

т. 2. — 16. Antweiler H. S. Die Quantitative Elektrophorese in der Medizin. Berlin, 1957, 39—40, 44—48. — 17. Gitter A. Taschenbuch Klinischer Funktionsprüfungen. Jena, 1957. — 18. Mider G. B., Alling E. L., Morton S. S. Cancer, 1950, 3, 56—58. — 19. Miller B., Erl L. Surg. Gynec. Obstet., 1956, 102, 487. — 20. Peterman M. S., Hogness K. R. Cancer., 1948, 1, 100—102. — 21. Schneiderbauer A. Wien. med. Wschr., 1954, 104, 95. — 22. Tarver A., Reinhardt W. O. J. Biol. Chem., 1947, 187, 259. — 23. Wurman F., Wunderly C. Die Bluteiweisskörper des Menschen. Stuttgart, 1952; Die Blutciweisskörper des Menschen. Basel, 1957.

УДК 616.613—003.7—036.65

О РЕЦИДИВНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ

*Проф. Г. Д. Вилявин, доктор мед. наук В. Е. Кузьмина,
канд. мед. наук О. П. Никитина*

*Институт хирургии им. А. В. Вишневского (директор — акад. АМН СССР проф.
А. А. Вишневский) АМН СССР*

В последние годы все чаще появляются сообщения о повторных оперативных вмешательствах при нефролитиазе.

Н. А. Лопаткин (1970) считает, что необходимость в повторных операциях возникает в результате нерадикальности первой операции, что рецидивы в большинстве своем являются ложными, так как не все конкременты или их отломки извлекаются при первом вмешательстве. С. Д. Голигорский (1970) объясняет возрастающую частоту повторных операций стремлением хирургов к проведению органосохраняющих операций.

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского с 1961 по 1970 г. наблюдалось 34 больных (14 мужчин и 20 женщин в возрасте от 9 до 67 лет) с рецидивным нефролитиазом. 15 больных были первично оперированы в других лечебных учреждениях и 19 — в Институте хирургии. У 9 больных были одиночные рецидивные камни, у 10 — множественные и у 15 — коралловидные; у 16 — правосторонние, у 7 — левосторонние и у 11 — двусторонние.

21 больной обратился в Институт хирургии с рецидивами камней после оперативного вмешательства на сроках от 2 мес. до 2 лет, 7 — от 3 до 5 лет и 6 — от 6 до 10 лет.

У больных выявлены следующие сопутствующие заболевания: холецистит, гепатит, язвенная болезнь — у 13, нарушения минерального и жирового обмена — у 5, дисфункция яичников, диабет, тиреотоксикоз — у 7, облитерирующий эндартериит нижних конечностей, стенокардия, инфаркт миокарда, стеноз митрального клапана — у 9, травмы, ожоги — у 14, пневмонии, экссудативный плеврит, туберкулез легких — у 5.

Мы фиксируем внимание на перенесенных и сопутствующих заболеваниях потому, что они могут иметь определенное значение как предрасполагающие факторы рецидивного камнеобразования.

За последние 5 лет под нашим наблюдением было 8 больных с глубокими ожогами 20—40% поверхности тела, осложненными нефролитиазом. Образование камней происходило в стадии септико-токсемии или ожогового истощения у больных с обширными вяло гранулирующими поверхностями, с микробной флорой на ранах и в моче типа гемолитического стафилококка, синегнойной палочки или протеуса, устойчивых ко всем антибиотикам. Для улучшения репаративных процессов этим больным назначали дополнительно гормонотерапию. Преднизолонотерапия сопровождалась ощелачиванием мочи и снижением функции коры надпочечников. 5 больным была произведена пиелоуретеролитотомия. Повторное образование камней прекращалось только после полного заживления ран и отмены преднизолона. По-видимому, решающим для образования мочевых камней у обожженных больных являлось наличие длительно не заживающих ран с обильной флорой типа синегнойной палочки, протеус вульгарис и гемолитического стафилококка, устойчивых ко всем антибиотикам, на фоне ощелачивания мочи преднизолоном и длительного постельного режима.

