

«ТРУДНЫЙ» СЛУЧАЙ

Однажды мы, студенты пятого курса медицинского института, дежурили со своим преподавателем в приемном покое. «Скорая» привезла старенькую женщину, у которой, со слов родственников, больше недели не было стула, то есть не работал кишечник. Столпившись вокруг кушетки, на которой лежала бабушка, мы решили принять посильное участие в процессе диагностики и лечения. Каких только болезней, включая самые экзотические, мы не вспомнили! Но ее болезнь ни на что не была похожа. Через некоторое время я решила поговорить с больной, подошла к изголовью кушетки и вдруг увидела, что ее рот как-то странно открыт. Меня это удивило, и я спросила бабушку, давно ли это у нее? Она с трудом объяснила, что неделю назад широко зевнула, после чего во рту что-то хрустнуло. И с тех пор он перестал закрываться, отчего она не может ни разговаривать, ни есть. Естественно, кишечник тоже не работал.

Такого дружного смеха в приемном покое еще не слышали! Бабушка укоризненно смотрела на нас, но как мы могли сказать ей, что смеемся над собой? Ведь причина ее «болезни» была очень проста: вывих нижней челюсти.

Челюсть вправили, и все окончилось хорошо. А будущие врачи получили хороший урок: надо осматривать всего больного, а не только «больное место».

**Волкова Анна Федоровна,
Калужская обл.**

«НЕ НАВРЕДИ», ИЛИ КАК СПАСТИ ПОЧКУ

Гидронефроз

✉ «У меня на УЗИ органов брюшной полости обнаружили гидронефроз правой почки первой степени. При этом никаких симптомов болезни – плохого самочувствия или болей – нет. Анализы отличные – и крови, и мочи. Врачи говорят, что этот недуг лечится только оперативным путем. Так ли это на самом деле?».

Елена, г. Новосибирск.

«Предупреждение Плюс»: *За комментарием мы обратились к профессору, доктору медицинских наук Михаилу ЕНИКЕЕВУ.*

«Предупреждение Плюс»: *Как развивается гидронефроз и как часто он встречается?*

Михаил ЕНИКЕЕВ: При нормальных условиях моча поступает из почек свободно вниз по мочеточникам и накапливается в мочевом пузыре. Но если на пути тока мочи возникает блок (камень или сужение мочеточника), то ее физиологический пассаж (движение) в мочевой пузырь нарушается, в результате чего моча начинает накапливаться выше препятствия. При истинном гидронефрозе речь идет о сужении в области перехода лоханки в мочеточник (так называемый лоханочно-мочеточниковый сегмент), вследствие чего переполняется собирательная система почки (лоханка и чашечки). Размер расширения полостей зависит от степени сужения мочеточника и особенностей чашечно-лоханочной системы пациента.

У детей сужение мочеточника чаще всего носит врожденный характер из-за аномалий мочевых путей. Почему происходит сужение мочеточника во взрослом возрасте, до конца неясно, однако на этот процесс могут повлиять некоторые

урологические заболевания или травмы. Доля больных гидронефрозом в урологических стационарах небольшая и, как правило, не превышает 3%, но это только видимая часть «айсберга». Существенно большее количество пациентов наблюдается врачами амбулаторного звена. И совсем неизвестно, сколько больных, страдающих гидронефрозом, лишены любого врачебного надзора – как по причине отсутствия информированности, так и просто из-за нежелания заниматься своим здоровьем.

«ПР+»: Читательница пишет, что ее ничего не беспокоит. А есть какие-то симптомы, характерные для этого заболевания?

М.Е.: Болезнь действительно зачастую протекает бессимптомно и выявляется при случайном обследовании. Пациенты, несмотря на наличие у них выраженного гидронефроза, длительное время могут считать себя здоровыми. Насторожить человека может лишь боль в пояснице, которую многие, при отсутствии должного обследования, принимают за радикулит или пояснично-крестцовый остеохондроз. Иногда пациент испытывает боль в подреберье со стороны поражения. На более поздних стадиях возможно повышение артериального давления. Иные проявления болезни – такие как примесь крови в моче и обострение воспаления в почке, – скорее исключение, чем правило.

«ПР+»: Можно ли выделить стадии развития заболевания?

М.Е.: Для выбора лечебной тактики больных гидронефрозом была разработана классификация, предусматривающая следующие стадии заболевания:

1. Начальный гидронефроз. В результате сужения мочеточника расширяется исключительно лоханка. Чашечки еще не расширены, и это предотвращает губительное давление мочи на корковое вещество почки, поэтому риска гибели органа пока нет. Больная почка при начальном гидронефрозе, как правило, функционирует, как и здоровый парный орган. Спешить с операцией на этой стадии не стоит.

