

А.П. ШМАКОВ, А.Э. ПИТКЕВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Почечная колика (ПК) – остро возникающие болевой, диспепсический, мочевого симптомокомплексы, влекущие реакцию сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.

Абдоминальный синдром, а также особенности нейропсихического развития являются причиной скудности и неточности оценок собственных ощущений, что способствует попаданию детей в хирургические стационары, а также диагностическим и тактическим ошибкам.

Изучены 48 историй болезни детей с ПК, лечившихся в хирургическом отделении Витебской детской областной клинической больницы за 10 лет. В 52% случаев причиной ПК был солевой диатез (дисметаболическая нефропатия), в 48% - мочекаменная болезнь (МКБ). Оценивается значимость клинических симптомов и информативность диагностических методов.

Поскольку стаз мочи и воспаление выявлены лишь у 22,9% больных, делается акцент на необходимость диагностики солевых диатезов и проведение их лечения в соответствии с принципами терапии МКБ.

Renal colic is acutely appearing algesic, dyspeptic, urinary symptom complexes, leading to the reaction of the cardiovascular, respiratory and other systems of the body. Abdominal syndrome and the peculiarities of the neuropsychological development are caused by insufficiency and inaccuracy of self-sensation estimation which result in children's hospitalization to the surgical department and in diagnostics and tactics mistakes.

48 case histories of children with RC were studied, who were receiving treatment at the surgical department of Vitebsk infantile regional clinical hospital during the last 10 years. In 52% of all cases the cause of RC was salt diathesis (dismetabolic nephropathy); in 48% cases it was caused by urolithiasis. Significance of clinical symptoms and informative diagnostics methods are evaluated. Since urostasis and inflammation are revealed only in 22, 9%, it is accentuated to diagnose and treat salt diathesis according to urolithiasis principles.

Под термином «почечная колика» понимают остро возникающие болевой, диспепсический, диспепсический, мочевого симптомокомплексы, влекущие за собой реакцию сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.

Причиной возникновения ПК является обструкция мочевыводящих путей, способствующая развитию компенсаторных усилий со стороны мочевыводящих путей, проявляющихся вначале болевым, а затем

присоединением и других вышеописанных симптомов.

В этиологии ПК различное по значимости место принадлежит врожденным порокам развития и приобретенным заболеваниям системы мочевого выделения (воспаление, кровотечение, конкременты и пр.), а также других органов (болезни костей и суставов, обмена веществ, опухоли и пр.).

Наиболее часто почечной коликой проявляется мочекаменная болезнь (МКБ).

Этиология и патогенез её развития окончательно не выяснены. Многочисленные теории объясняют лишь отдельные звенья в большой цепи факторов, приводящих к нефролитиазу. Не установлено также, действуют ли эти факторы в отдельности или совместно в различных комбинациях. Вероятно, что некоторые из них могут являться пусковыми к камнеобразованию, а затем перестают существовать, уступив место другим. Нередко мелкие конкременты отходят после приступа ПК и больше не образуются. В то же время известны случаи тяжелого пожизненного хронического процесса. Ясно и то, что в здоровой почке камень образоваться не может [1,2].

В педиатрической практике ПК встречается реже, чем у взрослых. Основным симптомом ПК – боли в животе, которые дети нередко с трудом локализуют и качественно оценивают из-за особенностей нервно-психической деятельности. Поэтому, как правило, такие больные поступают в детские хирургические отделения с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. К сожалению, особенно при неизменных первичных анализах мочи (что при ПК не является редкостью), им ошибочно могут быть выполнены оперативные вмешательства. Кроме того, при купировании болевого приступа дети выписываются домой с неправильно установленным диагнозом, будучи обреченными на дальнейшее рецидивирование болезни.

Мочевой синдром: встречается в 70-80% случаев (часто являясь следовой реакцией), эритроциты свежие в различных количествах. Предшествующая или присоединившаяся инфекция мочевыводящих путей сопровождается лейкоцит-, протеин-, цилиндрурией, отхождением солей.

