

Навколонирикові гематоми після малоінвазивних втручань на верхніх сечовивідних шляхах

В. Ф. Вітковський

Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького
Львівська обласна клінічна лікарня

Мета дослідження: визначення факторів ризику виникнення навколонирикових гематом після малоінвазивних втручань на верхніх сечовивідних шляхах (ВСШ), ефективності та тактики лікування на підставі ретроспективного аналізу лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано 29 випадків навколонирикових гематом після малоінвазивних втручань на ВСШ. Середній вік пацієнтів становив 49 років. Чоловіків було 52%, жінок – 48%. Усіх хворих розділено на дві групи. У I групу увійшли 18 хворих з ускладненнями під час лікування сечокам'яної хвороби методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії. У II групу – 11 пацієнтів з ускладненнями при різних ендоурологічних втручаннях.

Результати. Усім хворим була проведена інтенсивна терапія: інфузійна гемостатична антибактеріальна терапія. Після стабілізації стану пацієнтів динамічне спостереження проводили за допомогою лабораторних та інструментальних методів (ультрасонографії та внутрішньовенної урографії). Після закінчення стаціонарного лікування (~21 доба) спостереження продовжували в амбулаторних умовах з УЗД-контролем через 3–6–9–12–18 міс.

Заключення. Факторами ризику розвитку навколонирикових гематом при малоінвазивних втручаннях на ВСШ є наявність у хворих супутньої гіпертензії, цукрового діабету, атеросклерозу, ожиріння, первинних та вторинних коагулопатій, неодноразові сеанси у жорсткому режимі, що необхідно попередньо враховувати перед малоінвазивними втручаннями. Малоінвазивне дренування гематом необхідно застосовувати за наявності ознак їхнього нагноєння, відкрите оперативне лікування – за наявності ознак рецидиву гематом.

Ключові слова: навколонирикові гематоми, малоінвазивне втручання, верхні сечові шляхи.

Як відомо, одним із небезпечних ускладнень після малоінвазивних втручань на верхніх сечовивідних шляхах (ВСШ), зокрема екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ), уретерореноскопії (URS), черезшкірної нефролітотрипсії (PNL) під час лікування сечокам'яної хвороби (СКХ), а також у разі виконання черезшкірної нефростомії при дренуванні нирки є виникнення навколонирикових гематом, які виникають за даними різних авторів від 0,078% до 1,5% випадків і в окремих випадках потребують виконання нефростомії [4, 5, 8].

Фактори ризику розвитку навколонирикової гематоми (за відсутності порушення зсідання крові):

- попередня гіпертензія, особливо така, що погано контролюється;
- інфекція сечового тракту;
- білатеральна ЕУХЛ [1].

У великому дослідженні [2], яке охоплювало майже 11 тис. пацієнтів, ренальна гематома виникла в 0,28% випадків. Факторами ризику автори вважають артеріальну гіпертензію (46% випадків), порушення згортання крові та

попередні сеанси ЕУХЛ. Терапією вибору вважають консервативний підхід: у третині випадків резидуальну гематому виявляли через 18 міс після втручання. С. Torrecilla Ortiz та співавтори (1997) відзначали виникнення ниркових гематом у 0,078% випадків, з 10 випадків гематом лише в одному було виконано нефростомію з летальним наслідком через розвиток ДВЗ-синдрому [6].

J.F. Dominguez Molinero та співавтори (1997), які відзначали ниркові гематоми в 0,6% випадків, ділять їх на два типи [3]. I тип – гематома захоплювала менше ніж 1/3 об'єму нирки і не спричинює порушення функції, її ефективно лікували консервативно. Гіршим був прогноз при гематомах II типу, які мали об'єм понад 1/3 нирки і супроводжувалися порушенням її функції. За наявності таких гематом виникала потреба у відтермінованій евакуації або декомпресивній нирковій операції. Факторами ризику утворення гематоми J.F. Dominguez Molinero та співавтори вважають поширений атеросклероз, артеріальну гіпертензію, первинну або вторинну коагулопатію та обструкцію сечових шляхів.

