

Лечение мочекаменной болезни на Трускавецком курорте

Одним из основных методов лечения мочекаменной болезни является лечение минеральными водами на курортах. Эффективность лечения зависит от физико-химического состава минеральной воды, ее физиологического действия на организм и от других лечебных факторов санатория.

Трускавецкий курорт приобретает особую популярность при лечении урологических заболеваний благодаря своему источнику «Нафтуся».

Вода источника «Нафтуся» является гидро-карбонатно-кальциево-магниево-и относится к типу углекисло-земельных. Температура воды в источнике — 8,6°, рН — 7,2. Это слабоминерализованная гипотоническая вода. Она содержит преимущественно ионы Са и Mg. По данным некоторых авторов (Резе, Е. Ф. Вашкевич), соли Са повышают перистальтику почечных лоханок, мочеточников и мочевого пузыря. Ионы Na, K, задерживающие жидкость в тканях организма, в источнике «Нафтуся» содержатся в незначительном количестве, тогда как в большинстве минеральных вод других курортов они преобладают. «Нафтуся» содержит органические малолетучие углеводороды, летучие органические кислоты и основания (фенолы и феноляты) нефтяного происхождения (Н. И. Шапиро), которым приписывают диуретическое действие (Лясковницкий, Фляшен, С. А. Шапиро). Оказывая желчегонное действие, «Нафтуся» способствует усиленному образованию желчных кислот и мочевины, которые являются и мочегонными веществами. Лечебное влияние этой воды на больной организм можно объяснить всем комплексом ее свойств. Благодаря слабой минерализации она способствует освобождению тканей от «шлаков», улучшает функциональное состояние нервной и эндокринной системы. По нашим данным, минеральная вода «Нафтуся» активизирует и нормализует обменные процессы в организме, обладает до некоторой степени противовоспалительным и дезинфицирующим свойствами. Изменяя температуру воды, можно воздействовать на функцию кишечника. Употребление «Нафтуси» вызывает усиленное мочевыделение, промывает мочевые пути от слизи, гноя, микроорганизмов, кристаллов солей, а также отмывает камни от накопившихся вокруг них кристаллов солей и способствует их отхождению.

При лечении фосфорнокислого диатеза вода источника «Нафтуся» имеет преимущества перед минеральными водами Смирновского источника, доломитным нарзаном, Саирма, Ессентуки № 20, потому что она, кроме других факторов, является менее минерализованной.

Популярность Трускавецкого курорта среди урологических больных подтверждается данными о ежегодном увеличении числа лечившихся на этом курорте. Так, если поступление в Центральный Трускавецкий клинический военный санаторий урологических больных в 1950 г. считать за 100%, то в 1951 г. их поступило 150%, в 1952 г. — 250, а в 1953 г. — 300%.

Под нашим наблюдением находились 1000 больных мочекаменной болезнью: 850 мужчин и 150 женщин. Возраст больных: до 25 лет — 1,5%, от 25 до 35 лет — 27,8 от 36 до 50 лет — 58,5, старше 50 лет — 12,2%. Длительность заболевания до года имели 15,6%, от 1 года до 3 лет — 38,1, от 3 до 10 лет — 25,6, более 10 лет — 20,7% больных.

Для более подробной характеристики мы распределили лечившихся больных на следующие группы: с наличием камней в почках или в мочеточниках, не инфицированных (335); с инфицированными камнями (190); с отошедшими или хирургически удаленными камнями (475). Лечение мочекаменной болезни было комплексное, с использованием лечебной физкультуры, диетического питания, физиотерапевтических процедур. Медикаментозное лечение применялось ограниченно.

При назначении и дозировке минеральной воды мы учитывали состояние сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, а также выделительной функции почек и состояние мочевыводящих путей. В среднем рекомендовали пить воду по 300—400 мл 3 раза в день быстрыми глотками, за час до еды; а в необходимых случаях назначалась теплая

вода. При воспалении мочевых путей частота приема «Нафтуси» увеличивалась до 5—6 раз в день. При нефроптозах, двусторонних коралло-видных камнях с явлениями нарушения оттока мочи предписывали пить по 100—200 мл воды 3, а иногда и 6 раз в день. Тем больным, у которых камни по величине не превышали диаметра мочеточников, периодически назначали «водные нагрузки» минеральной водой «Нафтуся» по 1,5—2 л, чаще всего за 1,5 часа до обеда, с предварительной подготовкой сердечно-сосудистой системы в кабинете ЛФК.

