

ВЛИЯНИЕ СОМАТОТИПА БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТРУКТУРУ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

П.В. Глыбочко, В.Н. Николенко, О.В. Основин, Р.Н. Фомкин

НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии,
клиника урологии, кафедра анатомии
Саратовского государственного медицинского университета

Была изучена структура и выраженность осложнений дистанционной литотрипсии у больных мочекаменной болезнью с различными типами телосложения. В исследование было включено 185 мужчин с мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии.

Частота встречаемости «каменной дорожки» после дистанционной литотрипсии практически не зависит от типа телосложения больных. В то же время, субфебрильная температура при данном виде осложнения характерна для астенического типа телосложения, болевой синдром для мускульного и грудного, а поллакиурия – для грудного типа телосложения. Соматотип больных мочекаменной болезнью не является значимым фактором риска в развитии такого осложнения дистанционной литотрипсии как «каменная дорожка», но накладывает определенный отпечаток на клинические проявления данного осложнения.

Одним из главных достижений современной урологии является широкое внедрение в клиническую практику неинвазивного метода лечения мочекаменной болезни – дистанционной литотрипсии. Дистанционная литотрипсия, как и любое оперативное вмешательство, не лишено опасности возникновения осложнений. Осложнения после дистанционной литотрипсии связаны в основном с гематурией, обструкцией мочевых путей фрагментами конкремента и инфекцией. Их частота и характер во многом зависят от тщательного клинического обследования больных, обоснованного определения показаний к дистанционной литотрипсии, проведения пред- и послеоперационного лечения, выбора оптимальной техники литотрипсии. Вместе с тем, при выполнении в полном объеме перечисленных выше условий и прочих равных условиях оперативного вмешательства предсказать вероятность развития осложнений у конкретного больного практически невозможно. Поэтому существует настоятельная необходимость дальнейшего изучения различных вероятностных аспектов развития осложнений после дистанционной литотрипсии.

Материалы и методы

При выполнении нашего исследования была изучена структура и выраженность осложнений дистанционной литотрипсии у больных мочекаменной болезнью с различными типами телосложения. В исследование было включено 185 мужчин с мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии. У всех больных этой группы по методике В.П. Чтецова диагностировались соматотипы.

Распределение больных мочекаменной болезнью по соматотипам было следующим: с мочекаменной болезнью наиболее часто сочетался брюшной тип телосложения. Однако частота встречаемости статистически значимо не отличалась от других типов, что не позволяет сделать вывод о том, что данный тип телосложения является специфическим маркером наличия мочекаменной болезни. После установления соматотипа больных в каждой из выделенных групп детально оценивалась длительность заболевания, локализация камней в мочевыделительной системе и их размеры. Кроме указанных параметров в этих группах после дистанционной литотрипсии изучался химический состав камней. На заключительном этапе исследования у всех мужчин с учетом их соматотипов оценивалась структура и выраженность осложнений дистанционной литотрипсии.

Дистанционная литотрипсия проводилась на аппарате «Дорнье Компакт Дельта» (Германия), который производит электромагнитное генерирование ударных волн мощностью от 10 до 16 кВ.

Результаты и их обсуждение

При дистанционной литотрипсии точкой приложения ударных волн, наряду с разрушаемым конкрементом, является паренхима почки, принимающая на себя определенную тяжесть травматического воздействия, что приводит к осложнениям различной тяжести и проявляется в виде образования субкапсулярных гематом, повреждений в виде разрывов паренхимы, следствием чего может быть нарастающая паранефральная гематома или профузная гематурия. Частота образования субкапсулярных и паранефральных гематом практически не зависела от типа телосложения и встречалась в среднем у 0,9-1,2% больных, подвергшихся дистанционной литотрипсии. В то же время, петехиальные изменения на кожной поверхности, прилегающей к ударно-волновой головке, размерами до 1,5 см, встречались значительно чаще при астеническом и мускульно-брюшном типе телосложения. Если изменения кожных покровов в зоне ударного воздействия зарегистрированы у больных с астеническим типом телосложения в 18,6% случаев, мускульно-грудном типе – у 16,7% обследованных, то при остальных типах телосложения указанные изменения отмечались у 3-8% больных.

