

которая присутствовала у 75% пациентов до оперативного лечения.

Выводы

Ортотопическая и гетеротопическая пластики мочевого пузыря, выполненные нашим методом обеспечивают высокое качество

жизни пациентов, адекватную социальную, личностную адаптацию. Использование сегмента подвздошной кишки является оптимальным материалом для искусственного мочевого пузыря.

Сведения об авторах статьи:

Васильченко Михаил Иванович – д.м.н., главный хирург ФГУ «2 ЦВКГ им.П.В. Мандрыка» МО РФ, адрес: 107014, г.Москва, ул. Большая Оленья дом 8 "а".

Сергиенко Николай Федорович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, консультант-уролог ФГУ 2ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, руководитель курса урологии кафедры военно-полевой хирургии ГИУВ МО РФ, адрес: 107014, г.Москва, ул. Большая Оленья дом 8 "а".

Зеленин Дмитрий Александрович – к.м.н., ординатор урологического отделения ФГУ «2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ, адрес: 107014, г.Москва, ул. Большая Оленья дом 8 "а", e-mail: d_zelenin@inbox.ru.

Семенякин Игорь Владимирович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн, e-mail: iceig@mail.ru

Тарасенко Валерий Семенович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, урологии Оренбургской государственной медицинской академии, заслуженный врач РФ, адрес: 460000, ул. Советская, д. 6.

Яшин Евгений Александрович – зав. отделением урологии Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн, заслуженный врач РФ, адрес: 460035, г. Оренбург, ул. Комсомольская, д. 202.

Горбачев Андрей Львович – зав. отделением онкоурологии Самарского областного клинического онкологического диспансера, адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров С.Б. Переверзев А.С. Опухоли мочевого пузыря. Харьков: «Факт»; 2002.
2. Hawkes N.D., Thomas G.A., Jurewicz A., et al. Non-hepatic hyperammonaemia: an important potentially reversible cause of encephalopathy. Postgrad Med J. 2001; 77:717-722.
3. Fichtner J. Follow-up after urinary diversion. Urol. Int. 1999; 63:40-45.

УДК 616.62-003.7:616.61-089.879.168.1-06-002-08-059

Б.Р. Гильмутдинов, А.Р. Гильмутдинов, 2011

Б.Р. Гильмутдинов, А.Р. Гильмутдинов

РОЛЬ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ЛИТОТРИПСИИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Проведено инструментальное и лабораторное исследования 110 больных с мочекаменной болезнью до и после литотрипсии. Включение маломинерализованной минеральной воды в реабилитационный комплекс у 56 больных уролитиазом до и после литотрипсии приводит к улучшению лабораторных показателей, оказывает мочегонный и противовоспалительный эффект, улучшает пассаж и увеличивает объем мочи, вызывает регресс клинических симптомов заболевания.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, литотрипсия, минеральная вода, реабилитация.

B.R. Gilmutdinov, A.R. Gilmutdinov

MINERAL WATER IN REHABILITATION OF UROLITHIASIS PATIENTS AFTER LITHOTRIPSY

An instrumental and laboratory study of 110 patients with urolithiasis before and after lithotripsy was conducted. Introduction of low mineralized water into a rehabilitation complex in 56 patients with urolithiasis before and after lithotripsy has led to improvements in laboratory parameters and urine passage, has had a diuretic and anti-inflammatory effect, and has increased the volume of urine, ultimately causing clinical symptoms regression.

Key words: urolithiasis, lithotripsy, mineral water, rehabilitation.

Мочекаменная болезнь (МКБ) является наиболее распространенной среди урологических заболеваний. Результатом ее является нарушения обмена веществ, что требует проведения лечебных и профилактических противорецидивных мероприятий нередко на протяжении всей жизни, в том числе с применением немедикаментозных средств [1, 2]. Внедрение методов литотрипсии в практическую урологию привело к необходимости решения вопросов профилактики осложнений с

применением медикаментозных препаратов, использование которых не всегда эффективно [3, 4]. В связи с этим разработка немедикаментозных способов профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений после литотрипсии является актуальной. Наряду с физиотерапевтическими методами и фитотерапией, методы бальнеотерапии, применение минеральных вод активно могут применяться как на этапе подготовки к литотрипсии, так и после ее проведения.