Основными симптомами рецидивного уролитиаза у наших больных были тупые ноющие боли в поясничной области, упорная лейкоцитурия, общая слабость, пониженный аппетит.

У повторно поступивших больных наряду с калькулезом отмечены явления пиелонефрита (у 27) и пионефроза (у 7).

В посевах мочи у больных выявлены гемолитический стафилококк (у 8), протеус вульгарис (у 16), синегнойная палочка (у 4), смешанная флора в симбиозе с протеом (у 6).

Протеус и стафилококк разлагают мочевину с образованием аммиака, что изменяет реакцию и химизм мочи. Щелочная реакция мочи вызывает быстрый рост камней-фосфатов, которые после оперативного удаления обычно рецидивируют.

Антибактериальная терапия, длительное время проводимая после первичного оперативного удаления камня, вызывала ухудшение общего состояния больных, уменьшение лейкоцитурии, что расценивается как положительный результат консервативного лечения. В действительности же часто развивается резистентность микробной флоры к антибиотикам, и это способствует рецидивному камнеобразованию.

30 больным с рецидивным камнеобразованием в Институте хирургии выполнена уретеро-пиело-нефро-литотомия, причем 4 из них оперированы под местной гипотермией (проф. А. А. Вишневский), и 4 произведена нефрэктомия.

Применение локальной гипотермии (обкладывание почки стерильным льдом со снижением температуры почки по ее поверхности до $+24, +26^{\circ}$) при повторных операциях предохраняет почку от последствий ишемии, связанной с пережатием почечной ножки.

Гипотермия позволяет произвести широкий доступ к камням секционным разрезом почки и под контролем глаза полностью удалить из чашечно-лоханочной системы множественные или ветвистые коралловидные камни без большой травмы паренхимы.

Быстрое удаление рецидивных камней способствует устранению или предупреждению почечной недостаточности.

В нашем Институте имеется установка к проведению органосохраняющих оперативных вмешательств, особенно при рецидивных двусторонних коралловидных камнях, осложненных пиелонефритом.

У 2 наших больных с двусторонним нефролитиазом и хронической почечной недостаточностью с выраженной азотемией повторное оперативное вмешательство было произведено на обеих почках с интервалом между двумя операциями от 1 до 6 месяцев.

После повторных органосохраняющих оперативных вмешательств рецидивы наступают чаще, чем после первичных.

В наших наблюдениях первичные пиело-нефро-литотомии дали рецидивы в 17%, а повторные оперативные вмешательства — в 44%.

Результаты оперативного лечения рецидивного нефроуретеролитиаза представлены в таблице.

Результаты оперативного лечения рецидивного нефролитиаза

Вид камней	Оперированы	Выздоровели	Рецидив	Летальный исход
Одиночные	9	7	2	—
Множественные	10	6	4	—
Коралловидные	15	5	9	1
Всего	34	18	15	1

ВЫВОДЫ

1. К рецидивному камнеобразованию предрасполагают эндокринные нарушения (диабет, тиреотоксикоз), травма, ожоги и заболевания желудочно-кишечного тракта (гепатит, холецистит, язвенная болезнь).

2. Для профилактики нефролитиаза следует соблюдать большую осторожность при назначении больным ожоговой болезнью гормональных препаратов (преднизолон).

3. При наличии конкремента рекомендуется длительно проводить антибактериальную терапию до и после операции. Обнаружение в посевах мочи протея или синегнойной палочки является показанием к немедленному удалению рецидивного камня.

4. При рецидивах камней необходимо стремиться к органосохраняющим операциям, даже при нарушении функции почки. Нефрэктомии следует проводить только по строгим показаниям.

УДК 616.61—002.3—003.7—615.779.9

МОРФОЦИКЛИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А. Ф. Учугина, М. В. Красильникова, Р. М. Усова

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. И. Кукош) и кафедра микробиологии (зав. — проф. Е. И. Житова) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

При пиелонефрите инфекционно-воспалительный процесс локализуется не только в почечной лоханке и чашечках, но и в паренхиме почки с преимущественным поражением интерстициальной ткани. Для излечения требуются высокие дозы антибиотиков