Можно предположить, что на вероятность повреждения кожных покровов оказывает влияние не только правильно выполненные условия операции, но и телосложение, и, в частности, низкая степень развития жировой ткани при астеническом и мускульно-грудном типе телосложения. Указанное предположение находит свое подтверждение в том, что при брюшном типе телосложения, для которого характерно высокое содержание жировой ткани, петехиальные изменения кожи зарегистрированы только у 3,8% больных, в то время как при астеническом типе – в 18,6% случаев.

В настоящее время в научной литературе широко дискутируется вопрос о почечной колике и макрогематурии в первых порциях мочи после дистанционной литотрипсии. По мнению ряда авторов, почечная колика и гематурия в первых порциях мочи является не осложнением, а специфическим симптомом, встречающимся при данном виде лечения мочекаменной болезни. При выполнении нашего исследования макрогематурия в первых порциях мочи зарегистрирована у 87,1% больных, почечная колика – в 42,7% случаев. Соматотип больных практически не накладывал отпечаток на вероятность наличия у них макрогематурии в первых порциях мочи после дистанционной литотрипсии. При

астеническом типе телосложения данное осложнение регистрировалось в 86,6% случаев, при мускульном типе – у 90,0% больных и при брюшном вероятность наличия макрогематурии составила 93,5%. Аналогичные результаты получены при промежуточных соматотипах, мускульно-брюшном, мускульно-грудном и брюшно-мускульном. Однако при изучении частоты встречаемости почечной колики ситуация существенно менялась. В наибольшем проценте случаев почечная колика возникала у больных с брюшным и брюшно-мускульным типом телосложения (68,1% и 53,8% соответственно), а наиболее редко данное осложнение наблюдалось при астеническом и грудном типе телосложения. Так, при астеническом типе телосложения кровь в первых порциях мочи выявлена у 26,6% обследованных, при грудном – в 31,2% случаев.

Осложнения обструктивного характера у находившихся под наблюдением больных зарегистрированы в 13,2% случаев, из общего количества обструкций 10,7% были представлены «каменной дорожкой». В 40,3% клиническое течение «каменной дорожки» было асимптоматичным, в 59,7% случаев сопровождалось наличием субфебрильной температуры, тупыми и ноющими, распирающими болями в поясничной области, поллакиурией.

Частота встречаемости «каменной дорожки» практически не зависела от соматотипа больных мочекаменной болезнью. В то же время, телосложение больного накладывало определенный отпечаток на клиническую картину данного осложнения. Бессимптомное течение данного осложнения наиболее часто встречалось при брюшном типе телосложения (53,6% обследованных), а наиболее редко – при грудном соматотипе больных (20,5% случаев). При астеническом телосложении отсутствие симптомов также встречалось относительно часто, но этот показатель достоверно не отличался от значений, характерных для всей группы больных мочекаменной болезнью.

Суммируя полученные данные об особенностях клинических проявлений «каменной дорожки» у больных мочекаменной болезнью с различным соматотипом следует отметить, что для больных мочекаменной болезнью с астеническим типом телосложения при наличии «каменной дорожки» после дистанционной литотрипсии наиболее характерным симптомом осложнения является субфебрильная температура. При грудном и мускульном типе телосложения ведущим симптомом анализируемого осложнения является поллакиурия. Вероятность наличия всех трех симптомов «каменной дорожки» (болевого синдром, поллакиурия, субфебрильная температура) наиболее высока у больных с мускульно-брюшным и брюшно-мускульным типом телосложения. Наличие боли, как осложнения дистанционной литотрипсии, с формированием «каменной дорожки» является ведущим симптомом у больных с мускульно-грудным типом телосложения. Брюшной тип телосложения при наличии «каменной дорожки» наиболее часто сочетается с такими симптомами как болевой синдром и поллакиурия. Сочетание поллакиурии с субфебрильной температурой и болевого синдрома с субфебрильной температурой может с одинаковой вероятностью встречаться при любом типе телосложения больных в 15-20% случаев.

