

Гистологическое исследование удаленных лоханочно-мочеточникового сегмента и периуретеральной клетчатки выявляет различную степень изменений: от хронического воспаления с незначительной пролиферативной реакцией или без нее до образования грубой соединительной ткани. С учетом результатов прогестеронового теста, зависящих от степени морфологических изменений в верхних мочевых путях, мы посчитали более целесообразным разделить стенозы лоханочно-мочеточникового сегмента на обратимые и необратимые.

При необратимом стенозе, когда в стенке сегмента или клетчатке вокруг него имеются выраженные склеротические изменения, расширения просвета сегмента не происходит; обратимый же стеноз, характеризующийся незначительными морфологическими изменениями, после введения прогестерона исчезает.

С применением прогестеронового теста обследовано 28 больных стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента при нефролитиазе и 12 больных гидронефротической трансформацией, составивших контрольную группу. Обратимый стеноз диагностирован у 15, необратимый — у 13 больных (соответственно 2 и 10 в контрольной).

Информация о степени обратимости стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента играет существенную роль в выборе тактики лечения. При обратимом сужении удаление конкремента из почки создает предпосылки для восстановления нарушенной уродинамики верхних мочевых путей. Необратимый стеноз нуждается в оперативной коррекции, объем которой устанавливается интраоперационно путем выполнения интраоперационной индигокарминовой пробы.

Прогестероновый тест является простым и информативным методом, позволяющим дифференцировать различные виды стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента, правильно выбрать способ лечения.

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА СЕЧОВОГО ДІАТЕЗУ**

*С.І. Баранник, А.С. Бараннік, В.В. Задорожний*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

**Вступ.** Лікування сечового діатезу є певною проблемою, бо патогенетичні аспекти цієї патології мають складний комплекс змін у нирках, які в основному належать до різноманітних видів ензимопатій [1, с. 4]. Вихід із сечею солевих кристалів звичайна річ. Нирки, які виконують функцію очищення організму, виводять і надлишкові солі, що потрапляють в організм із їжею. Характер їх безпосередньо залежить від тих продуктів, які ми вживаємо. Утворення мінерально-органічних структур внаслідок порушення гомеостазу між колоїдами і кристалоутворюючими субстанціями не сприяє функціональній стійкості організму і призводить до патологічних проявів. Одним із яких є сечокам'яна хвороба [2, с. 238]. Проте, значне виведення одноманітних солей іноді виставляється лікарями за діагноз: сечовий діатез, правомочність останнього на сьогодні не доведена через неспроможність відповідати певним нозологічним одиницям. Насамперед, діатез перекладається як «схильність» до будь якого патологічного стану, що може перейти до захворювання [3, с. 14]. Сечовий діатез відбиває стан нирок, суглобів та інших внутрішніх органів.

Сечовий діатез часто розглядають як синонім нервово-артритичного діатезу, який є одним із варіантів аномалії конституції. При цьому, «конституція» характеризує сукупність морфологічних і функціональних властивостей організму дитини, які визначають індивідуальні особливості його реактивності. Діатез, чи інакше аномалія конституції, характеризує особливості того чи іншого виду обміну, які за певних умов мають реалізуватися в патологію [4, с. 68; 5, с. 72].

**Мета дослідження.** Визначити роль і місце сечового діатезу серед захворювань нирок, способи його діагностики, лікування, профілактики.

**Матеріал і методи.** Проведене комплексне обстеження і лікування 48 пацієнтів із «сечовим» синдромом. Проводили загальноклінічне, біохімічне, УЗ-дослідження.

**Результати досліджень.** На сьогодні вважають, що сольовий діатез – це стан організму, обумовлений спадковою схильністю, для якої характерне підвищене утворення солей і як наслідок, накопичення у ниркових мисках конкрементів (каменів) різноманітних за розміром та походженням: оксалати кальцію, урати, карбонати, фосфати, а також їх поєднання. Це також стан, при якому у мисках нирок під час ультразвукового дослідження визначають так звані ехопозитивні включення. Присутність так званого сечового піску може супроводжуватися запаленням сечового тракту, виходом підвищеної кількості солей із сечею, присутністю дизурії. Сольовий діатез може бути діагностований навіть у немовлят, як спадкове захворювання. Але на практиці такі випадки

трапляються достатньо рідко, в більшості сольовий діатез заявляє про себе у достатньо зрілому віці. При цьому не слід зауважити, що у більшості людей ознаки сольового діатезу за допомогою УЗД можна визначити починаючи із 20 років.

На сьогодні є можливість за допомогою УЗД визначати ознаки сольового діатезу до його виражених клінічних проявів. Проте не слід забувати, що сольовий діатез стосується не лише патології нирок. Причини утворення визначасмих за допомогою УЗД включень у мисках нирок різноманітні. Сольовий діатез – це наслідок низки порушень в організмі. Тому, ці пацієнти повинні бути ретельно обстежені аби з'ясувати причини надмірного виходу солей із сечею.

