

В группе пациентов, которым проведено хирургическое лечение с использованием открытых методик, острый или обострение хронического пиелонефрита протекало значительно тяжелее. Это были пациенты с выраженной температурной реакцией, интоксикацией, тахикардией, лейкоцитозом. Длительность заболевания у большинства из них была значительно больше трех суток, что на фоне клинической картины, данных лабораторных исследований не позволяло исключить наличие гнойного процесса в почке. При этом инструментальные методы обследования в ряде случаев не позволяли исключить наличие очаговых воспалительных гнойных изменений (абсцесс, карбункул). Усугубляло состояние восьми пациентов наличие декомпенсированного сахарного диабета. Таким образом, наличие тяжелого воспалительного процесса в почках, невозможность исключить гнойный пиелонефрит, не позволяли быть уверенным, что отведение мочи у этой категории пациентов с помощью пункционной нефростомии или установки мочеточникового стента будет достаточной для дренирования почки и купирования воспаления. В условиях гнойной мочи трудно надеяться на нормальное функционирование стентов или пункционных нефростом, поскольку они легко забиваются гнойными массами. Поэтому предпочтение было отдано открытой операции, при которой становилось возможным визуально проревизировать почку, сразу удалить камни из лоханки или мочеточника, задренировать полостную систему с помощью нефростомы, произвести декапсуляцию почки для улучшения кровообращения в ней и вскрытия гнойников.

У 7 пациентов лоханки были заняты коралловидными камнями с расширенными чашечками и обеспечить полноценное дренирование всех расширенных чашечек в этих условиях технически невозможно при наложении пункционной нефростомы через одну из них или установкой уретрального стента.

Не возникало сомнений в проведении открытых операций у 14 пациентов с МКБ, которые поступили с тяжелым пиелонефритом, уросепсисом с развившимся бактериемическим шоком. На фоне проведения противошоковых мероприятий удавалось стабилизировать артериальное давление, уменьшить степень интоксикации и провести органосохраняющие вмешательства у 9 из них, которые заключались в наложении нефростомы, декапсуляции почек и удалении конкрементов. Чашечные камни, которые не удалось обнаружить во время операции у 4 пациентов, в последующем были пролечены с помощью ДЛТ на фоне оставленных нефростомических дренажей. У 4 пациентов во время операции были выявлены множественные карбункулы почек (у трех с прорывом гноя в паранефральную клетчатку и формированием паранефрита), у одного – пионефроз, что на фоне уросепсиса явилось показанием для нефрэктомии.

Нефрэктомия произведена также еще у 5 пациентов, у которых не было обострения пиелонефрита на момент поступления. Однако при обследовании у них выявлена нефункционирующая почка на фоне коралловидных или множественных камней, высокая СОЭ, у двух из них анемия, в анамнезе прослеживались периодические повышения температуры, отмечалось снижение массы тела. Диагнозом «калькулезный пионефроз» они были взяты на операцию в плановом порядке, во время которой диагноз подтвердился, проведена нефрэктомия.

У остальных 27 пациентов операции проведены в плановом порядке. При этом основными показаниями для лечения были: коралловидные камни – 8 пациентов, большие размеры (более 15 мм) и длительное стояние камней мочеточников с выраженными гидронефротическими изменениями почек – 16, подозрение на вторичный характер камней почек – 3 пациента.

Таким образом, основная объективная причина, которая вызывала необходимость использования открытых операций нередко в экстренном порядке, была в виде острого или обострения хронического пиелонефрита. Само наличие воспаления почки

при МКБ не является основанием для использования открытых операций. Можно провести дренирование почки с помощью пункционной нефростомии или стента, снять активное воспаление и в «холодном периоде» провести соответствующее малотравматическое лечение (ДЛТ, контактную литотрипсию). В наших же случаях речь идет о ситуациях с запущенным пиелонефритом, осложненным уросепсисом, когда вышеназванное отведение мочи сомнительно или недостаточно для ликвидации активного прогрессирующего воспаления, а при выраженном снижении функции почки вследствие развития гнойного процесса вообще невозможно, поскольку показана нефрэктомия. Как правило, это пациенты, поступающие позже 3–4 суток от начала обострения хронического или острого пиелонефрита, у которых заболевание протекает на фоне сахарного диабета, нарушения оттока мочи, других заболеваний, приводящих к снижению иммунного фона, безуспешно лечившихся амбулаторно.