Дизурический синдром: болезненное, частое мочеиспускание, энурез, анурия, сопровождая ПК, позволяет окружающим в

первую очередь заподозрить патологию мочевыводящих путей.

Диспептический синдром: тошнота, рвота, вздутие живота; сердечно-сосудистые и дыхательные расстройства в значительной степени способствуют диагностическим ошибкам.

Материалы и методы

Целью настоящей работы явилось изучение причин, клинических проявлений, диагностической ценности известных методов обследования для улучшения лечения ПК у детей.

Изучены истории болезни 48 больных ПК, лечившихся в хирургическом отделении Витебской детской областной клинической больницы за 10 лет функционирования в нем урологических коек.

Результаты и обсуждение

Мальчиков и девочек было по 24 человека. Возраст до 7 лет – 3, 7-12 лет – 30, старше 12 лет – 15 пациентов. Из них 43 проживали в Витебске и Витебском районе, 5 – в районах области.

Причиной ПК у 25 больных (52%) был солевой диатез (дисметаболическая нефропатия), у 23 детей (48%) обнаружены конкременты. Последние находились в почке (3), во всех отделах полостной её системы (6), в мочеточниках (1), в почке и мочевом пузыре (1), отошли во время мочеиспускания (8). У 4 (17,4%) больных с уролитиазом в анамнезе, поступивших после приступа ПК, при обследовании в клинике конкременты обнаружены не были. В 5 (10,4%) случаях камни образовались вследствие врожденных пороков развития органов мочевого выделения (ВПОМ): гидронефроз (2), гипоспадия (1), экстрофия мочевого пузыря (1), стеноз пузырно-мочеточникового соустья (1). У 3-х больных был нефроптоз,

у 2-х – предшествующий гломерулонефрит. Осложнения развились в 45 случаях (93,8%): хронический пиелонефрит – 22, нефрит – 4, пиелэктазии – 15, уретерогидронефроз – 3, ХПН – 1. Длительность заболевания была различной: у 9-ти больных – годы (2-7 лет), у 10-ти – месяцы, у 29-ти – дни.

В клинике преобладали боли различной интенсивности (47 случаев - 97,9%), тошнота и рвота (75%); болезненное (66,7%), частое и болезненное мочеиспускание (29,2%), недержание мочи (2,1%), энурез (2,1%). Гемодинамические сдвиги были у 43,8%, локальная болезненность живота – у 87,5%, положительный симптом Пастернацкого – у 60,4%, повышенная температура – у 22,9% больных. В общем анализе крови анемия выявлена у 20,8%, лейкоцитоз – у 22,9%, изменения лейкоцитарной формулы – у 18,8%, ускоренная СОЭ – у 29,2% детей. В анализе мочи гематурия обнаружена у 34 (70,8%) пациентов, свежие эритроциты – 91,2 %; лейкоцитурия – 27 (56,3%); протеинурия – 20 (41,7%) случаев. Кислотность мочи: кислая – 32 (66,7%), щелочная – 8 (16,7%), меняющаяся – 8 (16,7%). У 30 пациентов (62,5%) в моче присутствовали соли: оксалаты – 19, ураты – 4, фосфаты – 3, их комбинация – 4. Удельный вес мочи в 38 случаях (79,2%) превышал 1012, в остальных – был ниже. Обнаружение солей в анализах мочи совпало с их выявлением ультразвуковым методом лишь у 14 обследованных (29,2%), не совпало – у 24 (50%).

Использование УЗИ для диагностики уролитиаза дало положительные результаты (соли, камни) у 25 (52,1%) детей, обнаружило их косвенные признаки (гидронефроз, гидроуретер) еще у 16 больных (33,3%). Рентгенологическая диагностика (обзорная, экскреторная, микционная, нисходящая и восходящая пиелография) дала положительный результат лишь у 11 пациентов (22,9%).

Выполненная 10 больным цистоскопия в 7 случаях позволила обнаружить урологическую патологию.

Лечение больных проводилось по общепринятой схеме: спазмолитики, анальгетики, антибактериальные препараты и другие виды симптоматической терапии.