Слід зауважити, що ехопозитивні включення, які визначають під час УЗД в паренхімі нирок не завжди є вогнищевим накопиченням солі у нирковій мисці. Це може значно ускладнювати діагностичний процес, особливо у осіб зрілого і похилого віку. Ехопозитивні тіні у них виникають не тільки, як наслідок будь-яких патологічних змін обміну речовин але і як наслідок морфологічних змін в паренхімі, виникають внаслідок вікових або патологічних змін судин паренхіми (атеросклероз) або у самій паренхімі під дією пошкоджуючих чинників (нефросклероз, накопичення солей у сполучній тканині тощо).

Для диференційної діагностики накопичень солі у нирковій мисці та іншими ехопозитивними включеннями у паренхімі ми використовуємо наступний спосіб. При первинному визначенні під час УЗД ехопозитивних тіней без будь-яких клінічних ознак сольового діатезу призначаємо літотітичну терапію з використанням фітопрепаратів або офіційальних фітозборів (фіточаїв) з літотітичною дією та збільшуємо вживання води (якщо для цього у пацієнта немає протипоказань) протягом 3-х місяців. Після цього проводимо контрольне УЗД із співставленням отриманих даних із попередніми. За умов сольового діатезу кількість і розміри ехопозитивних включень повинні стати відмінними від попередніх значень. Спосіб застосований у 48 пацієнтів. Наявність сольового діатезу була підтверджена у 15 осіб.

Через те, що діатез не є захворюванням, а лише визначає певні особливості метаболічних процесів, то і лікувальні заходи насамперед стосуються комплексу заходів щодо профілактики та попередження розвитку можливої патології. Лікування сольового діатезу, насамперед, залежить від розміру накопичень і характеристики солей, які виходять із організму.

Якщо причину діатезу є генетична тубулопатія, або набутий дефект роботи ниркових каналців, то ці порушення корекції не підлягають. Тому, при сольовому діатезі дієта і водний режим мають первинне значення. Кожний пацієнт, у якого визначені зміни в аналізі сечі та ехопозитивні включення в ниркових мисках, повинен потурбуватися про те, щоб щоденно вживати як мінімум 2-2,5 літри рідини (якщо для цього немає протипоказань з боку серцево-судинної системи). В умовах спекотного клімату ця кількість повинна бути збільшена виходячи із актуальних потреб організму.

Незважаючи на бурхливий розвиток хімії, винахід нових лікувальних препаратів, лікувальні трави посідають важливе місце в лікуванні захворювань нирок, сечокам'яної хвороби та сечових діатезів в особистості.

В якості фітотерапії ми використовуємо збір лікувальних рослин, до складу якого входили: трава душиці - 10г, звіробію -10г, споришу - 30г, м'яти - 10г, чабрецю - 10г, пустирнику - 10г, листя ожини - 20г, суниці - 20г, смородини - 20г, мати-й-мачухи - 10г, малини - 20г, квіти ромашки - 10г, плоди шипшини - 40г, плоди гльоду - 10г. Лікувальний збір було використано при лікуванні 98 хворих на сечовий діатез. Збір використовували у вигляді звареного і настояного протягом 10-15 хвилин чаю. Пацієнти приймали його вранці після сніданку та вдень після обіду по 200 мл. Динамічне спостереження за пацієнтами показало збільшення добового діурезу на  $14 \pm 2,3\%$  ( $P < 0,02$ ), зменшення больового фактору, інтенсивності макрогематурії, відзначали збільшення виходу сечового піску за кожним сечопуском.

Під час комплексного вивчення біохімічних показників крові було відзначено відносне зменшення вмісту азотистих шлаків (сечовини, азота сечовини, креатиніну) на  $8 \pm 1,8\%$  ( $P < 0,05$ ), відзначено зменшення на  $6 \pm 1,4\%$  ( $P < 0,02$ ) таких показників як загальний білірубін, холестерин, білки крові, що пов'язано із механічним розведенням за рахунок вживання більшої кількості рідини. В той же час не відзначено зниження концентрації основних електrolітів крові, що важливо відносно збереження електrolітного балансу. Поліпшилися також показники проби Реберга-Треєва, що свідчило про поліпшення секреторної функції нирок.

Для лікування різних форм сечового діатезу використовували також готові офіційальні форми лікувальних препаратів на основі лікувальних трав вітчизняного та імпорного виробництва.

**Висновки.** Першим напрямком лікування сольового діатезу є корекція раціону харчування, використання індивідуальної дієти відповідно до складу солей, що виходять із сечею. Другий напрямок лікування сольового діатезу раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів для покращення спроможності нирок очищати кров, проводити очищення організму, виводити із сечею різноманітні солі. До схеми лікування сольового діатезу також необхідно залучати фітотерапію (призначати фітопрепарати, які мають м'яку сечогінну дію) та диуретики, проте, і збори лікарських трав, і лікарські заходи з диуретичним ефектом повинен призначати лікар.

