

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К АНЕМИИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Стяжкина С.Н.¹, Ишматова Ю.В.², Шаритдинова Р.Д.³, Сабирова Н.Р.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна – профессор, доктор медицинских наук, преподаватель, кафедра факультетской хирургии;

²Ишматова Юлия Вениаминовна – студент;

³Шаритдинова Регина Дмитриевна – студент;

⁴Сабирова Назгуль Радиковна – студент,

кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, лечебный факультет,

Государственное федеральное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ижевская государственная медицинская академия,

Первая Республиканская Клиническая больница, г. Ижевск

Аннотация: отмечается рост патологии мочекаменной болезни и рака мочевого пузыря в последние годы. Это связано с возрастающим интересом к проблеме анемии и совершенствованием диагностических методик, основанных на достижениях в различных областях фундаментальной науки, и их доступностью для специализированных лечебных учреждений и возрастающем профессионализме современного врача [1].

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, постгеморрагическая анемия, онкология мочевого пузыря.

В России мочекаменная болезнь составляет 30 — 40% среди причин госпитализации в урологические отделения больниц. Уролитиаз распространен в любом возрасте, чаще всего - 20 - 45 лет, причем мужчины страдают 2,5 - 3 раза чаще, чем женщины [2].

В структуре онкологических заболеваний населения России рак мочевого пузыря занимает 8-е место среди мужчин и 18-е среди женщин. Отмечается сохранение тенденции к постоянному увеличению числа заболевших. Заболеваемость раком мочевого пузыря в настоящее время составляет 11,9 у мужчин, и 1,7 на 100 тыс. населения у женщин. Около 80% пациентов относятся к возрастной группе 50 - 80 лет, а пик заболеваемости приходится на 7-е десятилетие жизни. Опухоли мочевого пузыря преобладают среди новообразований мочевых органов и составляют 70% от их числа. Уровень смертности от этого заболевания во многих индустриально развитых странах составляет от 3% до 8,5% [3, 5, 7, 8].

Цель работы: анализ распространенности, изучение пациентов с урологическими заболеваниями осложнившимися анемией за 2016 год в 1 Республиканской клинической больнице, проанализировать актуальность исследуемой темы.

Материалы и методы

Исследованы 45 историй болезней в 1 РКБ г. Ижевск. С заболеванием МКБ 25 человек, что составляет 55,56%, которые были госпитализированы в урологическое отделение для дальнейшего лечения, из них у 8 человек (32%) была выявлена анемия. Рак мочевого пузыря -16 человек, что составляет 35,55% и анемия встречалась у 14 человек, что составляет 87,5% и ещё 4 пациента, что составляет 8,89% приходится на другие заболевания, не вызвавшие анемию, которые были также госпитализированы в урологическое отделение [4].

АНЕМИЯ – клинико-гематологический синдром, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина (менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) и гематокрита (менее 39% у мужчин и 36% у женщин).

Постгеморрагическая анемия, как осложнение, занимает одно из лидирующих мест в урологическом отделении. По статистическим данным в России постгеморрагической анемией, как осложнение, страдают примерно 8 - 15% населения. Чаще приводят к анемии заболевания МКБ и рак мочевого пузыря. По причине возникновения постгеморрагической анемии лидирующие места занимают травмы, которые сопровождаются сильным повреждением кровеносных сосудов, также продолжительные, часто возникающие потери небольших объемов крови, например, при геморроидальных кровотечениях [3, 6].

Результаты исследования

При обследовании пациентов биохимического анализа крови наблюдалось: уменьшение показателя гемоглобина и эритроцитов в единице объема, уменьшение гематокрита, ОЦК резко снижен. Число лейкоцитов редко превышает 9,0-10,0 x 10⁹/л. Чаще отмечается лейкопения, нейтропения. В период кровотечения в связи с большим потреблением тромбоцитов, которые мобилируются для его остановки, возможно снижение их содержания. Так как мы взяли пациентов с онкологией мочевого пузыря, для сравнения с другими причинами, приводящими к анемии, посмотрим на таблице № 1.

Таблица 1. Сравнение заболеваний, приводящих к анемии

Заболевания	ЖДА	Хронические воспалительные заболевания. Опухоли	Талассемия	Нарушение порфиринового обмена
Причины Критерий	Дефицит железа	Нарушение реутилизации железа	Нарушение синтеза цепей глобинов	Хроническая свинцовая интоксикация. Дефицит вит В6
Степень анемии	любая	редко Hb<90 г/л	умеренная	любая
Количество ретикулоцитов	различное	обычно нормальное	повышено	повышено
Средний объём эритроцита	понижен	норма или понижен	резко понижен	норма
Железо сыворотки	понижено	понижено	повышено	повышено
ОЖСС	повышена	норма или понижена	норма	понижена или норма
Ферритин	понижено	норма или повышен	норма	повышен
Железо в костном мозге	отсутствует	присутствует в макрофагах	присутствует	присутствует

Лечение: Первостепенным в лечении постгеморрагической анемии является установление источника кровотечения и его немедленная ликвидация за счет перевязки и ушивания сосудов, резекции и ушивания поврежденных органов и тканей, повышения свертываемости крови и т. д. Для восстановления ОЦК и снижения степени гемодинамических нарушений проводится неотложное переливание консервированной крови, кровезаменителей, плазмы и плазмозаменителей. После восстановления ОЦК проводится коррекция качественного состава крови – восполнение ее компонентов: эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Также необходимо введение белковых и электролитных растворов (альбумина, лактопротеина, физиологического раствора, глюкозы), восстанавливающих водно-солевой баланс. В лечении постгеморрагической анемии используются препараты железа, витамины группы В. Назначается симптоматическая терапия, направленная на нормализацию функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени, почек и др. [5, 6].