Цель исследования: изучение эффективности применения питьевых минеральных вод в реабилитации больных мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 110 больных с камнями почек и мочеточников, которые находились на лечении в клиниках БГМУ. Возраст больных колебался от 17 лет до 73 лет, мужчин - 56 (51,5%), женщин - 54 (49,5%). Одностороннее поражение МКБ выявлено у 96, двустороннее - у 14 больных. Большинство (78 человек) были пролечены по поводу камней почек, 32 пациента - по поводу камней мочеточников. Количество камней в правой почке составляло 36,6% от общего количества конкрементов, в левой почке — 33,8%, в правом мочеточнике - 14,6% и в левом мочеточнике - 14,7%.

У всех больных, перенесших дистанционную литотрипсию, диагностированы камни до 1,5 см, являющиеся наиболее благоприятными для дистанционной литотрипсии. В клинической симптоматике наиболее частым проявлением заболевания была боль в поясничной области или по ходу мочеточника на стороне поражения. Гематурия встречалась в 42% случаев. Анализ состава мочи показал лейкоцитурию у 39 больных, бактериурия различной степени имела место у 6 больных.

В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы - основную (56 больных) и контрольную (54 больных). В обеих группах назначались спазмолитические препараты, а в течение первых 5-7 дней после дистанционной литотрипсии ДЛТ в целях профилактики развития пиелонефрита пациенты принимали уроантисептики. В основной группе пациентам помимо медикаментозной терапии назначали внутренний прием минеральной воды Казанчинская (санаторий Танып), относящаяся к гидрокарбонатным сульфатным натриево-кальциевым маломинерализованным водам (М 1,44г/л) по 200 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней, и после отмены базисной терапии дополнительно в течение 4-х недель. В контрольную группу вошли больные, у которых в комплекс лечения не включали прием минеральной воды. Срок наблюдения составил 1 месяц после проведения 1-го сеанса ДЛТ. Очищение мочевыводящих путей от фрагментов дезинтегрированных конкрементов оценивали на 5-7-е, 14-е и 28-е сутки ультразвуковым исследованием и рентгенологическими методами. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с

помощью биометрических методов анализа на персональном компьютере «Pentium IV» с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

У 20 пациентов основной группы, получавших минеральную воду, на 5-7-е сутки наблюдалось полное отхождение осколков разрушенных камней, и у 10 больных, группы контроля. К 14-му дню элиминация разрушенных конкрементов отмечалась у 30 больных основной группы и у 19 - контрольной. На 28-е сутки очищение мочевыводящих путей в основной группе составило 92%. У 4 пациентов при этом в почках оставались клинически незначимые единичные микролиты (3-4 мм) или скопления "песка" без акустической тени (по данным УЗИ). В контрольной группе элиминация фрагментов проходила медленнее, полное отхождение к 28-м суткам наблюдалось у 76% больных. Для ликвидации окклюзии мочеточника отдельными фрагментами, а также крупно- и мелкодисперсной "каменной дорожкой" длиной от 1 до 5 см в 15% случаев проводились повторные сеансы ДЛТ на фоне применения минеральной воды, что способствовало более быстрому их отхождению.

Следовательно, назначение маломинерализованной минеральной воды (МВ) «Казанчинская» пациентам после ДЛТ способствует ускорению отхождения фрагментов дезинтегрированных конкрементов из мочевыводящих путей во все сроки наблюдения и сопровождается менее выраженными болевыми ощущениями. Окклюзионные осложнения в основной группе отмечались реже по сравнению с контрольной, и они легче устранялись повторными сеансами ДЛТ на фоне приема минеральной воды. Все эти положительные эффекты, вероятно, обусловлены спазмолитическим, мочегонным и противовоспалительным действиями реабилитационного комплекса на основе гидрокарбонатной сульфатной натриево-кальциевой маломинерализованной минеральной воды.

Выявлено, что под действием минеральной воды отмечается достоверное увеличение объема мочи, снижение уровня азотистых шлаков (креатинин, мочевины), уменьшение уровня гиперкальциемии с $9,29 \pm 0,38$ до $5,64 \pm 0,40$ ммоль/сут., а также снижение рН мочи с $6,04 \pm 0,06$ до $5,75 \pm 0,07$. Кроме того, отмечена тенденция к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сы-

воротке крови и содержания в моче оксалатов и мочевой кислоты (см. таблицу). На фоне применения питьевой минеральной воды не отмечено нарушения функционального со-

стояния почек, а также изменения концентрации калия, натрия и общего кальция в плазме крови.

