирование верхних мочевых путей явилось бы обязательным условием безопасного послеоперационного периода.

Нами предложен термин «сложного камня» мочеточника. В это понятие мы вкладываем высокую вероятность развития осложнений и неудач при лечении камней мочеточника с использованием «стандартных» методов контактной уретеролитотрипсии, например, с использованием современных ультразвуковых литотрипторов.

При этом сложными камнями мы считаем конкременты любых размеров и плотности при локализации в верхней и средней трети мочеточника, камни любых размеров и локализации при плотности свыше 1000 ед. Хаунсфилда, конкременты мочеточника любой плотности и локализации при размерах свыше 1 см.

Цель работы

Уточнение показаний к дренированию верхних мочевых путей при уретероскопическом лечении камней мочеточника.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ особенностей послеоперационного периода у пациентов со сложными конкрементами мочеточника, при этом отдельно мы рассматривали группы, где имели место неудачи операции, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, а также случаи, когда данные проблемы сочетались. Необходимо отметить, что у всех пациентов со сложными камнями мочеточника подходы к по-

слеоперационному лечению и дальнейшей тактике по удалению конкрементов (если таковые оставались в просвете мочевыводящих путей) подбирались строго индивидуально. Рутинной практикой являлась установка JJ-стента для надежного дренирования верхних мочевых путей и сохранения пассажа мочи по мочеточнику.

При этом, из 231 пациента со сложными камнями неудачи вследствие смещения камня в вышележащие, недоступные для уретероскопии и контактной литотрипсии почки и мочеточника отмечены у 40 (17,3%) пациентов, у 17 (7,4%) больных, несмотря на удаление камня из мочеточника, возникли интраоперационные осложнения. Послеоперационные осложнения после удаления камня из мочеточника имели место у 19 (8,2%) больных. У 32 (13,9%) пациентов сочетались интраоперационные и послеоперационные осложнения. У большинства, 139 (60,2%) пациентов со сложными камнями мочеточника отмечено сочетание неудач уретеролитотрипсии с интраоперационными и послеоперационными осложнениями.

Результаты исследований и их обсуждение

Длительное стояние конкремента в мочеточнике (от 5 до 23 суток) с развитием нарушений почечного кровотока, выраженными нарушениями функций заблокированной почки явилось показанием к предварительному дренированию верхних мочевых путей у 7 (12,1%) больных. Еще у 7 (12,1%) пациентов со сложными камнями развившийся блок почки вызвал обострение сопутствующих заболеваний: кардиальной патологии, декомпенсацию сахарного диабета, неврологических заболеваний.

Олиго- и анурия вследствие блока единственной почки (3 больных), 2-х сторонней патологии (3 пациентов) и рефлексорного характера при одностороннем блоке явилась показанием к экстренной нефростомии у 11 (19,0%) пациентов. Необходимо отметить, что более чем у половины пациентов – 34 (58,6%) экстренная перкутанная нефростомия выполнена при сочетании нескольких из вышеперечисленных симптомов.

Операцию перкутанной нефростомии выполняли под местной анестезией в положении пациента на животе, иногда использовали валик, который подкладывали в области реберных дуг. Для нефростомии использовали коммерческий стандартный набор с диаметром нефростомического дренажа от 8 до 11 Фг. Пункцию во всех случаях выполняли под ультразвуковым контролем.

Следует заметить, что идеальной зоной доступа к собирательной системе почки считали точку, расположенную на задней подмышечной линии. Иглу проводили через паренхиму нижнего полюса почки в заднелатеральную чашечку и затем в средний отдел почечной лоханки. Данное направление пункции, по нашему мнению,

способствует стабилизации нефростомического тракта и предотвращает экстравазацию мочи в паранефральное пространство.

Критериями для продолжения хирургического лечения пациентов данной группы явились нормализация общего состояния, стабилизация артериального давления, температуры тела, положительная динамика биохимических показателей, анализов крови и мочи.