Клинический пример. Пациент М., 40 лет, находился на стационарном лечении в 1 РКБ г. Ижевск.

Диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень правого мочеточника.

Жалобы: При поступлении больной жаловался на острую, ноющую, интенсивную боль в поясничной области, в правой половине живота. Боль не сопровождалась тошнотой, рвотой, повышением температуры. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи.

Анамнез заболевания: Пациент считает себя больным с 11 сентября 2016 года. До этого дня боли пациента в поясничной области не беспокоили. Утром 11 сентября появились острые, ноющие, интенсивные боли в поясничной области, в правой половине живота. Боли не сопровождалась тошнотой, рвотой, повышением температуры. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской службы и был госпитализирован в урологическое отделение 1 РКБ.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Видимые кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски. Условия питания хорошие, употребление пищи регулярное, разнообразное. Пища средней калорийности. АД 135/90 мм рт. ст., пульс - 76 ударов в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, физиологической окраски. Живот мягкий, болезненный в правой половине живота.

Анализ мочи:

От 12.09.16: Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Относительная плотность: 1014

Ph: кислая

PRO:(белок) 0,2

BIL:(билирубин) нечетко

NT:(нитрол) Fe 3250

Er:б/к

Эпителий плоский:1-2

Lei: 0-1-2

Er св. 10-15-выщелоченные

Бактерии: ед.

Слизь +

Биохимический анализ крови: от 11.09.16

Лейкоциты: $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ($4,0-9,0 \cdot 10^9/\text{л}$)

Лимфоциты: $1,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ($1,1-2,5 \cdot 10^9/\text{л}$)

Моноциты: 5,04% (3-9%)

Гранулоциты: 71,8%(43-76%)

Гемоглобин: 120 г/л (130-180 г/л)

Эритроциты: $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($4,5-5,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$)

Гематокрит: 39,5% (40-45%)

Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах: 29,6 pg (33)

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах: 327 г/л (330-370г/л)

Показатель анизоцитоза: 12,8 % (11,6-14,8%)

Тромбоциты: $174 \cdot 10^9/\text{л}$ ($180-320 \cdot 10^9/\text{л}$)

Средний объем тромбоцита: 6,8 fl(7-10)

Палочкоядерные: 1 (1-5)

Сегментоядерные: 49 (47-72)

СОЭ: 12 мм/ч (4-10)

Заключение УЗИ: уростаз справа.

Заключение урогаммы: Правостороннее легкое каменно-пиелoureтерозектдия с предположительным блоком в устье правого мочеточника. Рентгенологически признаки хронического пиелонефрита.

Лечение: Режим: стационарный

Диета: стол № 15, питание направлено на восстановление нормального обмена веществ и поддержание гомеостаза.

Sol. Natrii chloride 0,9% - 1000,0 в/в капельно 1 раз в день

Sol. Euphyllini 2,4% - 3,0 в/в капельно (улучшение почечного кровотока)

Но-шпа, 2% раствор по 2мл, вводить внутримышечно 2 раза в день

Sol. Ketoroli 3% - 1 мл в/м.

Для купирования почечной колики – тепловые процедуры (горячая ванна, грелка) в сочетании с инъекциями болеутоляющих средств и спазмолитиков: баралгин 5,0 мл внутримышечно [5, 6].

Заключение: В последнее время отмечается стойкое повышение заболеваемости мочекаменной болезнью, хронические циститы перерождаются в рак, что впоследствии осложнений приводят к анемиям. Это ещё может быть связано с эндемическими неблагоприятными условиями нашей жизни, отсутствие времени вовремя обратиться к врачу. Обратившимся ранее многим пациентам в начале заболевания не был установлен правильный диагноз и они безуспешно лечились у врачей различного профиля. Одной из важных причин, хочется отметить, является позднее обращение к врачу пациента, что приводит к запущенным стадиям. В последние годы появилось много новых методов исследования, благодаря которым врачи получают более достоверную дооперационную информацию и проводят профилактические мероприятия [8].

Список литературы

1. Демидова, А.В. Анемии / А.В. Демидова. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 64 с.
2. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: практ. руководство: в 3 т. / А.Н. Огороков. Минск: Выш. шк. Витебск: Белмедкнига, 1998. Т. 3. Кн. 2. 480 с.: ил.
3. Бокарев, И.Н. Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьева. М.: Практическая медицина, 2006. 128 с.
4. Истории болезней у пациентов урологического отделения в 1 Республиканской клинической больнице в г. Ижевск.
5. Циститы / Г.Н. Скрыбин, В.П. Александров, Д.Г. Кореньков, Назаров Т.Н. СПб., 2006. С. 146.
6. Цистит у женщин / С.В. Филиппович, Н.В. Московенко, С.Б. Новиков, Г.А. Генне; Под ред. проф. Г.Б. Безнощенко. М: Медицинская книга. Н-Новгород: Изд-во НГМА, 2004.
7. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов. М.: Медицина, 1993. С. 687.
8. Предрак и ранние формы рака мочевого пузыря / А.Ф. Возианов, А.М. Романенко, И.А. Клименко и др. Киев, 1994. 222 с.