

в пигментном, белковом обмене, повышение показателя негемоглобинового железа сыворотки крови).

4. При назначении глюкокортикоидов, особенно на фоне патологической сахарной кривой, последняя явно ухудшается.

5. Для выявления асимптоматической гипергликемии при лейкозах необходимо помимо исследования сахара крови натошак проводить однократную сахарную нагрузку, а в сомнительных случаях — двойную нагрузку по Штаубу — Традготту. Это особенно показано перед назначением больным с лейкозами больших доз глюкокортикоидов.

6. При выявлении патологических сдвигов в углеводном обмене у больных с лейкозами следует назначить диету с ограничением углеводов и начать лечение инсулином в соответствующих дозах при выраженном сахарном диабете. В последнем случае необходимо и уменьшение или прекращение дачи стероидных гормонов.

УДК 616.62—003.7—616—089—616—036.65

РЕЦИДИВЫ КАМНЕЙ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Кандидаты мед. наук А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова,
асс. Н. С. Саттарова*

Кафедра урологии (зав.— канд. мед. наук В. С. Гирфанов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главврач— В. Е. Савельев)

Несмотря на значительные успехи в техническом совершенствовании операций по поводу камней почек и мочеточников, до сих пор еще часто наблюдаются рецидивы камнеобразования в почках. Вопросы профилактики нефролитиаза остаются пока неразрешенными.

В нашей клинике на протяжении 20 лет ведется учет и анализ отдаленных результатов у оперированных больных и рецидивов камнеобразования (Р. Г. Альбекова). Мы изучили данные за 10 лет (1951—1960). За этот период в клинике лечились по поводу нефролитиаза 1052 больных (мужчин — 541, женщин — 511, большинство в возрасте от 20 до 40 лет).

У 377 больных были камни почек, у 675 — камни мочеточников. Поражение правой и левой стороны мочевого тракта наблюдалось одинаково часто. Двусторонний уролитиаз отмечен в 12,93%.

Оперативное вмешательство было произведено у 271 больного (нефрэктомия — у 27, нефротомия — у 36, пиелолитотомия — у 94, уретеролитотомия — у 91). У 152 больных изучены отдаленные результаты. Из 49 мужчин и 103 женщин, обследованных в сроки от 1 года до 15 лет после операции, у 35 (23,02%) выявлены рецидивы камнеобразования. Рецидивы чаще наблюдались у лиц в возрасте от 30 до 50 лет, с некоторым преобладанием женщин.

Причины рецидивирования камней в настоящее время еще не вполне выяснены. Определенную роль в возникновении рецидивов играют, очевидно, инфекция мочевых путей, нарушение мочевыведения, химический состав камней и послеоперационный режим больных. Что касается зависимости рецидивов от характера оперативного вмешательства, то многие авторы указывают на более значительный процент рецидивов после нефротомии по сравнению с пиелолитотомией. Мы же не могли отметить этого. Из 35 больных с рецидивом нефролитиаза у 34 была выраженная инфекция в мочевых путях до операции; кроме того, только у 11,42% мы отметили нормальное состояние лоханки. У остальных больных наблюдалась пиелозктазия или гидронефротическая трансформация, что в сочетании с хронической инфекцией и общими факторами является, по-видимому, основной причиной возникновения рецидива нефроуретеролитиаза.

Из 35 больных с рецидивами камней у 15 (9 мужчин и 6 женщин) произведены повторные операции на почке и верхних мочевых путях. В возрасте от 20 до 30 лет было 2 больных, от 30 до 40 лет — 7, от 40 до 50 лет — 4 и от 50 до 60 лет — 2.

В срок до года после первичной операции рецидивы возникли у 2 больных, от года до 5 лет — у 10, от 5 до 10 лет — у 2 и свыше 10 лет — у 1.

Обращала на себя внимание большая частота рецидивов при инфекции мочевых путей — у 9 из 15 больных с момента первичной операции моча оставалась инфицированной. Флора мочи была нечувствительна к антибиотикам. У 4 больных отмечены выраженные явления пиелозктазии и гидронефротической трансформации; у 2 больных при асептической моче не выявлено деформации почечной лоханки.