Использование перкутанной нефростомии под ультразвуковым контролем у пациентов со

сложными камнями мочеточника также способствовало оптимизации предоперационной подготовки к выполнению лазерной уретеролитотрипсии, явилось одним из факторов уменьшения количества интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, способствовало снижению риска выполнения оперативного вмешательства.

Особенности послеоперационного периода у больных со сложными камнями мочеточника представлены в таблице.

Таблица

Особенности раннего послеоперационного периода у пациентов со сложными камнями мочеточника

Показатель	Вид осложнения				
	Неудачи, n=23	Интраоперационные, n=17	Ранние послеоперационные, n=19	Сочетание интра- и послеоперационных, n=32	Сочетание неудач с интра- и послеоперационными, n=139
Гипертермия до 38°, абс./%	0	2/11,8	8/42,1	9/28,1	24/17,3
Гипертермия выше 38°, абс./%	0	0	6/31,5	16/50,0	27/19,4
Почечная колика, абс./%	0	0	2/10,5	9/28,1	60/43,2
Болезненность поясничной области, абс./%	0	16/94,1	12/63,2	11/34,4	76/54,7
Пиелозктазия, абс./%	0	2/11,8	4/21,1	6/18,8	42/30,2
Жидкость в забрюшинном пространстве, абс./%	0	4/23,5	0	8/25,0	32/23,0
Пункционная нефростомия	0	2/11,76	2/10,5	3/9,4	23/16,6
Гематурия, абс./%	0	4/23,53	0	28/87,5	25/17,9
Пиурия, абс./%	0	0	10/52,6	21/65,6	31/22,3
Ознобы, абс./%	0	0	6/31,6	14/43,8	16/11,5
«Каменная дорожка», абс./%	16/69,6	0	0	0	72/51,8
Повторные уретероскопии, абс./%	5/21,7	3/17,6	0	6/18,8	39/28,1
ЭУВЛ, абс./%	4/17,4	0	0	0	24/17,3
Спонтанная элиминация, абс./%	7/30,4	0	0	0	19/13,7

Анализ показателей течения послеоперационного периода выявил ряд особенностей у пациентов со сложными камнями мочеточника. У пациентов с неудачей при уретероскопическом лечении камня мочеточника мы не отмечали повышения температуры тела в раннем послеоперационном периоде.

У пациентов с интраоперационными осложнениями повышения температуры тела выше 38°C не отмечено ни в одном из случаев, гипертермия же до 38°C имела место у 2 (11,8%) пациентов. У пациентов с ранними послеоперационными осложнениями субфебрильная лихорадка имела место в 8 (42,1%) случаях, а гипертермический синдром отмечен с частотой 31,6%, у 6 пациентов.

При сочетании интраоперационных и послеоперационных осложнений повышение температуры тела до субфебрильных цифр в послеоперационном периоде отмечено у 9 (28,1%) пациентов, а фебрильная лихорадка была у половины больных - 16 (50,0%) случаях. При сочетании неудач операции с интраоперационными и послеоперационными осложнениями субфебрильная лихорадка была выявлена у 24 (17,3%) больных, а фебрильная лихорадка – у 27 (19,4%) пациентов.

Почечная колика различной степени интенсивности в послеоперационном периоде, связанная с нарушением пассажа мочи вследствие

недостаточной эффективности стента имела место у 2 (10,5%) пациентов с послеоперационными осложнениями, данный симптом был также выявлен у 9 (28,1%) пациентов с сочетанием интра- и послеоперационных осложнений и в группе с сочетанием неудач оперативного лечения с интра- и послеоперационными осложнениями с частотой 43,2% - у 60 пациентов.

Болезненность поясничной области при пальпации и поколачивании в раннем послеоперационном периоде отмечена у 16 (94,1%) пациентов с интраоперационными осложнениями. У пациентов с ранними послеоперационными осложнениями данный симптом отмечен с частотой 63,2% (в 12 случаях). При комбинации интра- и послеоперационных осложнений болезненность поясничной области наблюдали примерно в 1/3 случаев – 34,4% или у 11 больных. При комбинации осложнений уретероскопического лечения камней мочеточника с неудачами такого лечения, данный симптом отмечен у 76 (54,7%) пациентов.

