

Результаты динамического клинико-лабораторного и ультразвукового исследования показали, что ни у одной наблюдаемой нами пациентки не было отмечено развития воспалительных заболеваний органов малого таза, вульвы и влагалища, а также мочевыводящих путей.

После приема сафоцида 20 (66,7%) женщин указывали на развитие (легкой) тошноты, 2 (6,7%) – на появление легкой головной боли.

Развитие кожной аллергической реакции после приема сафоцида отмечено у 1 (3,3%) пациентки.

Перечисленные нежелательные эффекты компонентов сафоцида проходили самостоятельно и не требовали медикаментозной коррекции.

Применение вагинальных свечей гексикон большинством пациенток было перенесено хорошо. Лишь 2 (6,7%) пациентки ощущали зуд и жжение, а 3 (10,0%) женщины указали на дискомфортное состояние, связанные с усилением влагалищных выделений при интравагинальном применении лекарственного суппозитория – гексикон.

Следует отметить, что ни одна из пациенток от применения предложенных лекарственных препаратов не отказалась.

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что представленная комбинированная терапия с использованием сафоцида и гексикона при удалении внутриматочного контрацептива, позволяет не только предупредить, но и устранить инфекционные и воспалительные заболевания половых органов, нормализовать биоценоз влагалища.

Отмечен широкий спектр антимикробного действия, хорошая переносимость и высокая клиническая эффективность используемых препаратов. Однократный прием сафоцида и применение вагинальных свечей гексикон в вечернее время является удобным для пациентки.

Рекомендуем представленную схему превентивной антимикробной терапии для широкого использования в практической гинекологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецова И.В. Внутриматочная контрацепция // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 26-30.
2. Кузнецова И.В., Твалчрелидзе М.Ю., Ананьев В.А. [и др.]. Контрацепция после родов // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 4. – С. 25-31.
3. Полякова В.А. Современная гинекология. – Тюмень: Из-во ФГУИПП «Тюмень», 2004. – 608 с.
4. Прилепская В.Н. Эпоха контрацептивного просвещения // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 25.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 920 с.
6. Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 400 с.

Синчихин Сергей Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru

Мамиев Олег Борисович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru

УДК 616.613-003.7-084

© М.А. Узденов, Э.К. Яненко, 2011

М.А. Узденов¹, Э.К. Яненко²

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗДНЕЙ СТАДИЕЙ ГИДРОНЕФРОЗА

¹РГ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», г. Черкесск

²ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», г. Москва

Обследовано 24 больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза. Современные методы исследования позволили объективно оценить структурно-функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей у этой категории больных. Важнейшим условием успешного применения новых диагностических и лечебных технологий у обследованных больных явилось предварительное дренирование пораженной почки. Обратимый характер наступивших уро- и гемодинамических изменений установлен у 20 (83,3%) больных, которым выполнены органосохра-

няющие оперативные пособия с хорошими результатами. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности применения современных методов диагностики и органосохраняющих реконструктивно-пластических методов оперативного лечения у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, гидронефроз и уретерогидронефроз, структурно-функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей, реконструктивно-пластические операции.

M.A. Uzdenov, E.K. Yanenko

DIAGNOSTICS AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS COMPLICATED BY LATE STAGE HYDRONEPHROSIS

24 patients with urolithiasis complicated by late stages of hydronephrosis were examined. Modern methods allowed objectively to estimate the structural-functional status of kidney and upper urinary tract of these patients. Essential feature to the successful use of new diagnostic and therapeutic technologies of the examined patients was the pre-drainage of the affected kidney. Reversible nature of uro – and hemodynamic changes were seen in 20 (83,3%) patients who underwent organ operational treatment with good results. The experience demonstrated the high efficiency of modern methods of diagnosis and organ reconstruction- plastic methods of surgical treatment of patients with urolithiasis complicated by late stages of hydronephrosis and ureterohydronephrosis.

Key words: urolithiasis, hydronephrosis and ureterohydronephrosis, structural-functional status of kidney and upper urinary tract, reconstructive-plastic operations.

Последние десятилетия ознаменовались значительными успехами в диагностике и лечении больных мочекаменной болезнью. Этому обстоятельству во многом способствовали технический прогресс и активное внедрение в клиническую практику новых технологий: ДЛТ, рентген-эндоскопических методов и др. [7, 8]. Существенному преобразованию и совершенствованию подверглись рентгеновские, МРТ, ультразвуковые и морфологические методы исследования [1, 2, 14, 15, 16].