У 38 больных (79,2%) приступ ПК купирован в 1-е сутки, у 6 (12,5%) – от 2-х суток до полутора недель, у 4 – после выполнения операций (пиелотомия, уретеро-неоцистостомия, цистотомия, уретероцистотомия в сочетании с конкрементэктомией). У 12 больных приступы ПК повторялись в отделении.

Нормализация анализов мочи в 31 случае (64,6%) достигнута в сроки от одних суток до трех недель. С измененными анализами мочи клинику покинули 17 пациентов.

По мнению большинства исследователей, полиэтиологическая природа уролитиаза, многообразие причинных факторов все-таки приводит к приблизительно однородным физико-химическим нарушениям коллоидо-кристаллоидного равновесия мочи. Канальцевые поражения почек, ведущие к повышенному образованию мукопротеидов, связывающих защитные коллоиды, и нейтральных мукополисахаридов, которые могут образовывать комплексы с мочевыми солями как на слизистой оболочке почечных сосочков, так и в просвете почечных канальцев в виде цилиндров, являются основой появления микролитов и сферолитов. Особенности патогенеза различаются при диатезах, при которых камнеобразование зависит от pH мочи, концентрации и различия литогенного вещества. Этиологический фактор – это причина заболевания, патогенетический – то, что способствует образованию конкремента. Для рецидивного камнеобразования такие факторы, как стаз мочи и инфекция, могут являться мощными патогенетическими условиями [1,2,3,4].

В наших наблюдениях лишь у 11 (22,9%) пациентов были выявлены вышеозначенные патогенетические условия. В большинстве же случаев ПК эти факторы не обнаружены. Более того, у большинства детей диагностированы солевые диатезы: оксалаты – у 19, ураты – у 4, ураты и оксалаты – у 4, фосфаты – у 3. И хотя, по мнению Н.А. Лопаткина, неоднократные, месяцами появляющиеся в моче соли еще не требуют получения дополнительных данных о содержании солей в сыворотке крови и моче, наши наблюдения о рецидивировании приступов ПК в этих ситуациях ставят перед необходимостью привлечь внимание педиатров к этой категории пациентов, несомненно нуждающихся если не в исследовании солевого профиля сыворотки крови и мочи, то в обязательном глубоком поиске гомеостатических отклонений и соматических патологий, возможно способствующих возникновению микролитов. По-видимому, также необходимо проведение консервативного лечения дисметаболических нефропатий в соответствии с принципами терапии МКБ (диетотерапия, общеукрепляющее лечение, коррекция рН мочи, по показаниям противовоспалительные средства и др.). Такой подход позволит избежать образования макролитов.

Выводы

1. Чаще всего ПК вызывают соли и конкременты, причинами образования кото-

рых являются изменения физико-химических и органических компонентов мочи, воспаление и нарушение уродинамики.

2. Отражая начальные этапы коллоидо-кристаллоидного дисбаланса в моче, солевые диатезы нуждаются в ранней диагностике, адресной и настойчивой реализации программ коррекции для предотвращения уролитиаза.

3. Ранняя радикальная операция при врожденных пороках органов мочевого выделения, являясь профилактикой уродинамических нарушений, обнадеживает в плане предотвращения воспалительных осложнений и камнеобразования.

4. Целенаправленное профилактическое лечение детей с дисметаболической нефропатией и послеоперационная метапрофилактика МКБ позволяют снизить уровень уролитиаза и рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин, Н. А. Руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – М.: Мед., 1998. – Т.2. – 765 с.
2. Лопаткин, Н. А. Детская урология: руководство / Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев. – М., Мед., 1986. – 495 с.
3. Мурванидзе, Д. Д. Почечнокаменная болезнь у детей / Д. Д. Мурванидзе, Д. Б. Гуджабидзе. – М.: Мед. – 1973. – 136 с.
4. Пулатов, А. Т. Уролитиаз у детей / А. Т. - Пулатов. – Ленинград: Мед., 1990. – 207 с.

Поступила 21.11.2006 г.