

Результати традиційного лікування хворих з каменями сечоводу в амбулаторних умовах

К.С. Собчинський¹, С.О. Возіанов², С.А. Собчинський¹, О.О. Підмурняк¹

¹Хмельницька обласна лікарня

²ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У роботі проаналізовано результати лікування 69 хворих уретеролітазом в умовах поліклініки з використанням загальноприйнятої традиційної схеми на базі лікувальних установ Хмельницької області. Чоловіків було 66,7%, жінок – 33,8%. У 23,2±5,0% хворих камінь локалізувався у верхній третині (в/3), у 31,8±5,6% – в нижній третині (н/3) і у достовірної більшості (45,0±5,9%) – у середній третині (с/3) сечоводу. Інфекція сечових шляхів (ІСШ) була у 33 пацієнтів (47,8%). У 39 з 69 (56,5%) досягнуто «самовідходження» конкременту, у 9 (13%) – його міграція, що не супроводжується ускладненнями з подальшим спостереженням. Звертає увагу значний відсоток незадовільних результатів – у 30,4±5,5% випадків (21 осіб) на 5,6±1,3 дня від початку лікування розвинувся гострий пієлонефрит, який став причиною госпіталізації. Клінічний ефект залежав від розміру, локалізації конкременту, наявності або відсутності хронічного пієлонефриту, термінів початку лікування. Отримані результати обґрунтовують мотивацію необхідності вдосконалення традиційної схеми з метою поліпшення кінцевих результатів, реальність якої забезпечена сучасними успіхами фармако- і фізіотерапії.

Ключові слова: уретеролітаз, традиційна схема, розмір, локалізація конкременту, хронічний пієлонефрит.

Мета дослідження: аналіз результатів лікування хворих на уретеролітаз за допомогою традиційної схеми комплексної медикаментозної терапії, спрямованої на самовивільнення верхніх сечових шляхів від конкременту в амбулаторних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 69 хворих з каменями сечоводу, які звернулися в різні строки після ниркової коліки. Допомогу надавали в амбулаторних умовах поліклінічних відділень Хмельницької обласної, Кам'янець-Подільської міської та Кам'янець-Подільської Центральної районної лікарень у 2012 році. Конкремент локалізувався у верхній третині (в/3) сечоводу у 16 хворих (23,2±5,0%), у середній третині (с/3) сечоводу у 31 хворого (45,0±5,9%), у нижній третині (н/3) у

22 (31,8±5,6%). Конкременти до 0,5 см мали місце у 53 пацієнтів (76,8%). Тривалий анамнез захворювання (5 і більше років) спостерігався лише у 24,6% випадків (17 чоловік).

Схема лікування передбачала призначення спазмолітиків, антибактеріальних, протизапальних, знеболювальних препаратів. Щоденний об'єм був посилений споживанням до 2 л рідини (хворі споживали слабомінералізовану лужну воду Нафтуса Збручанського родовища, що розташоване в Хмельницької області).

Методи обстеження включали: загальні аналізи крові та сечі, біохімічні показники крові (креатиніну, сечовини, печінкові проби), бактеріологічне дослідження сечі. Серед інструментальних методів – УЗД з доплерографією; за необхідності рентгенографію, радіонуклідне дослідження передбачало включення динамічної нефросцинтиграфії.

Результати статистично опрацьовані, використано критерій Стюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Добрий результат у разі вивільнення верхніх сечових шляхів від конкременту досягнуто у 39 із 69 хворих (56,5±5,9%). Задовільний – коли при міграції конкременту вниз по сечоводу не було ознак гострого чи загострення хронічного пієлонефриту одержано у 9 (13,0±4,0%) осіб. У решти, тобто у 21 хворого, він був незадовільним (30,4±5,5%). Із гострим пієлонефритом вони були госпіталізовані. Залежність частоти відходження конкременту від його розміру та локалізації наведено в табл. 1. Частіше відходили камені до 0,5 см (60,4±7,8%) (p<0,05).

У 30 із 69 (43,5%) хворих каменегінний ефект проявився тільки міграцією конкременту. При цьому у 21 із 30 (70%) таких пацієнтів в середньому на 5,6±1,3 добу виникли ускладнення і з ознаками гострого обструктивного пієлонефриту вони були госпіталізовані. Із 16 хворих із каменями розміром – 0,5–1,0 см такий результат виявили у 8 пацієнтів, при каменях меншого розміру – у 13 хворих. Інші 9 хворих продовжували перебувати під наглядом.