Поэтому ранняя госпитализация пациентов с острым или обострением хронического пиелонефрита, особенно с признаками обструкции мочевых путей, а также пациентов, в анамнезе которых прослеживается МКБ, позволит избежать развития септических форм пиелонефрита, вовремя произвести деблокирование почки, купировать воспаление и, в конечном итоге, избежать необходимости проведения открытых операций. В равной степени эффективное диспансерное наблюдение за пациентами с МКБ позволит не допустить развития калькулезного пионефроза, что также будет сопровождаться уменьшением числа открытых операций при МКБ.

Что касается больших размеров камней мочеточников, особенно в сочетании с длительным стоянием на одном месте, то в данном случае вопрос о характере хирургического вмешательства должен решаться индивидуально, причем в первую очередь при этом должны приниматься во внимание опыт хирурга и техническая вооруженность. Наличие возможности контактной литотрипсии лазером, гибкого уретерореноскопа, отсутствие активного воспалительного процесса в почке способствует более широкому использованию высокотехнологичной помощи пациентам с МКБ, снижению числа открытых операций.

Литература

1. Строцкий, А.В., Пиневиц, Д.Л. Состояние и перспективы развития урологической службы Республики Беларусь / А.В. Строцкий, Д.Л. Пиневиц // Сб. работ II съезда урологов Республики Беларусь, 21–22 июня 2013 г. // *ARS medica*. 2013. № 5 (75). С. 185–187.
2. Дзеранов, Н.К., Лопаткин, Н.А. Мочекаменная болезнь (клинические рекомендации) / Н.К. Дзеранов, Н.А. Лопаткин. М.: Оверлей, 2007.

Строцкий А.В., Ланкевич Н.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Профилактика рецидивов мочекаменной болезни

Результаты лечения мочекаменной болезни (МКБ) определяются многими факторами, среди которых выделяют причины камнеобразования, характер проведенного лечения, наличие воспаления органов мочевой системы, проведение профилактических мероприятий по предупреждению рецидивов образования камней, то есть просто удаление конкремента не означает излечения от заболевания. Если при установлении диагноза камня в мочевыводящих путях удастся выяснить причину его образования, то лечение должно быть направлено не только на удаление камня, но и на устранение этой причины (застой мочи, нарушение об-

мена мочевой кислоты, гиперпаратиреоз и т. п.). Когда причина не устраняется, то, как правило, рецидив неизбежен. Различные методы удаления камней также влияют на отдаленные результаты. Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ) позволяют разрушить конкремент, но после их проведения у части пациентов остаются фрагменты, которые впоследствии могут стать причиной рецидивного роста камней. В равной степени это же относится и к воспалительным заболеваниям органов мочеполовой сферы. Сохранение воспаления мочевых путей после удаления конкрементов значительно увеличивает риск рецидива камнеобразования. В связи с этим при планировании профилактических мероприятий по предупреждению рецидива камнеобразования необходимо учитывать все эти факторы с детализацией конкретных рекомендаций каждому пациенту с учетом индивидуальных особенностей. Не менее важно также отметить, что эффективность лечебных мероприятий во многом определяется также тем, насколько пациент их выполняет.

Частота рецидивов у пациентов с МКБ составляет около 60% в течение пяти лет после лечения [1]. Поскольку в Республике Беларусь 36% пациентов урологических стационаров составляют пациенты с МКБ [2], то проблема профилактики рецидивов заболевания весьма актуальна и требует изучения.

Целью данного исследования явилась попытка оценить качество назначений профилактики камнеобразования у пациентов после лечения мочекаменной болезни, а также выяснить степень выполнения пациентами этих рекомендаций.