До особливого виду навколонирикових гематом належать випадкові пошкодження під час виконання ендоурологічних операцій (черезшкірної нефростомії) – перфорація ниркової миски або чашки нирки з проникненням сечовідного катетера чи струни у паренхіму нирки, навколонирикову клітковину, надриви слизової оболонки чашечки внаслідок уведення в нирку надмірної кількості рідини під тиском [7].

Мета дослідження: визначення факторів ризику виникнення навколонирикових гематом після малоінвазивних втручань на ВСШ, ефективності та тактики лікування на підставі ретроспективного аналізу лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За 5 років нами проаналізовано 29 випадків навколонирикових гематом після малоінвазивних втручань на ВСШ. Середній вік пацієнтів становив 49 років. Чоловіків було 52%, жінок – 48%.

Усіх хворих розділено на дві групи.

У I групу увійшли 18 хворих з ускладненнями під час лікування СКХ методом ЕУХЛ. З них у 16 хворих розміри субкапсулярних гематом становили ~ 1,5–3 см Ч 3–6 см та у 2 хворих – 5–6 см × 10–11 см (від верхнього до нижнього сегменту нирки).

У II групу увійшли 11 пацієнтів з ускладненнями при різних ендоурологічних втручаннях (УРС – 2 хворих, ЧШНЛ – 7 хворих, черезшкірна нефростомія – 2 хворих). З них у 4 хворих були гематоми розміром ~10 см × 10 см та у 7 хворих ~ 3–6 см × 4–8 см.

Гематоми у 24 хворих I та II груп діагностовано методом УЗД у ранні терміни (до 1 год) після завершення оперативного втручання, у 5 хворих I групи гематоми невеликого розміру, що клінічно не проявлялись, діагностовано на другу добу.

З усіх хворих субкапсулярну локалізацію гематоми діагностовано у 25 випадках, у 4 хворих II групи гематома виходила за межі капсули – у паранефрії.

За великих розмірів гематоми спостерігалася компресія нею паренхіми нирки, при УЗД виявляли деформацію (прогинання) та підвищення ехогенності паренхіми, а під час доплерографії – зниження кровотоку у внутрішньониркових судинах з підвищенням індексу резистентності.

З факторів ризику проведення малоінвазивних втручань у 12 хворих I групи та у 4 хворих II групи діагностували гіпертонічну хворобу (ГХ) II–III ступеня, в 5 випадках (у 4 хворих I групи та 1 хворого II групи) на тлі цукрового діабету середньої ступеня тяжкості та атеросклерозу, у 2 хворих II групи – ожиріння II–III ступеня.

У 4 хворих I групи були повторні сеанси ЕУХЛ із застоуванням жорсткого режиму при каменях нирок. В одного хворого I групи виявлено тривале неконтрольоване вживання анальгетиків по 2–3 таблетки на день протягом 2 тиж.

У 4 хворих I групи та у 4 хворих II групи спостерігали нестабільну гемодинаміку (зниження АТ до 60–80/40 мм рт.ст., тахікардія), з них в одному випадку у хворого після ЧШНЛ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім хворим проведена інтенсивна терапія: інфузійна гемостатична антибактеріальна терапія, у 3 (10,3%) випадках – препарати крові, суворий ліжковий режим (не менше 10–14 днів). У пацієнта з великою (ймовірно) урогематою після ЧШНЛ було виявлено протягом двох діб повторні клінічні ознаки кровотечі та при УЗД – збільшення об'єму гематоми, після чого проведено оперативне втручання – нефректомію. В одному з випадків виявлена урогематома після URS, де проведено черезшкірне дренування урогематоми з причини інфікування. У 4 хворих I групи після ЕУХЛ з метою розблокування нирки проведено встановлення сечовідного стента.

Після стабілізації стану пацієнтів динамічне спостереження проводили за допомогою лабораторних та інструментальних методів (ультрасонографії та внутрішньовенної урографії).

Околопочечные гематомы после малоинвазивных вмешательств на верхних мочевыводящих путях В.Ф. Витковский

Цель исследования: определение факторов риска возникновения околопочечной гематомы после малоинвазивных вмешательств на верхних мочевых путях (ВМП), эффективности и тактики лечения на основании ретроспективного анализа лечения.