Таблиця 1

Самостійне відходження конкрементів у хворих на уретеролітаз за традиційною схемою лікування з урахуванням їх розміру та локалізації

Розмір конкремента	Локалізація конкремента									Разом		
	Чашково-мисковий сегмент (ЧМС) та в/3 сечоводу			С/Зсечоводу			Н/3 сечоводу					
	Усього	Відійшли		Усього	Відійшли		Усього	Відійшли		Усього	Відійшли	
Абс. число		%, m	Абс. число		%, m	Абс. число		%, m	Абс. число		%, m	
До 0,5 см	7	3	42,9±12,3	26	15	57,7±8,8	20	14	70,0±9,7	53	32	660,4±7,8*
0,5-1,0 см	9	3	33,3±11,1**	5	3	60,0±8,7	2	1	50,0±9,2	16	7	43,7±7,9
Разом	16	6	37,5±7,7**	31	18	58,0±7,9	22	15	68,2±7,4	69	39	56,5±5,3

Примітка: * – різниця достовірна між цифрами в стовпчику; p<0,05; ** – різниця достовірна між цифрами в рядку; p<0,05.

Динамика основных показателей общего анализа крови больных на уретеролитиаз, перебіг якого ускладнений ІСШ, при лікуванні за традиційною схемою (n=33); M±m

Показники	Строки обстеження					
	До лікування	На 2-у добу	На 5-у добу	На 10-у добу	На 15-у добу	Через 1 міс
Лейкоцити $\times 10^9/\text{д}$	18,0 \pm 1,2	17,5 \pm 1,0	22,0 \pm 7,7	12,5 \pm 0,5*	10,5 \pm 0,5	8,5 \pm 0,5
Моноцити, %	17,7 \pm 2,9	-	15,8 \pm 1,8	14,3 \pm 0,6	12,07 \pm 0,6*	10,8 \pm 0,7
Лімфоцити, %	22,3 \pm 1,3	-	22,5 \pm 1,3	26,7 \pm 0,9*	27,7 \pm 1,0	29,1 \pm 0,9
Нейтрофільні гранулоцити, %	69,2 \pm 9,8	-	72,1 \pm 10,0	65,0 \pm 2,3	63,8 \pm 0,8	64,1 \pm 0,7
Співвідношення нейтрофільних гранулоцитів/лімфоцитів	3,1 \pm 0,6	-	3,2 \pm 0,3	2,5 \pm 0,2*	2,3 \pm 0,2	2,2 \pm 0,2
ШОЕ, мм/г	31,5 \pm 1,0	-	37,0 \pm 11,7	22,0 \pm 1,0*	18,6 \pm 0,9	14,1 \pm 0,7

Примітка: * – різниця достовірна; $p < 0,05$.

Результати лікування хворих на уретеролитиаз об'єктивізовані даними клініко-лабораторного, інструментального обстеження.

У 36 хворих із неускладненим перебігом уретеролитиазу при зверненні показав загальний аналіз крові були в межах їх унормованих значень. Такими вони залишалися протягом усього періоду спостереження. На окрему увагу, з точки зору негативно-го впливу на кінцевий результат лікування, потребують 33 хворих із інфекцією сечових шляхів (ІСШ). У табл. 2 наведені конкретні дані загального аналізу крові по строках спостереження.

Як видно з даних табл. 2, при зверненні наявність незначної нейтрофілії із збільшенням числа лейкоцитів, підвищене ШОЕ, високий показник співвідношення нейтрофільних гранулоцитів і лімфоцитів (у здорових $\approx 2,2$) свідчать про запальний процес в організмі.

Бактеріурія виявлена у 33 із 69. Бактеріологічне дослідження показало наявність збудників в титрі більше 10^3 КУЕ у 23 із 69 (33,3%). Основними патогенами були *E. coli* (48%), кокова група (43,5%), ентерокок (8,5%).

Пієлоектазія мала місце у 55 із 69 хворих (79,7%). Її наявність залежала від розміру конкремента: у всіх випадках при каменях 0,5–1,0 см; у 32 із 53 (60,4%) – при 0,5 см.