Стали возможными ранняя диагностика мочекаменной болезни, осложненной поздней стадией гидронефроза, совершенствование оперативной техники и послеоперационного ведения больных [3, 4, 5, 6, 10, 12, 13]. С высокой эффективностью применяются рентген-эндоскопические методы лечения больных мочекаменной болезнью [1, 2, 8, 9, 12]. Тем не менее, проблема диагностики и лечения больных мочекаменной болезнью, осложненной поздней стадией гидронефроза, не потеряла присущей актуальности и в настоящее время. Особенно это касается поздних стадий гидронефроза вследствие мочекаменной болезни, так как в отличие от начальных форм заболевания, когда органосохраняющий подход является общепринятым, при терминальной стадии гидронефроза вследствие нефролитиаза, как правило, выполняется нефрэктомия. При этом следует отметить, что рецидив камнеобразования наблюдается через 1-4 года у 52,5% больных нефролитиазом, перенесших нефрэктомию (О.Л. Тиктинский и В.П. Александров, 2000), что значительно ухудшает прогноз для здоровья и качества жизни больных. Не в последнюю очередь это связано с отсутствием единого подхода к оценке структурно-функционального состояния почки и верхних мочевыводящих путей при гидронефротической трансформации почки и, что очень важно, критериев обратимости наступивших при этом изменений. Все вышеизложенное обусловило необходимость проведения исследования с целью оптимизации диагностики и результатов лечения больных нефролитиазом при его осложнении поздней стадией гидронефроза.

Исходя из вышеизложенного, определена **цель исследования** – улучшить диагностику и результаты лечения больных мочекаменной болезнью, осложненной поздней стадией гидронефроза.

Для реализации цели поставлены **задачи**:

- применить современные эффективные методы диагностики для объективной оценки структурно-функционального состояния почек и верхних мочевых путей у больных мочекаменной болезнью осложненной поздней стадией гидронефроза
- применить современные органосохраняющие реконструктивно-пластические методы оперативного лечения у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздней стадией гидронефроза.
- оценить эффективность применения современных методов диагностики и органосохраняющих реконструктивно-пластических методов оперативного лечения у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздней стадией гидронефроза.

Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют о высокой регенераторной способности почки при длительно существующей обструкции верхних мочевыводящих путей. Установлено, что почка обладает значительными регенераторными способностями. В эксперименте функция почечной паренхимы восстанавливалась даже после полной обструкции верхних мочевыводящих путей в течение 4 недель. В клинических условиях орган начинал нормально функционировать после устранения обструкции длительностью 56 и 69 суток [9]. Почка способна в условиях стресса или длительно существующей обструкции поддерживать кровоснабжение на уровне органной жизнедеятельности. Даже при полной обструкции моча продолжает выделяться, и, когда внутрилоханочное давление достигает фильтрационного, а клубочковая фильтрация прекращается, происходит повышение проницаемости слизистой оболочки в самом слабом месте чашечно-лоханочной системы – своде почечных чашечек. В результате моча из лоханки просачивается в интерстициальную ткань почки, где всасывается в лимфатическую систему. При этом внутрилоханочное давление падает и клубочковая филт-

рация возобновляется. Благодаря этому защитному механизму почка продолжает функционировать даже при выраженном гидронефрозе. От развития терминальных изменений при гидронефрозе почку предохраняет очаговый характер атрофии. Поскольку все ветви почечной артерии – сосуды конечного типа, в первую очередь атрофируются участки паренхимы, наиболее удаленные от междольковых артерий. По мере прогрессирования гидронефроза дольше всего сохраняют жизнеспособность участки паренхимы вокруг крупных артерий. Таким образом, почка сохраняет способность функционировать даже при длительной обструкции. После устранения последней, гибель части нефронов компенсируется гиперплазией нефронов в местах, наименее подверженных компрессии и ишемии.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ обследования и лечения 24 больных мочекаменной болезнью, осложненной поздней стадией гидронефроза и уретерогидронефроза (15 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 19 до 65 лет. Из них у 16 пациентов имел место стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) с гидронефрозом, у 2 – стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента и стеноз тазового отдела мочеточника, у 4 – стеноз тазового отдела мочеточника при длительном нахождении камня в мочеточнике, еще у 2 – подковообразная почка. Длительность заболевания у больных составила от 6 месяцев до 19 лет.

Бессимптомное течение гидронефроза явилось основной причиной выявления заболевания в поздней стадии в 8 случаях, в 16 случаях больным ранее было проведено оперативное лечение в других лечебных учреждениях. В связи с этим, пациентам в других лечебных учреждениях предлагались органосохраняющие операции.

Всем больным проводили комплексное обследование, включающее, помимо общепринятых методик, фармакологическое ультразвуковое исследование (УЗИ), эходоплерографию почек, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с реконструкцией изображения и виртуальной уретеропиелоскопией.

О функции почки судили по результатам УЗИ (толщина почечной паренхимы), эходоплерографии (индекс резистентности (RI) почечной паренхимы). Степень ретенции верхних мочевыводящих путей определяли по данным УЗИ и МСКТ.