Пиелозктазия, причиной которой явились нарушения уродинамики мочевых путей, выявляемые при УЗИ в раннем послеоперационном периоде, несмотря на установку стента, также была отмечена у ряда пациентов со сложными камнями мочеточника. Так, при наличии интраоперационных осложнений, данный симптом был отмечен у 2 (11,8%) больных, а при наличии ранних

послеоперационных осложнений у 4 (21,1%) пациентов. При комбинации интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений пиелоктазия была выявлена в 6 (18,8%) случаев, а при комбинации осложнений с неудачами уретероскопии в 42 (30,2%) случаев.

Экстравазация жидкости в забрюшинном пространстве вследствие перфорации мочеточника во время уретероскопии и контактной литотрипсии отмечена у 4 (23,5%) больных с интраоперационными осложнениями, у 8 (25,0%) пациентов при комбинации интраоперационных и послеоперационных осложнений и в 32 (23,0%) случаях при сочетании осложнений с неудачами уретеролитотрипсии. Необходимо отметить, что на фоне адекватного дренирования верхних мочевых путей стентом с одновременной катетеризацией мочевого пузыря, затек жидкости в забрюшинном пространстве рассасывался в течение 2-3 суток, но в ряде случаев потребовалось дополнительное дренирование верхних мочевых путей с помощью пункционной нефростомии.

Показаниями к дополнительной пункционной нефростомии помимо вышеперечисленных явились все случаи неадекватного дренирования верхних мочевых путей с помощью стента – при сохраняющейся пиелоктазии, гипертермии, угрозе развития септических осложнений.

К пункционной нефростомии в раннем послеоперационном периоде нам пришлось прибегнуть у 2 (11,76%) пациентов с интраоперационными осложнениями, 2 (10,5%) пациентов с ранними послеоперационными осложнениями, 3 (9,4%) больных с комбинированными формами осложнений уретеролитотрипсии и у 23 (16,6%) пациентов при сочетании осложнений и неудач контактного дробления камней мочеточника.

Макрогематурия, явившаяся результатом травмы стенки мочеточника и длившаяся от 2 до 6 суток, отмечена у 4 (23,53%) больных с интраоперационными осложнениями, у 28 (27,5%) больных при комбинации интра- и послеоперационных осложнений, и у 25 (17,9%) пациентов при комбинации осложнений и неудач уретеролитотрипсии.

Пиурия вследствие обострения воспалительных изменений в почке, прогрессирования урогенальной инфекции имела место у 10 (52,6%) пациентов с послеоперационными осложнениями, у 21 (65,6%) лиц с сочетанием интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, и в 25 (17,9%) случаях сочетания осложнений с наличием резидуальных конкрементов в просвете мочевых путей.

Ознобы, как признак развивающегося тяжелого воспалительного процесса отмечены у 6 (31,6%) пациентов с послеоперационными осложнениями, в 14 (43,8%) случаях при комбинированных осложнениях и в 16 (11,5%) случаях при сочетании осложнений с неудачами уретеролитотрипсии.

«Каменная дорожка» в нижней 1/3 мочеточника как результат неполной экстракции фрагментов разрушенного при контактной литотрипсии конкремента отмечена у 16 (69,6%) пациентов с неудачами литотрипсии и у 72 (51,8%) больных при комбинации неудач с различными осложнениями операции.

Повторные уретероскопии прежде всего для удаления фрагментов конкремента, ликвидации «каменной дорожки», повторной контактной литотрипсии, экстракции конкремента, а также повторной установки стента при неэффективном его функционировании выполнены у 5 (21,7%) больных с неудачами уретероскопии и у 3 (17,6%) больных с интраоперационными осложнениями. Эти же операции выполнены у 6 (18,8%) больных с сочетанием интраоперационных и послеоперационных осложнений и у 39 (28,1%) при сочетании осложнений с неудачами уретеролитотрипсии.