У 39 із 69 випадків (56,5%) досягнуто вивільнення ВСШ від конкремента. До них слід віднести 9 хворих (13,0%) із його міграцією, що не супроводжувалась розвитком ускладнень. Клінічний ефект залежить від локалізації та розміру каменя. Достовірно менше випадків при знаходженні його у в/3 сечовода:

Результаты традиционного лечения больных с камнями мочеточника в амбулаторных условиях

К.С. Собчинский, С.А. Возианов, С.А. Собчинский, А.А. Подмурняк

В работе проанализированы результаты лечения 69 больных уретеролитиазом в условиях поликлиники с использованием общепринятой традиционной схемы. Базой служили лечебные учреждения Хмельницкой области. Мужчин было 66,7%, женщин – 33,8%. У 23,2 \pm 5,0% больных камень локализовался в верхней трети (в/3), у 31,8 \pm 5,6% – в нижней трети (н/3) и у достоверного большинства (45,0 \pm 5,9%) – в средней трети (с/3) мочеточника. Инфекция мочевых путей (ИМП) была у 33 пациентов (47,8%). У 39 из 69 (56,5%) достигнуто «самоотхождение» конкремента, у 9 (13%) – его миграция, не сопровождающаяся осложнениями с последующим наблюдением. Обращает внимание значительный процент неудовлетворительных результатов – в 30,4 \pm 5,5% случаев (21 человек) на 5,6 \pm 1,3 дня от начала лечения развился острый пиелонефрит, который стал причиной госпитализации. Клинический эффект зависел от размера, локализации конкремента, наличия или отсутствия хронического пиелонефрита, сроков начала лечения. Полученные результаты обосновывают мотивацию необходимости усовершенствования традиционной схемы с целью улучшения конечных результатов, реальность которой обеспечена современными успехами фармако- и физиотерапии.

Ключевые слова: уретеролитиаз, традиционная схема, размер, локализация конкремента, хронический пиелонефрит.

37,5 \pm 7,7% проти 58,0 \pm 7,9% та 68,2 \pm 7,4% в с/3 та н/3 відповідно і логічно при 0,5–1,0 см – 43,7 \pm 7,0% проти 60,4 \pm 6,7% при розмірі до 0,5 см. Строки відходження триваліші при більшому конкременті: 22,0 \pm 4,3 доби проти 20,0 \pm 5,7 доби ($p > 0,05$). Бажаний результат одержано переважно у хворих, перебіг уретеролитиазу у яких неускладнений ІСШ – у 34 із 36 (94,4 \pm 3,8%), тоді як у хворих із ІСШ лише у 14 із 33 (42,4 \pm 8,6%). Відсоток незадовільних результатів 30,4 \pm 5,5%. Тобто практично кожний третій на 5,6 \pm 1,3 добу був госпіталізований з діагнозом гострого пієлонефриту. Із 21 хворого – 19 мали ІСШ.

ВИСНОВКИ

Установлено, що при лікуванні хворих на уретеролитиаз в амбулаторних умовах за традиційною стандартною схемою в 56,5% випадках досягнуто вивільнення верхніх сечових шляхів від конкремента, середні строки відходження – 20,4 \pm 5,6 доби.

У 13% випадках медикаментозна комплексна терапія завершилась міграцією конкремента вниз по сечоводу.

Незадовільні результати отримані у 30,4% хворих, на 5,6 \pm 1,3 добу на тлі гострого пієлонефриту вони були госпіталізовані.

Простежена лінійна залежність результатів лікування від розміру, локалізації каменя та наявності ІСШ.

Отримано підтвердження необхідності вдосконалення традиційної схеми для поліпшення кінцевих результатів лікування хворих з каменями сечовода.

Results of the traditional management of the patients having ureteric concretions under the ambulatory conditions