В результате обследования были выявлены выраженные структурно-функциональные изменения пораженного органа, граничащие с терминальными: толщина почечной паренхимы не превышала 3-6 мм, кровотоков в 5 почках не регистрировался.

С целью определения истинного функционального состояния почки, а так же подготовки к возможной реконструктивной операции всем больным произведено дренирование почки путем пункционной нефростомии (19) и установки внутреннего стента (5).

На фоне дренирования почки проводилось антибактериальное лечение, лечение медикаментами, улучшающими органную микроциркуляцию, обменные процессы в соединительной ткани.

Данные повторного обследования свидетельствовали о наличии терминальных изменений почечной паренхимы и верхних мочевыводящих путей у 4 пациентов с гидронефротической трансформацией почки вследствие нефролитиаза. Этим больным была выполнена нефрэктомия (табл.).

Результаты обследования 20 больных свидетельствовали об улучшении функционального состояния почки и верхних мочевых путей. Было принято решение о выполнении органосохраняющего оперативного лечения этой группе пациентов (табл.).

При оперативном лечении были использованы как известные традиционные подходы к хирургии почек и мочевых путей: резекция верхней трети мочеточника, лоханки с уретеропиелостомией (операция Хайнса-Андерсена), резекция перешейка подковообразной почки, лоханки и верхней трети мочеточника с уретеропиелостомией, резекция мочеточника с уретеро-уретероанастомозом, нефрэктомия; так и собственный оригинальный метод оперативного лечения: резекция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), лоханки и продольная резекция верхней и нижней чашечек почки [11].

Таблица

Характер выполненных операций больным мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза

Вид операции	Количество больных	
	абс.	%
Резекция лоханки, продольная резекция верхней и нижней чашечек, верхней трети мочеточника, уретеропиелостомия, биопсия почки.	6	25
Резекция лоханки и верхней трети мочеточника, уретеропиелостомия, биопсия почки.	7	29,1
Резекция лоханки и верхней трети мочеточника, уретеропиелостомия, биопсия почки, уретеронеоцистостомия	1	4,1
Резекция перешейка подковообразной почки, резекция лоханки и верхней трети мочеточника, уретеропиелостомия, биопсия почки	2	8,35
Резекция мочеточника с уретероуретероанастомозом	4	16,6
Нефрэктомия	4	16,6

Результаты исследования и их обсуждение. У обследованных нами больных бессимптомное течение явилось основной причиной поздней диагностики заболевания в 8 случаях, в 16 случаях больным ранее были произведены оперативные пособия по поводу мочекаменной болезни.

УЗИ с эходоплерографией, МСКТ, а также отдельные лабораторные функциональные тесты (из дренажа почки) позволили объективно и дифференцированно оценить структурно-функциональное состояние как пораженной, так и контралатеральной почек. Эти методы обследования, выполненные после адекватного дренирования почки, с высокой степенью достоверности позволяют оценить возможность обратимости наступивших уро- и гемодинамических изменений, что является первоочередной задачей при обследовании и планировании лечебной тактики у больных мочекаменной болезнью с поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза.

В результате выполненных обследований установлен обратимый характер наступивших уро- и гемодинамических изменений у 20 больных. Этим пациентам выполнены органосохраняющие оперативные пособия. У 4 больных установлено наличие необратимого характера изменений в гидронефротически трансформированных почках. Этой группе больных выполнены органуносящие операции.

Таким образом, современные методы исследования позволили объективно оценить структурно-функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза, с высокой степени достоверности свидетельствовали о возможной обратимости наступивших уро- и гемодинамических изменений. Важнейшим условием успешного применения новых диагностических и лечебных технологий у больных мочекаменной болезнью, осложненной с поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза, явилось предварительное дренирование пораженной почки.

Выводы.

1. Современные методы исследования позволяют объективно оценить структурно-функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза.

2. Предварительное дренирование пораженной почки является важнейшим условием успешного применения новых диагностических и лечебных технологий у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза.

