

мочекаменная болезнь

МКБ – хроническое заболевание, которое характеризуется образованием в почках и МВП конкрементов (камней).

Камни чаще образуются в правой почке.
Болеют чаще мужчины.

Этиология и патогенез.

Заболевание полиэтиологическое.

Способствуют образованию камней ряд факторов:

- 🌐 генетическая предрасположенность
- 🌐 метаболические нарушения (подагра, гиперпаратиреоз, метаболический синдром)
- 🌐 применение некоторых лекарственных средств (сульфаниламиды, избыточное употребление аскорбиновой кислоты)
- 🌐 инфекции мочевых путей
- 🌐 факторы окружающей среды (жесткая питьевая вода)
- 🌐 особенности питания (однообразная пища, недостаток в пище вит гр А, В)
- 🌐 анатомические аномалии
- 🌐 малоподвижный образ жизни
- 🌐 хронические заболевания ЖКТ (гастриты, энтероколиты)

В результате этих факторов повышается концентрация солей в моче и начинают образовываться кристаллы. Выпадение солей в осадок происходит вокруг органического ядра, которым могут служить клетки эпителия, скопление лейкоцитов, сгустки крови.

Камни могут быть разными по составу: ураты, оксалаты, фосфаты, смешанные. Они м.б. одиночными и множественными. Иногда камни занимают чашечно-лоханочную систему, имеют утолщенные отростки находящиеся в чашечках. Такие камни называются коралловидными.

Величина камней м.б. от 1 мм до 15 см.

Клиника.

Различают √ межприступный период, когда б-го ничего не беспокоит и
√ приступ болезни.

Клинические проявления зависят от размеров и подвижности камней.
Чаще приступ болезни проявляется почечной коликой.

► Мелкие камни (т.н. песок) могут не вызывать болезненных явлений. Они выводятся с мочой, при этом иногда появляется боль при раздражении слизистой мочеиспускательного канала.

► Большие неподвижные камни долго не беспокоят больного. В последующем они нарушают отток мочи и, как правило, присоединяется инфекция и воспаление.

► Небольшие подвижные камни могут смещаться, нарушается отток мочи и возникает приступ болей - Почечная колика.

Она возникает внезапно. Часто после физ.нагрузки, обильного приема жидкости, иногда ночью.

- Характер боли - нестерпимый.
- Локализация – в поясничной области, по ходу мочеточников с иррадиацией в пах, внутреннюю поверхность бедра.
- Продолжительность – от нескольких минут до часов и суток.
- Больные не могут найти удобного положения при котором боль стихла бы, мечутся в постели, стонут от боли.

Могут присоединиться тошнота, рвота, учащенное болезненное мочеиспускание, иногда анурия.

- После приступа болей характерна гематурия. Она м.б. в виде микро или макрогематурии.

После приступа может отойти камень.

Может присоединиться инфекция, тогда повысится температура тела.

Диагностика.

Объективно определяется «+» симптом Пастернацкого.

ОАК: изменений нет, но если присоединяется воспаление, то появляются характерные признаки.

ОАМ: гематурия (свежие не измененные эритроциты),
 небольшая протеинурия,
 соли
 м.б. единичные цилиндры,
 лейкоцитурия при воспалении

R-зр, УЗИ : обнаруживается камень.

Лечение

♦ Купирование приступа почечной колики.

- тепловые процедуры – грелка, горячая ванна
- спазмолитики
- при неэффективности – спазмолитики + анальгетики
- при неэффективности – наркотические анальгетики

1. Медикаментозная литокинетическая (камнеизгоняющая) терапия (МЛТ) лекарственными препаратами показана пациентам с камнями мочеточника размерами 5 - 6 мм в поперечном размере с целью ускорения их отхождения конкрементов

Для изгнания камней применяют

- Цистенал (п/воспалит+ спазмолитич+ мочегонное действие)
- Ависан
- группу селективных α 1-адреноблокаторов (Тамсулозин)

2. Рекомендуются проведение перорального хемолиза камней состоящих из мочевой кислоты - ураты.

Растворение конкремента проводится путем ощелачивания мочи

- Уралит
- Блемарен

Оксалатные камни растворить невозможно.

3. Уретерореноскопия (УРС) и гибкая УРС.

Уретероскопия является предпочтительным методом лечения камней малого и среднего размера, расположенных в любой части мочевыводящих путей. Процедура обычно выполняется под общим наркозом. Во время этой процедуры уретероскоп (длинный, тонкий инструмент с крошечной камерой на конце) вводится через мочеиспускательный канал и мочевой пузырь в мочеточник или в почку. Как только камень найден, его можно извлечь с помощью "щипцов или корзинки", либо используют лазер или пневматику, чтобы разбить камень на более мелкие кусочки, прежде чем они будут извлечены с помощью корзины.

4. Камни больших размеров должны быть раздроблены с помощью специального пневматического, ультразвукового или лазерного устройства – нефролитотрипсия

◆ Диета.

При камнях разного состава диета различная.

Если известен состав камня, то рекомендуется следующее:

- √ при **уратных** камнях – *Ограничивать* продукты богатые пуринами – крепкие мясные, рыбные бульоны, паштеты, студни, субпродукты, фасоль, соя, соленья, щавель.
- *Рекомендуются* продукты ощелачивающие мочу - молочные продукты, фрукты, овощи.
- √ при **оксалатных** камнях – *Ограничить* введение в организм щавелевой кислоты – щавель, салат, шпинат, картофель, крепкий чай, кофе, молоко.
- *Рекомендуются* : мясо, рыба, овощи, яблоки, груши.
- √ при **фосфатах** – *Запрещаются* молочные продукты.
- *Ограничить* яблоки, смородину, горох.
- *Рекомендованы*: мясной стол, для подкисления мочи, так же крупы, макаронные изделия.