

**КОРАЛЛОВИДНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ****Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.**Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале  
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлена клиническая характеристика 47 больных с коралловидным нефролитиазом. Дана качественная и количественная оценка рентгеновской абсорбциометрии периферического скелета (предплечья, пяточной кости). Также дана характеристика проведенных оперативных методов лечения этих больных и их результаты.

**Ключевые слова:** коралловидный нефролитиаз, рентгеновская абсорбциометрия периферического скелета, остеопороз.

**МАРЖАН НЕФРОЛИТИАЗЫ****Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.**Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо Министрлиги  
Улуттук Госпитальга караштуу Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул илимий жумушта маржанду нефролитиаз менен ооруган 47 бейтапка клиникалык мүнөздөмө берилди жана ошону менен бирге рентген абсорбция метридикаймактык скелет сөөктөрүнө (чыканак, таман сөөктөр) сапаттуу жана сандуу баа берилди. Ошонун негизинде ушундай оорулардын оперативдик дарылоо ыкмасы жана аларды жыйынтыктарына мүнөздөмө берилди.

**Негизги сөздөр:** маржандуу нефролитиаз, рентгендик абсорбциометрдик аймактык скелет, остеопороз.

**CORAL NEPHROLITHIASIS****Makhmudov A. M., Mambetov J.S.**Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The paper presents clinical characteristics of 47 patients with coral nephrolithiasis. Gives a qualitative and quantitative evaluation of X-ray absorptiometry of the peripheral skeleton (forearm, calcaneus). Also, given the characteristics of held operational treatments for these patients and their results.

**Keywords:** coral nephrolithiasis, X-ray absorptiometry of the peripheral skeleton, osteoporosis.

**Введение.**

Мочекаменная болезнь является частым урологическим заболеванием, приводящие людей раннему нарушению трудоспособности, инвалидизации, а также требующее значительного материального расхода на лечения, что обуславливает не только медико-социальному, но экономическому проблему на современном уровне [1,3]. Следует отметить, что нередко встречаются более тяжелая клиническая форма мочекаменной болезни – коралловидный камень в почке и при этом клинические, диагностические, тактико-технические вопросы данной патологии до настоящего времени не до конца решены, а отдельные моменты противоречивы и дискуссионны [2,4].

Следовательно, научной целью наших исследований была клиническая характеристика проявлений коралловидного камня почки с учетом оценки изменения минеральной плотности костной ткани у больных на основе проведения двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

**Материал и методы исследования.**

Исследованию были подвергнуты 47 больных с клиническим диагнозом: МКБ. Коралловидный камень почки. Мужчины составили - 26 (36,0%), женщин - 21 (64,0%). Средний возраст пациентов составили – 42,5±2,4 лет и длительность болезни 5,2±1,2 года.

Наряду с клиническим и лучевым исследованием (рентгенологические, ультразвуковые, КТ и МРТ) производилось рентгеновская абсорбциометрия периферического скелета (предплечья, пяточной кости) на аппарате OsteoSysCo., Ltd., Южная Корея.

Дана качественная оценка исследуемого участка,

а также оценены полученные количественные показатели: BMD–минеральная плотность кости, рассчитывается на диаметр кости и выражается в граммах на квадратный сантиметр (в норме - г/см<sup>2</sup>); ВМС – минеральное содержание кости, выраженное в граммах минерала в исследуемой участке (в норме - ).

**Результаты и их обсуждения.**

Пациенты с МКБ поступившие в экстренном порядке составили - 33(70,2%) больных и только 14 (29,8%) были госпитализированы в плановом порядке. Из поступивших в экстренном порядке с почечной коликой 11(23,4%), с обострение калькулезного пиелонефрита – 31 (66,0%) макрогематурий – 5 (10,6).

Региональные характеристики госпитализированных пациентов с МКБ имели различные масштабную особенность.

Высокое удельное число госпитализированных больных в клинику составили лица из Баткенской области – 15 (31,9%), из Ошской и Жалал-Абадской области составили - 9 (19,2%), с г. Бишкека – 7(14,9%), из Чуйской области – 6(12,8%) пациентов, а из Иссык-Кульской – 2 (4,3%), с Талаской– 1 (2,1%) и Нарынской области составили – 2 (4,3%), т.е. количество больных обращались почти в равнозначном уровне.

Следует заметить, что 4пациентов из числа г. Бишкека и Чуйской области, которые ранее родились и проживали в южном регионе нашей Республики, которые по службе работы переехали в указанный район.

Пациенты из Казахстана были 3(6,4%) больных с коралловидным нефролитиазом, а из России составили 2(4,3%) больных.

На основании проведенных лучевых исследований

(рентгенологически, ультразвуковые, компьютерной и ядерномагнитной томографии) из 47 пациентов МКБ были установлены: Коралловидный камень односторонний локализацией – у 39 (83,0%) и двухсторонний коралловидный камень – у 8 (17,0%).

При этом клиническая классификация выглядело следующим образом:  $K_1$  (локализацией камня в одной чашечке почки) – 4 (8,5%);  $K_2$  (локализацией камня в двух чашечке почки) – 7 (14,9%)  $K_3$  (локализацией камня в чашечках почки с ростом в лоханки) – 21 (44,7%) и  $K_4$  (локализацией камня вес чашечно-лоханочной системы почки) – 15 (31,9%).