У 12 больных функция почек была снижена, у 2 на стороне поражения почка не функционировала. На отдаленных сроках после оперативного вмешательства повторное образование камня в оперированной почке не дает возможности правильно судить о восстановлении функции этой почки.

Оперативное удаление камня в настоящее время рассматривается не только как метод лечения, но и как вмешательство, предотвращающее гибель почки. Поэтому при установлении показаний к оперативному лечению мы стремились производить органосохраняющие операции. Так, из 271 операции по поводу нефроуретеролитиаза нефрэктомия нами произведена у 27 (9,95%) больных, в основном при глубоких изменениях почечной паренхимы, с выраженной гидронефротической трансформацией. При внутрипочечном расположении лоханки 36 больным произведена нефротомия, 7 — нефростомия, 92 — пиелолитотомия, 91 — уретеролитотомия и 16 больным — комбинированные операции — одномоментное удаление камней из лоханки и мочеточника при локализации их с одной стороны.

Повторные операции по поводу рецидивирования камней нами были произведены на сроках: до года — у 1 больного, от года до 5 лет — у 11, от 5 до 10 лет — у 2 и свыше 10 лет — у 1. Согласно литературным данным и нашим наблюдениям, истинные рецидивы чаще всего выявляются в течение 3—5 лет после операции.

Зависимость частоты рецидивов от характера оперативного вмешательства показана в таблице.

Характер первичной операции	Число операций	Число рецидивов	Характер повторной операции	Число операций
Нефрэктомия . .	13	—	Нефрэктомия . .	2
Нефростомия . .	3	—	Нефротомия . .	2
Нефротомия . . .	19	5	Пиелотомия . . .	8
Пиелотомия . . .	60	18	Уретеротомия . .	3
Уретеротомия . .	45	8		
Комбинированные операции . . .	12	4		
	152	35		15

Из 2 нефрэктомий при повторной операции 1 больному произведена геминефрэктомия; из 8 операций пиелотомии у 2 больных осуществлена передняя пиелотомия.

По нашим наблюдениям, частота возникновения рецидивов камней зависит не столько от характера оперативного вмешательства, сколько от длительности заболевания мочекаменной болезнью до момента первичной операции. Из 35 больных с рецидивом до 1 года было всего 4, от года до 3 лет — 20, от 3 до 5 лет — 8 и более — 3. У большинства больных, которым производилась первичная операция со сроком заболевания более 3 лет, были осложнения мочекаменной болезни, калькулезный пиелонефритом или выраженными явлениями гидронефротической трансформации почки. При наличии инфекции мочевых органов, морфологических изменений почечной паренхимы с нарушением функции почки консерватизм должен иметь свои границы.

Количество повторных операций на почке и верхних мочевых путях увеличивается. Чрезмерное увлечение органосохраняющими операциями не всегда оправданно, ибо эти операции теряют в своем радикализме, возрастает возможность дальнейшего прогрессирования патологического процесса, что может привести к необходимости повторных вмешательств. Повторные оперативные вмешательства на почке и верхних мочевых путях представляют большую техническую трудность для хирурга, тяжелы для больного и сопряжены с опасностью для его жизни. Поэтому повторные операции должны производиться урологами, в совершенстве владеющими высокой хирургической техникой.

Отдаленные результаты у 15 повторно оперированных больных прослежены от 3 до 5 лет. У 4 больных выявлены рецидивы: у 2 на сроках до 5 лет и у 2 — через 5 лет. 1 больной умер от кровотечения. У остальных 10 больных (срок наблюдения у 5 — от 3 до 5 лет и у 5 — свыше 5 лет) рецидива не было. Однако у 5 больных держатся постоянные боли в оперированной почке вследствие хронического пиелонефрита, у 2 установлен пиелонефрит. Общее состояние у повторно оперированных больных хорошее, они трудоспособны.

Все больные, перенесшие оперативные вмешательства по поводу мочекаменной болезни, находятся под наблюдением, периодически получают стационарное или санаторно-курортное лечение по поводу хронического пиелонефрита.

В профилактике рецидивов важная роль принадлежит раннему удалению конкрементов, правильности показаний к оперативному лечению и выбора оперативного вмешательства. В до- и послеоперационном периоде при наличии инфекции должна быть проведена интенсивная антибактериальная терапия.