#### Література:

1. Баранник С.И. Место фитотерапии в комплексном лечении мочевого диатеза в амбулаторных условиях / С.И. Баранник, Г.И. Титов, С.С. Брюшков, Г.А. Терентьева // У кн.: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції "Динаміка наукових досліджень '2004". Т. 57. Медицина. - Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2004. - С. 4-6.
2. Баранник С.И. Проблемы диагностики, лечения и профилактики мочевого диатеза / С.И. Баранник, О.А. Лягуша, О.М. Кот // У кн.: «Актуальні питання сучасної урології, онкоурології, сексопатології та андрології». Збірник наукових праць міжрегіональної науково-практичної конференції / Під ред. проф. С.А. Литвинця. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2014. – 248 с. – С. 238-240.
3. Ривкин А.М. Мочекислый диатез - всегда ли это проявление нарушенного пуринового обмена? / А.М. Ривкин // Здоровье мужчины. - 2011. - №3. - С. 14-16.
4. Сергеев Ю.С. Конституция человека, конституциональные типы, аномалии конституции и диатезы у детей / Ю.С. Сергеев // Педиатрия. – 2005. – №5 – С. 67-71.
5. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема // Педиатрия. – 2005. – №5 – С. 72-76.

## ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА УРОЛІТІАЗ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ, ЗА ДОПОМОГОЮ ОЦІНКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

А.Ю. Гурженко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Метою дослідження стала оцінка вуглеводного обміну при нефролітіазі у хворих, що мають супутній метаболічний синдром. До дослідження було залучено 102 особи з сечокам'яною хворобою (СКХ), 47 з яких мали ознаки метаболічного синдрому (МС), за трьох та більше критеріїв оцінки. Таким чином I – а група (n=47) була основною, а II-а (n=55), де ознак МС не було, стала контрольною. Середній вік хворих в обох групах складав  $39,6 \pm 2,7$  років, а 63,7% з усіх були чоловічої статі. Анамнез тривалості СКХ складав у середньому  $4,2 \pm 0,7$  років, анамнез МС –  $7,1 \pm 1,8$  років. Форма СКХ у 100% була уретеролітіазом, у 79,4% з розташуванням каменю в середній третині сечоводу. В осіб I-ї групи середні рівні глюкози натщесерце та з навантаженням, складали до операції  $8,2 \pm 0,4$  ммоль/л та  $12,1 \pm 0,5$  ммоль/л відповідно, в той час, як у осіб II-ї групи –  $4,6 \pm 0,2$  ммоль/л та  $6,1 \pm 0,3$  ммоль/л відповідно. Середні рівні глікозильованого гемоглобіну (гНв) у I-й групі складали  $7,93 \pm 0,35$  ммоль/л, у II – й –  $3,12 \pm 0,20$  ммоль/л. Таким чином, головні показники вуглеводного обміну вказували на наявність його патології в I-й та відсутність у осіб II-ї групи до операції. Після проведення оперативного втручання (трансуретеральна контактна літотрипсія – ТУКЛ), на 3-ю та 10-ту добу було проведено оцінку стану хворого поряд із визначенням вищевказаних показників. Було встановлено, що в осіб I-ї групи показники глюкози натщесерце збільшувалися на 12,7% (середній  $9,4 \pm 0,3$  ммоль/л), а згодом невірогідно зменшувалися до  $8,9 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Рівні гНв зростали на 8,8% ( $8,64 \pm 0,3$  ммоль/л), а на 10-ту добу зоставалися такими ж підвищеними ( $8,45 \pm 0,3$  ммоль/л). В осіб II –ї групи вказані показники не збільшувалися в динаміці (глюкоза натщесерце -  $4,8 \pm 0,2$  ммоль/л та  $5,1 \pm 0,3$  відповідно; гНв -  $3,12 \pm 0,20$  та  $3,08 \pm 0,31$  ммоль/л). Рівень ранніх післяопераційних ускладнень у вигляді гострозапальних уражень нирки складав у осіб I-ї групи 4,2%, в II –й – 1,8%, з боку інших соматичних ускладнень – 8,5% та 5,4% відповідно ( $p < 0,05$ ). Таким чином, наявність метаболічного синдрому, з порушенням вуглеводного обміну є одним з критеріїв виникнення різних ускладнень раннього післяопераційного періоду в осіб з нефролітіазом, що вимагає побудови певного плану обстеження та адекватної підготовки до оперативного втручання. На разі уретеролітіазу та його ускладнень, підготовка хворих до ендоскопічного оперативного втручання потребує детального визначення стану вуглеводного обміну, з проведенням усіх показників обміну, а саме – рівнів глюкози натщесерце, глюкози з навантаженням та глікозильованого гемоглобіну.

Ключові слова: нефролітіаз, метаболічний синдром, глікозильований гемоглобін, трансуретеральна контактна літотрипсія.