Для достижения указанной цели было обследовано 102 пациента с рецидивами МКБ. Среди них было 50 (49%) мужчин и 52 (51%) женщины в возрасте от 17 до 84 лет. Средний возраст обследованных пациентов составил 56,75 лет. Рецидивы МКБ развились у 52,9% после самостоятельного отхождения камня в результате консервативного лечения, у 33,3% – после дистанционной литотрипсии (ДЛТ), у 10,8% – после открытых операций и у 2,9% – после эндоскопических вмешательств. Интересно отметить, что если среди мужчин доля возникновения рецидива после самостоятельного отхождения камня составила 64%, то среди женщин – 24,5%.

Диагноз рецидива МКБ у обследуемых пациентов устанавливался на основании общеклинического, рентгенологического исследований, УЗИ. Кроме этого, каждому пациенту была предложена специально разработанная анкета, в которой они должны были ответить на вопросы, касающиеся рекомендаций по профилактике рецидивирования МКБ, полученных ими после лечения, и степени их выполнения.

При анализе ответов установлено, что большинству из них – 91 пациент (89,2%) – лечащими врачами было рекомендовано в качестве профилактики камнеобразования курсы растительных мочегонных препаратов, 88 (86,3%) пациентам – увеличить питьевой режим и соблюдать диету. Только 77 (75,5%) из опрошенных отметили, что им было рекомендовано проводить контрольные исследования после курсов профилактического лечения. Ряд пациентов в своих ответах отметили, что не всегда рекомендации лечащих врачей были оформлены письменно. Поэтому они забывались, а 37 (36,3%) пациентов к моменту возникновения рецидива заболевания не смогли с уверенностью сказать, что им не была указана длительность проведения профилактических мероприятий. Лишь 53 (52%) из ответивших на соответствующий вопрос анкеты вспомнили, что им было рекомендовано контролировать свой суточный диурез, хотя это общая рекомендация, которая всегда дается всем пациентам.

Следует отметить, что только 18 (17,6%) исследуемых пациентов в анкете указали, что они полностью выполняли все врачебные рекомендации, назначенные им после излечения от камня. Гораздо больше – 24 (23,5%) пациента – полностью проигнорировали рекомендации лечащего врача, и ими профилактика рецидивов

камнеобразования не проводилась. Следовательно, важно подчеркнуть, что почти каждый четвертый пациент с МКБ не собирается проводить лечение после удаления камня и не проводит его. При этом не полностью выполняли назначения чаще мужчины (30% ответивших на этот вопрос), в то время как среди женщин эта группа составила только 17%.

В то же время важно отметить, что при полном выполнении рекомендаций у пациентов время до возникновения рецидива заболевания составило в среднем 7 лет и 1 месяц, а в группе, где лечебные рекомендации не выполнялись, оно было равно в среднем 4 годам и 11 месяцам. Различие между группами достаточно большое – 2 года и 2 месяца, что может свидетельствовать об эффективности профилактики МКБ и служит достаточно убедительным аргументом в пользу необходимости ее проведения.

При анализе ответов на вопросы, касающиеся выполнения пациентами конкретных рекомендаций по профилактике МКБ, выяснилось, что фитопрепараты принимали 66 (72,5% от всех ответивших на этот вопрос) пациентов, 60,5% соблюдали какое-то время повышенный питьевой режим, но только половина из них (30,2%) контролировали свой суточный диурез. О прохождении регулярных контрольных исследований сообщили лишь 61% пациентов. Попытка проанализировать полученные результаты показала следующее. На вопрос, как лучше всего увеличить суточное количество мочи, 76 из 102 респондентов (74,5%) ответили: «За счет увеличения потребления жидкости»; 20,6% – «путем заваривания мочегонных трав», и лишь 4,9% отметили, что лучше принимать таблетированные мочегонные травы. С учетом того, что почти три четверти из опрошенных принимали фитопрепараты, следует сделать вывод, что они не понимали, зачем нужно принимать их, и это явилось впоследствии одним из аргументов для прекращения их приема.