Материалы и методы. Проанализированы 29 случаев околопочечных гематом после малоинвазивных вмешательств на ВМП. Средний возраст пациентов составил 49 лет. Мужчин было 52%, женщин – 48%. Все больные разделены на две группы. В I группу вошли 18 больных с осложнениями при лечении мочекаменной болезни методом экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии. Во II группу – 11 пациентов с осложнениями при различных эндouroлогических вмешательствах.

Результаты. Всем больным была проведена интенсивная терапия: инфузионная гемостатическая антибактериальная терапия. После стабилизации состояния пациентов динамическое наблюдение проводили с помощью лабораторных и инструментальных методов (ультразвуковой и внутривенной урографии). После окончания стационарного лечения (~21 сут) наблюдение продолжали в амбулаторных условиях с УЗИ-контролем через 3–6–9–12–18 мес.

Заключение. Факторами риска развития околопочечной гематомы при малоинвазивных вмешательствах на ВМП является наличие у больных сопутствующей гипертензии, сахарного диабета, атеросклероза, ожирения, первичных и вторичных коагулопатий, неоднократные сеансы в жестком режиме, что необходимо предварительно учитывать перед малоинвазивными вмешательствами. Малоинвазивное дренирование гематом необходимо применять при наличии признаков их нагноения, открытое оперативное лечение – при наличии признаков рецидива гематом.

Ключевые слова: околопочечные гематомы, малоинвазивные вмешательства, верхние мочевые пути.

Після закінчення стаціонарного лікування (~21 доба) спостереження продовжували в амбулаторних умовах з УЗД-контролем через 3–6–9–12–18 міс. Гематоми, об'єм яких не перевищував 1/2 об'єму нирки, розсмоктувались за 6–9 міс. Гематоми, об'єм яких був більшим – розсмоктувались за 9–18 міс.

У 3 випадках через 12–18 міс виконано екскреторну урографію та радіоізотопну ренографію, де виявлено збережену функцію нирки. Решта хворих не з'явилися або відмовилися від проведення екскреторної урографії.

У 2 хворих II групи були рецидивуючі кровотечі після нефростомії у ранній післяопераційний період з поширенням у паранефрії. У цих хворих виконано селективну емболізацію глобулярних гілок ниркової артерії, рецидивів кровотечі не відзначено. В окремих випадках селективну емболізацію внутрішньониркових артерій виконати не було можливим з технічних причин.

ВИСНОВКИ

1. Ультразвукова діагностика у ранній термін (до 1 год) після проведення малоінвазивних втручань на верхніх сечових шляхах (ВСШ) є ефективним методом для виявлення навколониркових гематом.

2. Факторами ризику розвитку навколониркових гематом при малоінвазивних втручаннях на ВСШ є наявність у хворих супутньої гіпертензії, цукрового діабету, атеросклерозу, ожиріння, первинних та вторинних коагулопатій, неодноразові сеанси в жорсткому режимі, що необхідно попередньо враховувати перед малоінвазивними втручаннями.

3. Методом вибору лікування навколониркових гематом є консервативний.

4. Малоінвазивне дренування гематом необхідно застосовувати за наявності ознак їхнього нагноєння, відкрите оперативне лікування – за наявності ознак рецидиву гематом, нестабільній гемодинаміці, при неефективній інтенсивній консервативній гемостатичній терапії.

Hematomas after the minimally invasive surgery upper urinary tract V.F. Vitkovskiy

The objective: to determine the risk factors for the occurrence of pericardial hematoma after minimally invasive upper urinary tract interventions (UTI), the effectiveness and treatment tactics based on retrospective treatment analysis.

Materials and methods. 29 cases of pericardial hematomas after minimally invasive interventions in UTI have been analyzed. The average age of the patients was 49 years. Men were 52%, women – 48%. All patients are divided into two groups. The I group included 18 patients with complications in the treatment of urolithiasis using extracorporeal shock wave lithotripsy. The II group included 11 patients with complications with various endourological interventions.

Results. All patients underwent intensive therapy: infusion hemostatic antibacterial therapy. After stabilization of the patients' condition, dynamic observation was performed using laboratory and instrumental methods (ultrasound and intravenous urography). After the end of inpatient treatment (~21 days), follow-up was continued in outpatient settings with ultrasound monitoring at 3-6-9-12-18 months.

