

Цель: оценить особенности дренирования верхних мочевых путей при чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС) и при стентировании мочеточника.

Материал и методы: по поводу обструктивно-воспалительных осложнений МКБ (обострение хронического обструктивного пиелонефрита) за период 2007-2011 годы наблюдались 28 пациентов в возрасте $66,8 \pm 5,4$ года, обоего пола. 17 больным выполнена ЧПНС, а у 11 установлен внутренний мочеточниковый стент. Срок дренирования в обоих случаях не превышал 1,5 мес.

Результаты и обсуждение: Для восстановления оттока мочи из полостной системы почки на фоне обструктивно-воспалительных осложнений МКБ в одной группе больных выполнена установка внутреннего стента. Тогда как второй группе наложена ЧПНС под УЗ и рентгеноскопическим контролем. Используемая анестезия местная или сочетание местной с наркотическими анальгетиками. Длительность выполнения ЧПНС 10 – 15 мин. Диаметр устанавливаемого дренажа 9-12 Ch. Как правило, ЧПНС выполняется на фоне пиелокаликоектазии и функционального угнетения почки, проводимая инфузионная и антибактериальная терапия восстанавливала диурез и купировала воспалительный процесс. Возникшие технические трудности при установлении мочеточникового стента (отек устья и/или стенки мочеточника на фоне патологического процесса) в 30% случаев привели к удлинению времени оперативного пособия до 30-40 мин. Лихорадка купирована в первой группе на $4,3 \pm 2,4$ сутки, тогда как во второй группе температура тела нормализовалась на $2,7 \pm 1,4$ сутки. Уростаз уходил в первой группе на 2-3 сутки, а при ЧПНС за первые сутки.

Выводы: Т.о. ЧПНС в виду малотравматичности и быстроты выполнения является методом выбора в комплексной терапии обструктивно-воспалительных осложнений МКБ у пожилых людей. А длительное сохранение наружного дренажа не ухудшит качество жизни. Развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса, малый срок функционирования (около 1 мес) и дизурические расстройства делают применение мочеточниковых стентов у данной категории пациентов менее предпочтительными.

ХРОНОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Фентисов В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шкодкин С.В.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра хирургических болезней №2

Актуальность. Мочекаменная болезнь является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний и встречается у 3% населения.

В России мочекаменная болезнь занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляя в среднем 34,2% [Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Руденко В.И. и др., 2007]. Обструктивная уропатия, проявляющаяся почечной коликой, является ведущей [Павлова Л.П., 2001]. В 60% случаев уrolитиаз приводил к операции на почках и мочеточниках [Боари В., Менфредини Р., 2002]. Возможно, одной из причин недостаточной эффективности консервативного лечения уrolитиаза является отсутствие учета сезонных и суточных биоритмов обострения (рецидива), цикла сон-бодрствование, циклического выброса гормонов, функционирования высших отделов центральной нервной системы [Россихин В.В., Бухмин А.В., 2003].

Цель: проследить хроноритмологическую особенность почечной колики у больных МКБ.

Материалы и методы. В исследование 46 пациентов находившихся в урологическом отделении белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа за период с 2007 по 2011, с диагнозом почечная колика.

Больные были распределены по возрасту (учитывая возрастные характеристики периодов жизни человека) - от 19 до 35 лет –12 %, от 36 до 55 лет – 64%, от 56 до 75 лет 31% и от 76 до 90 лет 3%.

Всем пациентам проводилось стандартное лабораторное обследование, включавшее общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза, общий белок и др.), бактериологическое исследование мочи. Методы визуальной диагностики включали в себя обзорную и экскреторную урографию, ультразвуковое исследование.

Результаты и их обсуждение. Анализируя поступление больных в стационар с верифицированным диагнозом почечной колики в свете сезонной периодичности, полученные данные, свидетельствующие о большом поступлении больных в июле и августе, 31 больной (68%). Что подтверждается данными хронобиологического исследования [Левицкий А.И., 2007; Зайцев В.И., 2008].

Распределение по времени возникновения приступа почечной коликой, свидетельствует о четком преобладании острой обструкции мочевых путей в вечернее и ночное время суток. Так 28 больных отмечали развитие приступа почечной колики с 18 00 до 6 00 часов, максимальное число приступов 60,9% наблюдалась в промежутки: 22 00 – 1 00 и 3 00 – 6 00 часов. Возможно, причиной является ритм секреции мелатонина, в ночное время его концентрация достигает максимума, тогда как к утру значительно снижается.

Выводы: Таким образом, у больных с МКБ, осложненной почечной коликой, на основании изучения хроноритмологических особенностей течения почечной колики, можно установить, что выявлено наличие ультрадианного (максимум госпитализаций в июле и августе) и циркадианного (акрофазы 22 00 – 1 00 и 3 00 – 6 00 часов ночи) хронологического ритма.