2. Ранний гидронефроз. Эта стадия характерна для большого количества больных, наблюдаемых урологами в стационарах. Заболевание развивается – сужение мочеточника и расширение всей чашечно-лоханочной системы прогрессируют. Как в поговорке «вода камень точит», расширенные чашечки начинают сдавливать почечную ткань, вследствие чего у больных наблюдается то или иное снижение функции пораженного органа. Именно эти пациенты – основные кандидаты на реконструктивно-пластическую операцию по устранению сужения.

3. Поздний гидронефроз. Эту стадию подразделяют на две подстадии – в зависимости от состоявшихся изменений верхних мочевых путей и почечной паренхимы (почечная ткань):

Терминальный А гидронефроз – предполагает помимо выраженного расширения всей собирательной системы почки и уменьшения в размерах коркового вещества еще и существенное ухудшение функции органа. И тем не менее при ряде обстоятельств спасти возможно даже такой орган.

Терминальный Б гидронефроз – финальная стадия гидронефротического процесса, предполагающая необратимые изменения в почке, когда даже устранение препятствия току мочи не приведет к восстановлению работы органа ввиду гибели большинства нефронов (функциональная единица почки) и полной дегенерации его сосудистого русла.

«ПР+»: Какие методы применяют для контроля динамики развития болезни?

М.Е.: Основным исследованием для оценки мочевых путей при всех стадиях заболевания остается компьютерная томография почек и мочеточников с обязательным введением контрастного вещества. Именно это исследование позволяет констатировать наличие сужения в мочеточнике и оценить степень расширения собирательной системы почки. Более того, современные возможности компьютерной томографии позволяют с высокой степенью достоверности определить функциональное состояние страдающего органа. Неоцени-

мую диагностическую помощь может оказать специальное ультразвуковое исследование, предполагающее динамичный мониторинг почек до и на фоне введения мочегонного препарата. ФУЗИ (фармакоультразвуковое исследование) – тест с водной нагрузкой – рекомендовано с целью оценки компенсаторных резервов собирательной системы почки. Это особенно важно в начальной стадии гидронефроза. Ведь именно регистрация расширения чашечек и особенно возникновения боли в ответ на введение мочегонного препарата или большого объема воды может свидетельствовать о переходе заболевания в следующую стадию.

«ПР+»: Что включает в себя лечение гидронефроза?

М.Е.: В отношении начального гидронефроза незыблемой остается выжидательная тактика. При этом больного нельзя упускать из виду, необходимо доступно разъяснить риски прогрессирования болезни и временные интервалы, в которые пациент должен наблюдаться у врача и выполнять те или иные диагностические тесты.

При второй стадии гидронефроза показано хирургическое лечение. Однако даже здесь есть исключения. Пациентов старшей возрастной группы (более 65-70 лет) со стабильной почечной функцией и отсутствием выраженной боли можно наблюдать. Опыт свидетельствует, что в этом возрасте существенной прогрессии гидронефроза чаще всего не происходит, и тем не менее эти пациенты также не должны выпадать из поля зрения урологов.

Принципиально иной подход требуется к больным пожилого возраста, но с гидронефрозом единственной почки. Риски наступления и нарастания почечной недостаточности здесь сравнительно велики, что заставляет хирургов прибегать к более активной хирургической тактике: этих больных чаще оперируют.

«ПР+»: Можно ли спасти почку при позднем гидронефрозе?

М.Е.: Помимо стандартных случаев, когда сужение мочеточника и последующий гидронефроз являются прямыми

показаниями к реконструктивной (спасающей орган) операции, бывают ситуации, требующие необычного и творческого подхода, причем как от врача, так и от пациента.

Коварство гидронефроза в том, что заболевание может протекать бессимптомно, приводя к выраженным (терминальным) изменениям почки, когда оперативное лечение применяют исключительно для удаления необратимо измененного органа. Однако не всегда терминально измененный орган безвозвратно «проигран». Ряд операций, как это ни печально, выполняется напрасно, особенно в молодом возрасте.