Сами пациенты в своих ответах указали, что основная причина невыполнения врачебных рекомендаций заключается в том, что более половины из них считали, что если в результате лечения у них уже нет камня, то проблема решена и никакого другого лечения не нужно. Так отметили 44 (52,4%) пациента из 84, ответивших на этот вопрос. Как ни странно, но наиболее часто (61,4%) так считали женщины, в то время как среди мужчин доля таких пациентов составила 42,5%. У 14 из 84 (16,7%) причиной невыполнения назначений послужила неконкретность назначений.

В то же время 94 (92,2%) пациента с рецидивирующим уролитиазом считали, что проводить профилактику рецидивов нужно.

Таким образом, проведение профилактических мероприятий по предупреждению рецидивов камнеобразования позволяет увеличить время безрецидивного периода на 2 года и 2 месяца. Тем не менее часть пациентов не придает значения необходимости проведения лечения после удаления камня.

В нашем исследовании большинство пациентов были с рецидивом камнеобразования после спонтанного отхождения камней в результате консервативного камнеизгоняющего лечения. Это может быть косвенным свидетельством того, что этой группе пациентов назначалось недостаточно мероприятий по профилактике камнеобразования или они не считали нужным их проводить, поскольку рассматривали факт отхождения камня не как проявление болезни, а расценивали как эпизод нарушения обмена, который завершился образованием камня и больше не повторится.

При назначении профилактического лечения врачам следует не только перечислять необходимые мероприятия для предупреждения рецидивирования МКБ, но и понятно для пациентов обосновывать необходимость тех или других назначений, что позволит пациентам осознанно их проводить в течение длительного времени. В выписном эпикризе важно указывать не только назначаемые лекарственные средства и рекомендации, но и длительность их применения и частоту профилактических осмотров.

Особенно важно это указывать для пациентов после ДЛТ или КЛТ, у которых остаются при выписке фрагменты конкрементов или воспалительные изменения со стороны мочевых путей, – они составляют группу повышенного риска возникновения рецидивов камней.

Пациентам, которые пролечены по поводу вторичных камней на фоне застоя мочи и которым устранены причины обструкции (проведены пластика пельвиоуретерального сегмента, ликвидирована стриктура мочеточника или инфравезикальная обструкция), в рекомендации обязательно должны включаться мероприятия по своевременной диагностике рецидивирования нарушения оттока мочи.

Эффективность мероприятий по профилактике рецидивов МКБ определяется не только качеством рекомендаций, полученных при выписке из стационара после лечения, но и в значительной мере поведением самих пациентов, которое зависит от того, как они поняли рекомендации врача, насколько осознали важность их выполнения, что во многом обуславливается пониманием сущности заболевания и необходимости профилактики.

То, что 23,8% пациентов вообще не посчитали нужным что-то делать для профилактики рецидивов МКБ, по-видимому, можно объяснить их неправильным представлением о сущности заболевания, поскольку 52,4% из них считают, что если камня нет, то проблема решена.

Литература

1. Дзеранов, Н.К., Лопаткин, П.А. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации / Н.К. Дзеранов, П.А. Лопаткин. М.: Оверлей, 2007. 29 с.
2. Строчкий, А.В., Пиневич, Д.Л. Состояние и перспективы развития урологической службы Республики Беларусь / А.В. Строчкий, Д.Л. Пиневич // ARS medica. 2013. № 5 (75). С. 185–187.

Юшко Е.И., Булдык Ю.Т.,
Бартошик В.В., Мельничук Ю.А., Арабидзе И.Г.
Белорусский государственный медицинский университет;
4-я городская клиническая больница г. Минска им. Н.Е.Савченко;
36-я городская поликлиника г. Минска

Трансформация подходов в лечении пациентов с коралловидным нефролитиазом

Распространенность мочекаменной болезни в течение последних десятилетий не имеет тенденции к снижению. Частота стационарно пролеченных пациентов с данным заболеванием составляет 35–40% в структуре госпитализаций в урологические отделения Беларуси.

При анализе отдаленных результатов лечения по сводным данным литературы установлено, что наиболее неблагоприятной формой течения мочекаменной болезни является коралловидный нефролитиаз, частота которого на сегодняшний день составляет 4–12% от всех форм МКБ [1, 2].