ЭУВЛ для элиминации конкремента после неудачной уретероскопии была выполнена у 4 (17,4%) больных после неудач уретероскопии и у 24 (17,3%) пациентов при сочетании неудач операции с ее осложнениями. Еще у 7 (30,4%) пациентов отмечена спонтанная элиминация конкремента или его резидуальных фрагментов после неудачной уретеролитотрипсии и у 19 (13,7%) после комбинации неудач уретеролитотрипсии с ее осложнениями.

Выводы

Неудачи и осложнения при лечении сложных камней мочеточника с использованием контактной ультразвуковой уретеролитотрипсии приводят к значительному утяжелению послеоперационного периода у данных пациентов. У них в послеоперационном периоде отмечается гипертермия, нарушение самочувствия, приступы почечной колики, болезненность в поясничной области. Эти больные нуждаются в длительном стентировании, дополнительной нефростомии. Для элиминации конкрементов или их фрагментов больным приходится выполнять повторные уретеролитотрипсии или сеансы ЭУВЛ.

Длительное стентирование мочеточника у пациентов со сложными камнями и неудачами контактной уретеролитотрипсии, несомненно, является вынужденной мерой. Дренирование верхних мочевых путей стентом в этих случаях обосновано еще и тем, что довольно часто невозможно элиминировать все фрагменты разрушенного конкремента (из-за выраженного отека и воспалительных изменений в зоне его локализации), а использование для дренирования верхних мочевых путей стента обеспечивает адекватный отток мочи. За время нахождения его в мочеточнике стихают воспалительные изменения в месте локализации конкремента, наступает дилатация мочеточника, что облегчает последующее отхождение фрагментов конкремента или перемещение конкремента в нижние

отделы мочеточника, более удобные для повторной уретеролитотрипсии.

Наличие вышеперечисленных изменений мочеточника должно останавливать хирурга от попыток многократных литоэкстракций, во избежание ранения слизистой мочеточника, его отрыва. Мы считаем, что при наличии в мочеточнике многочисленных фрагментов разрушенного сложного конкремента целесообразнее установить стент.

По нашему мнению, стентирование мочеточников после контактной уретеролитотрипсии сложных камней является обязательной процедурой, значительно снижает риск развития обструктивного пиелонефрита и тяжесть его течения, способствует безоперационному закрытию перфораций мочеточника, заживлению ложных ходов, а также способствует профилактике развития стриктур мочеточника.

Перспективы дальнейших исследований

Изучение особенностей раннего послеоперационного периода у пациентов со сложными камнями мочеточника после контактной уретеролитотрипсии позволит уменьшить количество осложнений, снизить риск развития инфекционно-

воспалительных заболеваний верхних мочевых путей. Для подтверждения этой гипотезы необходимо дальнейшее исследование влияния стентирования мочеточника на интра-, ранние послеоперационные и сочетание этих осложнений.

Литература

1. Боржієвський А. Ц. Уретеролітіаз (урологічні спекти): [монографія] / А. Ц. Боржієвський, С. О. Возіанов; Ін-т урології АМН України. - Л., 2007. - 263 с.
2. Мартюв А.Г. Гольмиевая контактная литотрипсия в трансуретеральном лечении камней верхних мочевыводящих путей / А.Г. Мартюв, В.А. Максимов, Д.В. Ермаков [и др.] // Урология. - 2008. - № 5. - С. 24-28.
3. Auge B.K. Practice Patterns of Ureteral Stenting after Routine Ureteroscopic Stone Surgery: A Survey of Practicing Urologists / B.K. Auge, J.A. Sarvis, J.O. L'Esperance, G. Preminger // J. Endourol. - 2007. - Vol. 21. - P. 1287-1291.
4. Borboroglu P.G. Ureteral stenting after ureteroscopy for distal ureteral calculi: a multi-institutional prospective randomized controlled study assessing pain, outcomes and complications / P.G. Borboroglu, C.L. Amling, N.S. Schenkman [et al.] // J. Urol. - 2001. - Vol. 166. - P. 1651-1657.
5. Gerber G.S. Use of stents after ureteroscopy for stone removal / G.S. Gerber, B.R. Stockton // J. Endourol. - 2006. - Vol. 20. - P. 383-385.
6. Halebian G. Ureteral stenting and urinary stone management: a systematic review / G. Halebian, K. Kijvikain, J. de la Rosette, G. Preminger // J. Urol. - 2008. - Vol. 179. - P. 424-430.
7. Zimskind P.D. Clinical use of long-term indwelling silicone rubber ureteral splints inserted cystoscopically / P.D. Zimskind, T.R. Fetter, J.L. Wilkerson // J. Urol. - 1967. - Vol. 97. - P. 840-844.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ, Показання для передопераційного та післяопераційного ДРЕНУВАННЯ ВЕРХНІХ сечових шляхів при ендоскопічному ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СКЛАДНІ КАМЕНІ сечоводу