Клиническая симптоматология коралловидный нефролитиаз характеризовались следующим: болевой синдром имело место во всех случаях, в 11 (23,4%) случаях носило приступообразный характер, ноющий – у 12 (25,5%), тупой характер – у 24 (51,1%). Боли постоянного – у 32 (68,1%) и непостоянного характера – 15 (31,9%) больных.

Среди указанных больных дизурические расстройства – у 12 (25,5%), гематурия (макро и микрогематурия) – у 22 (46,8%), повышения артериального давления – 13 (27,7%) пациентов.

Коралловидный камень почки во всех случаях сопровождался рецидивирующим течением, у 33 пациентов в момент обследования проявилось обострение калькулезного пиелонефрита клинически: проявился болевой синдромом проявлялся синдром интоксикации (повышения температуры тела более  $37,5^{\circ}\text{C}$ , головная боль, общая слабость, нарушения умственной и физической трудоспособности, снижение аппетита и повышенная потливость).

При проведение денситометрии костей было установлено, что без нарушение (нет остеопороза) – у 9 (18,0%); пограничная норма – у 14 (28,0%); остеопения – у 16 (32,0%) и остеопороз имело место – у 11 (22,0%) пациентов с МКБ.

Количественная оценка полученных результатов выглядело следующим образом: у лиц без остеопороза и пограничной линии нормы в предплечья BMD (0.8-2.1) средние значения составило –  $0,896 \pm 0,02$  г/см<sup>2</sup>; BМС (0.3-0.9) –  $1,103 \pm 0,7$  г. Уровень BMD в пяточной кости составило –  $0,748 \pm 0,06$  г/см<sup>2</sup>; BМС –  $0,914 \pm 0,3$  г.

У лиц с остеопенией BMD в кости предплечья составил –  $0,493 \pm 0,03$  г/см<sup>2</sup>; BМС –  $0,394 \pm 0,2$  г, а в пяточной кости BMD составило –  $0,409 \pm 0,08$  г/см<sup>2</sup>; BМС –  $0,618 \pm 0,6$  г.

Показатели остеопорозом BMD в кости предплечья составил –  $0,401 \pm 0,06$  г/см<sup>2</sup>; BМС –  $0,319 \pm 0,2$  г, а в пяточной кости BMD составили –  $0,341 \pm 0,07$  г/см<sup>2</sup>; BМС –  $0,103 \pm 0,8$  г.

Больным с коралловидными нефролитиазом произведено дистанционная ударно-волновая литотрипсия всего – 8 (17,0%) случаев и это в основном составили

лица коралловидным нефролитиазом  $K_1$  в двух случаях с  $K_2$ . Основные количество пациентов с коралловидным нефролитиазом перенесли оперативное лечения: пиелолитотомия – 9 больных (19,15%); пиелолитотомия в сочетании с нефролитотомией – 11 (23,4%); нефролитотомия – 5 (10,6%) и нефрэктомия – 14 (29,6%) случаев. Сожалению следует заметить, что почти каждый 3 пациент подвергалось орган уносящему операции и тем самым увеличивается число инвалидизации больных МКБ.

Результаты лечения были следующими хорошее (полное элиминация камня из полости почки, восстановление функциональной полноценности почки, нормализация лабораторных анализов) – у 14 (29,8%) больных удовлетворительное (наличие резидуального камня, улучшение функциональной полноценности почки и лабораторных анализов) имело место – у 25 (53,2%) пациентов и неудовлетворительные (наличие несколько резидуальных камней в оперированной почке при сниженной функции почки и патологические изменения в лабораторных анализах) результаты были зарегистрированы – у 8 (17,0%) случаев.

### Выводы:

Коралловидный нефролитиаз – это один из клинических форм МКБ, в результате которой происходит снижение функциональной способности почек, приводящее к нефросклерозу, ХПН, гнойно-воспалительном процессом и другим осложнением, в дальнейшем приводящем к органуносящей операции. Следует учесть, что мочекаменная болезнь и остеопороз могут параллельно протекать и требует детального обследования, а полученные результаты позволяют выработать тактику лечения на этапе введения больных с взаимно конкурирующей патологией. В этом диапазоне исследований двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия имеет важное научно-практическое значения не только в диагностическом плане, но и в оценке эффективности проведенной терапии.

### Литература:

1. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения /Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, В.И. Руденко //Врачебное сословие.- 2004.- №4.- С. 4-9.
2. Дзеранов Н.К. Оперативное лечение коралловидного нефролитиаза /Н.К. Дзеранов, Э.К. Яненко //Урология.- 2004.- № 1.- С. 34-38.
3. Константинова О.В. Нарушение обмена камнеобразующих веществ при коралловидном нефролитиазе /О.В. Константинова, Л.Г. Кульга //Пленум Всероссийского научного общества урологов: тез. докл. Ростов н/Д, 1992.- С. 87-88.
4. Тактика лечения больных коралловидным нефролитиазом /Яненко Э.К., Сафаров Р.М., Дзеранов Н.К., Москаленко С.А. //Материалы пленума правления Российского общества урологов.- Сочи, 2003.- С. 359-360.