Conclusion. Risk factors for the development of perineal hematoma with minimally invasive interventions for UTI are the presence of concomitant hypertension, diabetes mellitus, atherosclerosis, obesity, primary and secondary coagulopathies in patients, and repeated sessions in a hard mode, which must be taken into account before minimally invasive interventions. Minimally invasive drainage with hematomas should be used in the presence of signs of their suppuration, open surgical treatment – in the presence of signs of recurrence of hematoma.

Key words: perineal hematomas, minimally invasive interventions, upper urinary tract.

Сведения об авторе

Витковский В.Ф. – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львовская областная клиническая больница, 79000, г. Львов, ул. Черниговская, 7; тел.: (0322) 78-62-14

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Andersen J.N, Mogensen P. Extracorporeal shock wave lithotripsy of urinary calculi. Results from the first 306 patients treated at the Copenhagen Municipal Stone Center with a second generation lithotripter // Scand. J. Urol. Nephrol. – Suppl. 1991. – 138. – P. 19–24.
2. Collado Serra A., Huguet Perez J., Monreal Garcia de Vicuna F, et al. Renal hematoma as a complication of extracorporeal shock wave lithotripsy // Scand J. Urol. Nephrol. – 1999. – Vol. 33, № 3. – P. 171–5.
3. Dominguez Molinero J.F., Arrabal Martin M., Mijan Ortiz J.L. et al. [Renal hematomas secondary to extracorporeal shockwave lithotripsy] // Arch Esp Urol. – 1997. – Vol. 50, № 7. – P. 767–71.
4. Gordon H, Mather J. Ureteral and bladder stone SWL: lessons learned from an individual physician series // J. Endourol. – 1997. – Vol. 11, Suppl. 1. – p. 12–16, S. 172.
5. Schmiedt E., Chaussy C. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) of kidney and ureteric stones // Int. Urol. Nephrol. – 1984. – Vol. 16, № 4. – P. 273–283.
6. Torrecilla Ortiz C., Matias Lopez J.J., Contreras Garcia J., et al. [Renal hematoma after shockwave extracorporeal lithotripsy] // Actas Urol. Esp. – 1997. – Vol. 21, № 8. – P. 752–757.
7. von der Recke P, Nielsen MB, Pedersen JF. Complications of ultrasound-guided nephrostomy: a 5-year experience // Acta Radiol. – 1994. – Vol. 35. – P. 452–454.
8. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Анализ развития осложнений дистанционной ударноволновой литотрипсии, их профилактика и лечение // Матер. Второго Всероссийского симпозиума по литотрипсии. – Пермь, 1994. – С. 186–194.

Статья поступила в редакцию 16.03.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОТКАЗ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТРАНСЖИРОВ
ПОНИЗИТ РИСК ИНСУЛЬТА

Исследователи из Йельского университета обнаружили, что отказ от употребления продуктов с высоким содержанием трансжиров может снизить риск возникновения инсульта и сердечного приступа.

Трансжирные кислоты или трансжиры содержатся в таких продуктах, как чипсы, крекеры, жареные продукты и хлебобулочные изделия.

Такие выводы ученые сделали после изучения статистики госпитализации людей в штате Нью-Йорк с 2002 по 2013 годы. В тех округах штата Нью-Йорка, где население в течение трех последних лет сократило употребление

трансжиров, число обращений в медицинские учреждения из-за случаев сердечного приступа и инсульта в среднем сократилось на 6,2 процента (по сравнению с соседними регионами).

"Сведение к минимуму или исключение из рациона трансжиров может значительно снизить риск возникновения инсульта и сердечного приступа... Запрет трансжиров на государственном уровне может стать настоящей победой для миллионов людей", - заявил один из авторов исследования.

Трансжирные кислоты или трансжиры содержатся в таких продуктах, как чипсы, крекеры,

жареные продукты и хлебобулочные изделия. Употребление продуктов с высоким содержанием трансжиров повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смерти во всем мире. В последние годы в Нью-Йорке и других американских городах принимаются меры по сокращению трансжиров в ресторанах и закусочных. Управление по контролю над продуктами и лекарствами США (FDA) заявило о решении исключить трансжиры из продуктов питания полностью к 2018 году.

Источник : riaami.ru