K.S. Sobchinsky, S.A. Vozianov, S.A. Sobchinsky, A.A. Podmurnyak

The work presents the results of management of 69 patients having ureterolithiasis who were treated under the conditions of polyclinics by the generally accepted scheme. The base of the study was the medical institutions of the Khmelnytska oblast. The men constituted 66.7% and women – 33.8%. In 23.2 \pm 5.05 % of patients the stone localized in the upper part of ureter, in 31.8 \pm 5.6% – in lower and in the reliable majority (45.0 \pm 5.9%) – in the middle. Chronic pyelonephritis was found in 33 patients (47.8%). 39 out of 69 patients (56.5%) showed «self-released» concrement, in 9 (13%) – its migration was not followed by complications with subsequent monitoring. Considerable percentage of unsatisfactory results attracts the attention – in 30.4 \pm 5.5% of cases (21 pts) on the 5.6 \pm 1.3 day since the start of treatment acute pyelonephritis developed which became the cause for hospitalization. The clinical effect depended on the size, localization of a concrement, presence or absence of chronic pyelonephritis, terms when treatment began. The received results confirm the wide potential of the medicament therapy in treatment of patients having ureterolithiasis in a polyclinic in case of a proper selection of a contingent and, along with this, it is substantiated the motivation of necessity to perfect the standard scheme with the aim to improve the final results the reality of which is secured by the modern success in pharmaco- and physiotherapy.

Key words: ureterolithiasis, standard scheme, size, localization of a concrement, chronic pyelonephritis.

Сведения об авторах

Собчинский Константин Станиславович – Хмельницкая областная больница, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1
Возианов Сергей Александрович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
Собчинский Станислав Антонович – Хмельницкая областная больница, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1

Пидмурняк Алексей Алексеевич – Хмельницкая областная больница, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1;
тел.: (067) 945-37-71

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанов О.Ф. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2 (33). – С. 17–24.
2. Пасечніков С.П. Сечокам'яна хвороба в аспекті госпіталізованої захворюваності/ С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, С.П. Дмитришин // Урологія . – 2009. – № 3. – С. 5–17.
3. Черненко В.В. Ефективність комплексного лікування хворих після видалення каменя сечоводу з використанням БАД ПРОЛІТ / В.В. Черненко, Д.В. Черненко, В.М. Шило // Здоровье мужчины. – 2012. – № 4. – С. 111–117.
4. Mical S. Medical therapy of urolithiasis/S. Mical, M. Grande, M.C. Sighinolfi [et al.] // J. Endourol. – 2006. – Vol. 20 (11). – P. 841 – 847.
5. Worster A. Fluids and diuretics for acute ureteric colic. Cochrane Database / A. Worster, C. Richards // Sys. Rev. – 2005. – CD 004926.

Статья поступила в редакцию 02.11.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ВЫЯВЛЕНА СВЯЗЬ МЕЖДУ МУЖСКИМ ДИАБЕТОМ И ТЕСТОСТЕРОНОМ

Мужчины со вторым типом диабета, имеющие низкий уровень тестостерона, могут извлечь пользу из лечения с применением данного гормона.

К такому заключению пришли ученые из Университета Буффало, которые провели первое рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование лечения тестостероном диабета второго типа у мужчин. Они также тщательно изучили роль устойчивости организма к инсулину, воспаление до начала лечения и после него.

Исследование было профинансировано Национальными институтами здоровья, его результаты были опубликованы в онлайн-версии журнала Diabetes Care, они также появятся в его печатном варианте. По словам старшего автора исследования, доктора Пареша дандони, профессора эндокринологии, диабета и метаболизма, ученые впервые смогли

получить определенные свидетельства того, что тестостерон повышает чувствительность к инсулину, в связи с чем его можно отнести к классу метаболических гормонов.

Ученые обнаружили, что низкий уровень тестостерона оказался связан с существенно пониженной чувствительностью к инсулину. Ранее профессор Дандона и его коллеги показали, что 33% мужчин с диабетом второго типа, с ожирением и без него, а также 25% мужчин без диабета, но с ожирением имели низкий уровень тестостерона.

Исследователи предположили, что тестостерон может быть противовоспалительным и повышающим чувствительность к инсулину агентом, поскольку уже было известно о том, что он понижает ожирение и повышает объем скелетных мышц. Предыдущее исследование также показало, что ожирение связано с оксидатив-

ным (окислительным) стрессом и воспалением, а медиаторы (проводники) воспаления нарушают сигнальные пути инсулина.

В последнее исследование были вовлечены 94 мужчины со вторым типом диабета. До начала лечения 44 мужчины были определены как имеющие низкую чувствительность к инсулину, их разделили случайным образом на группы инъекций тестостерона или плацебо еженедельно в течение 24 недель.

Было обнаружено, что при неизменной массе тела лечение с применением тестостерона привело к понижению уровня жира в организме на три килограмма, более того, масса скелетных мышц увеличилась на те же три килограмма. Также было отмечено резкое повышение уровня чувствительности к инсулину.

Источник: qqnews.ru