Соматотип больных мочекаменной болезнью не является значимым фактором риска в развитии такого осложнения дистанционной литотрипсии как «каменная дорожка», но накладывает определенный отпечаток на клинические проявления данного осложнения.

Выводы

Почечная колика и гематурия после дистанционной литотрипсии наиболее часто встречаются при мускульно-грудном и брюшно-мускульном типах телосложения, наиболее редко – при астеническом и грудном типах телосложения.

Частота встречаемости «каменной дорожки» после дистанционной литотрипсии практически не зависит от типа телосложения больных. В то же время, субфебрильная температура при данном виде осложнения характерна для астенического типа телосложения, болевой синдром для мускульного и грудного, а поллакиурия – для грудного типа телосложения.

Оптимальной тактикой консервативной терапии для ускоренного отхождения фрагментов камня, разрушенного в ходе дистанционной литотрипсии, при астеническом типе телосложения является сочетание физиотерапевтических процедур с минеральной водой, для грудного – медикаментозная терапия и лечебная физкультура, мускульного – медикаментозная терапия в сочетании с физиотерапевтической процедурой и для брюшного – медикаментозная терапия в сочетании с лечебной физкультурой.

Соматотип больных нельзя отнести к значимым факторам развития пиелонефрита после дистанционной литотрипсии. Указанное осложнение в большинстве случаев обусловлено недооценкой активности хронического пиелонефрита, неадекватностью проведения предоперационной антибактериальной терапии у больных с мочевиной инфекцией и другими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Раппопорт Л.М., Руденко В.И. Профилактика и лечение осложнений ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) // Mark Print @ publisher, 2003. – 144 с.
2. Аюкаев Р.Я., Андранович С.В., Попов С.В. Комплексная терапия окклюзионных осложнений дистанционной литотрипсии // Сб. ст. – М., 2005. – С.31-38.
3. Бешлиев Д.А., Дзеранов Н.К., Казаченко А.В., Москаленко С.А. Травматические осложнения дистанционной литотрипсии при мочекаменной болезни и их лечение // Материалы X Российского общества урологов. – М., 2002. – С.552-553.
4. Бутова О.А., Лисова И.М. Корреляция некоторых параметров конституции человека // Морфология. – СПб.: Эскулап, 2001. - №2. – С.63-66.
5. Деревянченко В.И., Зозуля Д.М. Осложнения литотрипсии // Материалы пленума правления Всерос. общ-ва урологов. – Пермь, 1994. – С.202-203.
6. Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. Медицинская антропология. – Киев: Здоровье, 1992. – 200 с.
7. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Анализ развития осложнений дистанционной литотрипсии, их профилактика и лечение // Материалы Пленума правления Всерос. общ-ва урологов. – Пермь, 1994. – С.186-194.

INFLUENCE OF SOMATOTYPE OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS ON STRUCTURE AND EXPRESSIVENESS OF COMPLICATIONS OF REMOTE LITHOTRIPSY

P.V.Glybochko, V.N.Nikolenko, O.V.Osnovin, R.N.Fomkin

We studied the structure and expressiveness of complications of remote lithotripsy at patients with urolithiasis with different types of constitution. Investigations included 185 men with urolithiasis after remote lithotripsy. Remote lithotripsy was conducted on device "Dornier Compact Delta" (Germany). Renal colic and hematuria after remote lithotripsy most often met at muscular-chest and abdominal-muscular types constitution, most little - at asthenic and breast types constitution.

One can not attribute somatotype of patients to significant factors of development of pyelonephritis after remote lithotripsy. Indicated complication is caused in the most cases with underestimation of activity of chronic pyelonephritis, inadequacy of undertaking of preoperative antibacterial therapy at sick with urinary infection and other factors.