Разделить больных на тех, у кого почка изменена необратимо, и тех, кому еще можно спасти орган, не так-то просто. Огромные собирательные системы почки (чашки и лоханка) и истонченная почечная паренхима, боль и частое вторичное камнеобразование – вот визитные карточки пациентов на поздней стадии гидронефроза. Запредельно высокое давление в лоханке и чашечках существенно тормозит процессы кровоснабжения и образования мочи в почке. Зачастую почка функционирует на грани жизнедеятельности, впадая в так называемый анабиоз. И только благодаря ряду защитных механизмов, к которым относят особенности кровоснабжения органа, возможность выпячивания лоханки за пределы почки, принимая удар на себя, и периодические рефлюксы мочи (обратные ее поступления из чашечно-лоханочной системы в ток крови), почка продолжает существовать.

К сожалению, ранее в большинстве стационаров подобным пациентам выполняли нефрэктомия (удаление почки). Подобную тактику, особенно при современном состоянии диагностических возможностей, нельзя считать обоснованной. Крупные исследования подтвердили довольно высокий регенерационный потенциал почечной паренхимы. Обратимость регистрировали даже в, казалось бы, безвозвратно погибших почках. Причем восстановление структуры, а следовательно, и функции почки происходило не путем образования новых нефронов, а вследствие выхода из анабиоза ранее временно заснувших клеток. При устранении препятствия в мочеточнике и, соответственно, снижении давления

в собирательной системе почки кровь устремлялась в орган по сосудам, которые не успели подвергнуться редукции (сохранили просвет).

На практике далеко не всегда возможно сразу оценить обратимость органа, находящегося в процессе глубокого сна. И тем не менее урологи нашли «ключик» к разрешению этой сложной проблемы. Путем установки в почку стента (внутренний мочеточниковый дренаж) или нефростомы (наружный чрескожный дренаж) врачи моделируют ситуацию, аналогичную операции по устранению сужения. Если в течение 2 недель контрольные исследования показывают, что почка вышла из «летаргического сна» и функция органа – в допустимых пределах, то возможно проведение реконструктивной операции. Если же после дренирования окажется, что орган погиб, удаление станет единственно возможным вариантом.

«ПР+»: Насколько травматичны операции при гидро-нефрозе?

М.Е.: Современные возможности позволяют проводить хирургическое лечение больных гидронефрозом без больших разрезов. Открытые операции, скорее, архаизм. Роботассистированные реконструктивные малоинвазивные операции проводятся с помощью лапароскопического оборудования. Удаляется суженный участок мочеточника, а затем неизменные фрагменты мочевых путей сшиваются ультратонким и надежным саморассасывающимся шовным материалом через 3-4 отверстия не более 5-10 мм каждое на передне-боковой брюшной стенке. Длительность пребывания в урологических отделениях, как правило, не превышает недели. Эффективность таких операций достигает 90-95%.

И все же, несмотря на колоссальный современный хирургический потенциал, пациентам советую со всей ответственностью отнестись к этому, с одной стороны, не самому злему, но с другой, довольно коварному противнику – гидро-нефрозу.

Беседовала Оксана ДУБОВАЯ.

Мария АРДАТСКАЯ:

«МИКРОБЫ ПРАВЯТ МИРОМ»

Качество жизни

Человеческий микробиом — что это? В чем состоят основные функции микрофлоры? Что для нее вредно и что полезно? Еще совсем недавно много говорили о пользе пробиотиков, а сейчас большинство ученых считает, что их польза сильно преувеличена. Дисбактериоз. Одни врачи считают, что такого заболевания нет вообще, другие лечат его ударными дозами антибиотиков. Кто прав? Об этом и многом другом наша беседа с профессором кафедры гастроэнтерологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, доктором медицинских наук Марией АРДАТСКОЙ.

Мария АРДАТСКАЯ: Микробиом – это совокупность всех микроорганизмов, которые нас населяют, являясь важнейшим адаптивным компонентом организма хозяина, определяя с ним тесные взаимовыгодные отношения.

Это и вирусы, и простейшие, и грибы. Значительную часть микробиома составляют бактерии. Всего в человеческом организме живет более 10 тысяч видов различных микробов, которые оказывают на нас огромное влияние. Известно, что геном человека насчитывает около 22 тысяч генов, тогда как микробиом бактерий – порядка 8 миллионов бактериальных генов! Поэтому большой вопрос: кто кем управляет?

«Предупреждение Плюс»: А каково соотношение вредных и полезных бактерий в нашем организме?

М.А.: 90% нашей микрофлоры составляют полезные бактерии, относящиеся к главной или доминирующей флоре. Если говорить о расселении микрофлоры в организме, то выглядит это так: на коже «живет» 12% микроорганизмов, в