3. Наш опыт диагностики и лечения больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза, свидетельствует о высокой эффективности применения современных методов диагностики и органосохраняющих реконструктивно-пластических методов оперативного лечения у этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.С. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения. М., 2006. – 235 с.
2. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Саенко В.С. Метафилактика мочекаменной болезни. – М., 2007. – 350 с.
3. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. [и др.]. Гидронефроз. – М., 2002. – 40 с.
4. Григорян В.А. Хирургическое лечение гидронефроза: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 360 с.
5. Кучера Я. Хирургия гидронефроза и уретерогидронефроза. – Прага, 1963. – 221 с.
6. Лопаткина Н.А. Оперативная урология. – Л.: Медицина, 1986. – 480 с.
7. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. 15-летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). – М., 2003, – С. 5-25.
8. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения / под ред. Член-корреспондента РАМН, профессора Ю.Г. Аляева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 216 с.
9. Танаго Э., Маканич Дж. Урология по Дональду Смиту. Пер. с англ. – М., 2005. – 819 с.
10. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб, 2000. – 279 с.
11. Узденов М.А., Степанов В.Н. Способ хирургического лечения нефролитиаза в сочетании с гидронефрозом: пат. 2177738 Рос. Федерации. № 2001108893/14; заявл. 05.04.2001; опубл. 10.01.2002. – 8 с.
12. Ханно Ф.М., Малкович С.Б., Вейн А.Дж. Руководство по клинической урологии. Пер. с английского под редакцией Член-корреспондента РАМН, профессора Ю.Г. Аляева. – М., 2006 – 543 с.
13. Хинман Ф. Оперативная урология. – М., 2001. – 1192 с.
14. Штайнбах Ф., Ридмиллер Г., Гогенфеллнер Р. Межреберный доступ к почке и пластика лоханочно-мочеточникового сегмента. Оперативная урология классика и новации. – М.: Медицина, 2003. – С. 2-10.

15. Gaucher O., Hubert J., Blum A. Evaluation of spiral computed tomography in the demonstration of kidney stones. Ex vivo study // Prog. Urol. – 1998. – Vol. 8., № 6. – P. 347-351.
16. Loose R., Oldendorf M., Deichen J.T., Wucherer M. Management des Daten – volumens von Multizeilen – CT – Scannern // Fortsch. Röntgenstr. – 2000. – Vol. 172. – P. 133.

Узденов Мустафа Азретович, кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением Республиканского Государственного ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Россия, 369000, г. Черкесск, ул. Гвардейская, 1, тел. (887822) 5-46-80, e-mail: uzdenov.mustafa@yandex.ru

Яненко Элана Константиновна, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Россия, г. Москва, ул. 3-я Парковая, 51, тел. (495) 367-21-17

УДК 616.8-022.6-053.2

© Г.А. Харченко, О.Г. Кимирилова, 2011

Г.А. Харченко, О.Г. Кимирилова

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В статье рассматриваются современные вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения энтеровирусных менингитов у детей. Приводятся клинические примеры наиболее часто встречающихся форм данной патологии.

Ключевые слова: дети, энтеровирусные менингиты, клиника, лечение.

G.A. Harchenko, O.G. Kimirilova

ENTEROVIRAL NEUROINFECTIONS IN CHILDREN

The article deals with modern questions of etiology, clinic, diagnostics and treatment of enteroviral meningitis in children. The clinical examples of most frequent cases of such pathology are given.

Key words: children, enteroviral meningitis, clinic, treatment.

Энтеровирусы Коксаки и ЕСНО вызывают ряд клинических синдромов. Одним из наиболее часто встречающихся является серозный менингит, который регистрируется во многих регионах Российской Федерации и других стран мира, как в виде спорадических случаев, так и крупных эпидемий с охватом сотен и тысяч человек [1, 4, 5]. В Астраханской области отмечаются ежегодные вспышки энтеровирусных нейроинфекций в летний период (июль-август). Наибольшее количество заболевших приходится на город – до 70% всех случаев, с приблизительно равномерным распределением по районам. Из районов области наиболее неблагоприятными в 2009 г. являлись Икрянинский, Приволжский, что можно объяснить групповой заболеваемостью энтеровирусными менингитами в детских коллективах данных районов.

Цель: изучение клинико-эпидемиологической характеристики энтеровирусных нейроинфекций у детей в Астраханской области.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 324 больных энтеровирусными менингитами в возрасте до 17 лет, лечившихся в ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница имени А.М. Ничоги», в период с 1989 по 2009 гг. Этиологический диагноз подтверждался вирусологическими и серологическими методами исследования: реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА), выделением вирусных РНК из крови и ликвора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием парных сывороток крови для определения антигенов и антител.

Весь полученный материал обрабатывался статистически.

Результаты исследования. Изучение этиологической структуры энтеровирусных менингитов за последние 20 лет свидетельствует о циркуляции различных энтеровирусов на территории Астраханской области. За данный период в Астраханской области регистрировались 14 серотипов ЕСНО (ЕСНО 1-4, 7, 10, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 30), шесть – Коксаки В (В 1-6), один – Коксаки А-9. В 68% сезонная заболеваемость энтеровирусными менингитами обуславливалась вирусами ЕСНО, в 32% – вирусами Коксаки. Из всех серотипов энтеровирусов ЕСНО наиболее часто встречались вирусы ЕСНО 20, 21, 30 в 14 эпидемических сезонах. В пяти эпидемических сезонах ведущим этиологическим фактором являлись вирусы Коксаки В 3 и 5. Из других серотипов вируса Коксаки В встречались вирусы Коксаки В 1, 4 и 6, которые были эпидемиологически значимыми в 1999