Коралловидный нефролитиаз в основном встречается у людей трудоспособного возраста, среди пациентов отмечен высокий уровень продолжительности заболевания (часто в течение всей жизни человека) и инвалидности, что делает данную проблему еще более актуальной. Факторы, способствующие формированию коралловидного камня, подразделяют на врожденные и приобретенные.

Клиническое течение коралловидного нефролитиаза у большинства пациентов протекает в два этапа. Начало заболевания, а следовательно, и начало первого этапа, именуемого латентным, установить в большинстве случаев не представляется возможным, так как у пациентов отсутствуют более-менее выраженные клинические проявления. С присоединением рецидивирующего хронического пиелонефрита, нарушений уродинамики, снижением функции почки начинается этап клинических проявлений. Коралловидные камни склонны к рецидивированию, у 5–12% пациентов выявляется двустороннее заболевание. Полное удаление камня является важной задачей в лечении пациентов с коралловидным нефролитиазом, что позволяет предотвратить дальнейший рост камней и любых, связанных с этим осложнений, а также сохранить функцию почек. Внедрение новых технологий и постоянное совершенствование открытых способов хирургического лечения в последние десятилетия существенно расширили возможности для достижения максимального результата лечения [1, 2]. В то же время реальную эффективность используемых способов и подходов к хирургическому лечению у пациентов с коралловидным нефролитиазом можно объективно определить только по оценке отдаленных результатов лечения достаточного количества прооперированных пациентов.

Цель исследования: оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с коралловидным нефролитиазом.

Для достижения поставленной цели было проанализировано 42 истории болезни пациентов с диагнозом «коралловидный камень одной или обеих почек», которые были прооперированы в урологических отделениях 4-й ГКБ им. Н.Е.Савченко г. Минска в течение 2010 г. (основная группа). Обработка данных проводилась с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0. Все пациенты по поводу коралловидного нефролитиаза ранее не оперировались. В то же время в анамнезе у 19 пациентов ранее выполнялись различные операции по поводу камней почек и/или мочеточников на той же стороне.

По анализу результатов проведенного исследования установлено: женщин было 29 (69,0%), мужчин 13 (31,0%). Средний возраст пациентов на день операции составил 53 года (от 23 до 75 лет). У 16 (38,1%) пациентов коралловидный камень был в правой почке, при этом в 5 случаях наблюдались камни левой почки. У 17 (40,5%) пациентов коралловидный камень был в левой почке, а у 4 из них наблюдались камни в правой почке. У 9 (21,4%) пациентов коралловидный камень был в обеих почках. Проведен анализ взаимосвязи пола и стороны заболевания. Отмечена непараметрическая корреляция Спирмена между данными показателями. У женщин коралловидный камень был чаще в правой почке, у мужчин с одинаковой частотой встречаются коралловидный камень левой и правой почек ($p = 0,035$, коэффициент корреляции = 0,326). Средний размер коралловидного камня по результатам УЗИ составил 4,65 см (от 3,4 до 9,5 см). Средний размер почек по результатам УЗИ: при наличии коралловидного камня составил 11,7 × 5,0 см.

В соответствии с программой отбора пациентов для оперативного лечения в нашей клинике наличие осложнения коралловидного нефролитиаза в виде пиелонефрита было одним из основных критериев. Тяжелое течение вторичного пиелонефрита на фоне различных по степени выраженности изменений почечной паренхимы оказывает влияние на течение основного заболевания, а также определяет характер и выраженность осложнений [3]. Все вышеуказанное по данным литературы влияет на ближайшие и отдаленные результаты, исход лечения [3]. У всех 42 пациентов диагностирован хронический пиелонефрит. У 18 (42,8%) пациентов в течение последних трех лет установлено рецидивирующее течение хронического пиелонефрита, у 24 (57,2%) – латентное. Проведен анализ взаимосвязи возраста и течения хронического пиелонефрита. Наблюдается непараметрическая корреляция Спирмена

Трансформация подходов в лечении пациентов с коралловидным нефролитиазом: Юшко Е.И., Булдык Ю.Т., Бартошик В.В., Мельничук Ю.А., Арабидзе И.Г.