Стецишин Р.В.

Ключові слова: камені сечоводу, контактна літотрипсія, інтраопераційні та післяопераційні ускладнення

У клініці урології ХМАПО на базі КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала» проведено аналіз особливостей післяопераційного періоду у пацієнтів зі складними конкрементами сечоводу, при цьому окремо ми розглядали групи, де мали місце невдачі операції, інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення, а також випадки, коли дані проблеми поєднувалися. При цьому, з 231 пацієнта зі складними каменями невдачі внаслідок зсуву каменю в вищележачі, недоступні для уретероскопії та контактної літотрипсії нирки і сечоводу відзначені у 40 (17,3%) пацієнтів, у 17 (7,4%) хворих, незважаючи на видалення каменю з сечоводу, виникли інтраопераційні ускладнення. Післяопераційні ускладнення після видалення каменю із сечоводу мали місце у 19 (8,2%) хворих. У 32 (13,9%) пацієнтів поєднувалися інтраопераційні та післяопераційні ускладнення. У більшості, 139 (60,2%) пацієнтів зі складними каменями сечоводу відзначено поєднання невдач уретеролітотрипсії з інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями. Невдачі і ускладнення при лікуванні складних каменів сечоводу з використанням контактної ультразвукової уретеролітотрипсії призводять до значного обважнення післяопераційного періоду у даних пацієнтів. У них в післяопераційному періоді відзначається гіпертермія, порушення самопочуття, напади ниркової коліки, біль у поперековій ділянці. Ці хворі потребують тривалого стентування та додаткової нефростомії.

Summary

FEATURES postoperative period, indications for preoperative and postoperative drainage of the upper urinary tract endoscopic treatment DIFFICULT WITH STONES ureter

Stetsyshyn R.V.

Key words: ureteral stones, contact lithotripsy, intraoperative and postoperative complications

The assessment of the peculiarities of the postoperative period in patients with severe ureter concretions was carried out on the basis of Urology Clinic of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education and Regional Clinical Centre of Urology and Nephrology. Special attention was paid to the group of patients experienced intraoperative and early postoperative complications as well as to the cases where these problems were combined. Among 231 patients with complicated cases of ureter concretions shifting, 40 (17.3%) were diagnosed to have stones inaccessible for ureteroscopy and contact kidney lithotripsy, and ureter were observed in patients, 17 (7.4%) patients, despite the removal of ureter stones developed some intraoperative complications. Postoperative complications after removal of ureteral stones occurred in 19 (8.2%) patients.

32 (13.9%) patients had combined intraoperative and postoperative complications. The majority, 139 (60.2%) patients with complex ureteral stones were observed to have combined intraoperative and postoperative complications. Failures and complications in the treatment of complicated ureteral stones by ultrasonic contact ureterolithotripsy lead to aggravating of postoperative period in these patients. They observed to have postoperative hyperthermia, attacks of renal colic, pain in the lumbar region. These patients require prolonged stenting and additional nephrotomy.