Таблица

Влияние минеральной воды на метаболические параметры больных с МКБ после дистанционной литотрипсии (M±m)

Показатели	Больные МКБ		
	до лечения	после лечения	
		основная группа, n=56	контрольная группа, n=54
Диурез, мл	1663,4 ± 122,4	1860,5 ± 124,6	1681,6 ± 153,5
Креатинин крови, мкмоль/л	132,2 ± 8,4	112,2 ± 5,1	124,8 ± 7,9
Мочевина крови, ммоль/л	7,70 ± 0,34	5,42 ± 0,33	6,94 ± 0,37
Клиренс креатинина, мл/мин	95,9 ± 3,6	94,5 ± 3,2	95,4 ± 3,4
Калий крови, ммоль/л	4,68 ± 0,19	4,59 ± 0,17	4,63 ± 0,20
Натрий крови, ммоль/л	144,8 ± 2,3	144,1 ± 2,4	144,6 ± 2,5
Кальций крови, ммоль/л	2,39 ± 0,12	2,40 ± 0,09	2,42 ± 0,11
Мочевая кислота крови, ммоль/л	0,45 ± 0,08	0,37 ± 0,09	0,43 ± 0,07
Оксалаты мочи, мг/кг в сутки	0,54 ± 0,07	0,46 ± 0,06	0,51 ± 0,06
Мочевая кислота мочи, ммоль/сут	4,68 ± 1,38	3,60 ± 1,03	4,23 ± 1,10
Неорганические фосфаты мочи, ммоль/сут	25,8 ± 6,4	23,4 ± 4,6	24,7 ± 5,3
Общий кальций мочи, ммоль/сут	9,29 ± 0,38	5,64 ± 0,40	7,44 ± 0,60
Удельная плотность мочи	1022 ± 6	1021 ± 5	1020 ± 6
pH мочи	6,04 ± 0,06	5,75 ± 0,07	6,02 ± 0,09

* - значимость различий показателей до и после лечения, $p < 0,05$;

Выводы

1. Реабилитационный комплекс на основе гидрокарбонатной сульфатной натриево-кальциевой маломинерализованной воды способствует ускорению элиминации разрушенных конкрементов у больных мочекаменной болезнью после литотрипсии, оказывает спазмолитический, мочегонный и противовоспалительный эффект, улучшает пассаж и увеличивает объем мочи, снижает уровень азотистых шлаков, приводит к регрессу клинических симптомов заболевания.

2. Маломинерализованная гидрокарбонатного сульфатного натриево-кальциевого состава минеральная вода является высокоэффективным и доступным немедикаментозным средством, способствующим профилактике осложнений после литотрипсии у больных мочекаменной болезнью, может быть использована как в предоперационной подготовке больных, так и в послеоперационном периоде.

Сведения об авторах статьи:

Гильмутдинов Булат Рашитович, аспирант кафедры урологии с курсом ИПО ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет Росздрава», Уфа, тел/факс: (347)228-43-78; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

Гильмутдинов Айдар Рашитович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет Росздрава», Уфа, тел/факс: (347) 228-43-78; E-mail: vmk-ufa@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г. Руденко В.И., Газимиев М.С. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения /Ю.Г.Аляев. – М. –Тверь: «Трида», 2006.- 236с.
2. Деревянко, И.И. Антибактериальная терапия неспецифических воспалительных заболеваний мочевых органов //Матер. симпозиума: «Антибактериальное лечение в больнице и дома» -М., 1995. – С.31-44.
3. Лопаткин, Н. А. 15-летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. В кн.: Материалы Пленума Правления Российского общества урологов / Н.А.Лопаткин, Н.К.Дзеранов.-М., 2003. С. 5-25.
4. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб.: Питер, 2000. – 384 с.

УДК 616.613-003.7

© П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, М.А. Газимиев, В.А. Беженар, Г.Н. Акопян, Е.В. Шпот, А.В. Аксенов, 2011

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, М.А. Газимиев, В.А. Беженар, Г.Н. Акопян, Е.В. Шпот, А.В. Аксенов СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ И КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ МКБ

*НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва
ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», г. Москва*

Целью исследования явилось сравнение эффективности дистанционной и контактной уретеролитотрипсии. В основу настоящего исследования включены результаты лечения 481 больного с камнями мочеочечника. ДЛТ была выполнена 224