УДК 616.72 – 002 – 007.24 – 071/072: 575.174.015.3: 577.152.321

Терешкін К.І.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЛАКТАЗИ

Харківський національний медичний університет

За результатами поглибленого клінічного обстеження 96 хворих з'ясовано, що переважають пацієнти – гетерозиготи (СТ) по гену лактази ($51,0 \pm 5,1\%$), тоді як гомозиготи з генотипом СС та генотипом ТТ виявлені відповідно у ($39,6 \pm 5,0\%$) та ($9,4 \pm 3,0\%$). Відсутність порушень структурно-функціонального стану кісткової тканини зареєстровано у ($37,5 \pm 4,9\%$) обстежених з ОА, включаючи 23,7% гомозиготів СС, 66,7% – гомозиготів ТТ та 42,8% гетерозиготів, а наявність варіантів поліморфізму гену лактази СС та СТ збільшує відносний ризик формування більш виразного ураження суглобового хряща. Узагальнений показник тяжкості ОА та його складові у пацієнтів з різними варіантами поліморфізму гену LCT достовірно не відрізняються, однак у гомозиготів СС достовірно переважає показник рівня скутості. Серед гомозигот СС мали критично надлишкову масу тіла або ОЖ 68,5%, серед гетерозигот – 89,8%, серед гомозигот ТТ – 88,1%, тоді як вміст апеліну у сироватці крові хворих на ОА залежно від індексу маси тіла та варіанту поліморфізму гену LCT характеризується тим, що у разі гомозиготності СС, при наростанні маси тіла, вміст апеліну зростає, тоді як при гомозиготності по ТТ при зростанні індексу МТ вміст апеліну зменшується. Взаємозв'язок між поліморфізмом гену LCT та стадією ОА характеризувався превалюванням у гомозиготних по алелі СС та гетерозиготних пацієнтів більш тяжких рентгенологічних проявів дегенерації суглобового хряща.

Ключові слова: поліморфізм гену лактази, остеоартроз, ожиріння, апелін.

Дослідження виконано у межах НДР Харківського національного медичного університету МОЗ України, зокрема кафедри загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб «Клінічні, метаболічні та імунні особливості перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різного віку з патологією опорно-рухової системи та шляхи їх медикаментозної корекції» (№ держ. реєстрації 0113U002270).

Вступ

Як відомо, остеоартроз (ОА) – дегенеративно-дистрофічне захворювання опорно-рухового апарату без системних проявів – є найбільш поширеною нозологічною формою ураження суглобів (70-80%); захворювання є однією з головних причин непрацездатності та інвалідизації населення, поступаючись лише ІХС [5]. ОА – гетерогенна група захворювань, спричинених (в різних співвідношеннях) віком, механічними навантаженнями, запаленням, гормональними зрушеннями та генетичною схильністю. Остеопороз (ОП) – одне з найбільш поширених метаболічних захворювань, що виявляється порушенням якості кісткової тканини і підвищеним ризиком переломів. У всьому світі в структурі захворюваності і смертності остеопороз ОП займає провідне місце серед населення старших вікових груп. Однак в останні роки прояви остеопенії і остеопорозу зустрічаються і у молодих людей [4, 6, 7].

Термінологічні визначення – остеоартроз, артроз, остеоартрит, деформуючий артроз – в даний час в X Міжнародній класифікації хвороб представлені як синоніми [3].

За статистичними даними, на сьогодні в Україні вже зареєстровано 1 млн. 250 тисяч випадків ОА, згідно матеріалів Круглого стола, організованого редакцією журналу "Мистецтво лікування" (№8 (84) 2011), в якому взяли участь провідні фахівці з даної проблеми. Захворювання приводить до дегенерації суглобового хряща і як причина виходу на інвалідність займає перше місце серед захворювань кістково-м'язової системи [1, 2].

Медико-соціальні показники Європи і США засвідчують продовження процесу старіння населення та збільшення частки осіб віком понад 60 р., у 2020 р. питома вага населення цієї вікової групи збільшиться удвічі. У зв'язку з цим прогнозується збільшення захворюваності на ОА, особливо у працездатному віці, а також зростання захворюваності в дитячому і у підлітковому віці – "омолодження" ОА [1].

Згідно даним літератури, важливу роль в прогресуванні ОА відіграють порушення в метаболізмі та зниженні чутливості до вітаміну D [11, 12]. Дослідження поліморфізму -13910 C>T гену лактази (LPH, або LCT) має діагностичне і прогно-