После употребления воды больному ставили грелку на область почек. Иногда во время применения водных нагрузок назначали введение питуитрина, сернокислого атропина и общие ванны. Исходя из экспериментальных данных и клинических наблюдений, указывающих, что вода «Нафтуся» действует более интенсивно на диурез, если употребляется на высоте пищеварения, мы назначали «водные нагрузки» через 3,5 часа после завтрака. Диета назначалась с учетом основного и сопутствующих заболеваний.

Применение минеральных ванн и других физиотерапевтических процедур в основном было направлено на укрепление центральной нервной системы, улучшение обмена веществ и кровообращения в почках. Чаще всего больные принимали минеральные ванны в сочетании с озокеритовыми аппликациями на область поясницы, чередуя их через день. Больные находились в санатории в среднем 28 дней.

В результате лечения боли, которые имелись у 929 человек, к концу пребывания в санатории прекратились у 70,6%, уменьшились — у 29%. Боли продолжали периодически появляться преимущественно у лиц, имевших инфицированные камни в опущенных почках. Но уже после первой недели лечения болевые ощущения у большинства больных постепенно уменьшались и к концу пребывания в санатории прекращались совсем.

Выпадение кристаллов солей в моче, наблюдавшееся у 791 человека, после лечения прекратилось у 63,2%, уменьшилось — у 6,9, продолжало периодически появляться — у 16,8, увеличилось или появилось в конце лечения — у 13,1%. Оксалурия (из имевшихся 433 случаев) прекратилась у 69,5%, уменьшилась — у 4,6, продолжалась — у 15,0, увеличилась — у 10,9%; выпадение оксалатов в комбинации с уратами (74 случая) прекратилось у 56,5%, уменьшилось — у 12,1, продолжалось — у 13,5, увеличилось или появилось в конце лечения — у 17,9%. Уратурия (219 случаев) прекратилась у 56,1% больных, уменьшилась — у 9,1, продолжалась — у 16,5, увеличилась — у 18,3%. Фосфатурия (65 случаев) прекратилась у 52,3%, уменьшилась — у 9,2, осталась без перемен — у 33,9, увеличилась или появилась в конце лечения — у 4,6%. При лечении фосфатурии 17 больным применялась пенициллинотерапия, у 12 человек моча приобрела кислую реакцию, у 5 — продолжала оставаться щелочной.

Чаще всего прекращение или уменьшение выпадения солей в моче к концу лечения наблюдалось у больных, поступивших с наличием камней. Надо полагать, что соли, накопившиеся вокруг камня, в начале лечения отмывались и выводились с мочой более интенсивно, а затем выведение их постепенно прекращалось. Появление или увеличение солей в моче к концу лечения у некоторых больных зависело также от нарушения диеты. Лучшие результаты при лечении щавелевокислого диатеза, чем мочекаислого, объясняется тем, что «Нафтуся» делает сдвиг рН мочи в сторону ацидоза.

Микрогематурия, наблюдавшаяся у 215 человек, прекратилась у 50,2%, уменьшилась — у 21,4, периодически продолжала появляться в прежней степени — у 16,3, несколько увеличилась к концу лечения — у 12,1%. Микрогематурия чаще продолжалась у больных с наличием инфицированных камней в опущенных почках; увеличение количества

крови в моче к концу лечения наблюдалось также в результате перемещения камней в мочевых путях и у больных с подвижной почкой, которые усиленно двигались.

Пиурия отмечена у 237 человек. К концу лечения она прекратилась у 26,2%, уменьшилась — у 25,3, осталась без перемен — у 45,1, увеличилась — у 3,4%. У больных с инфицированными послеоперационными рецидивными камнями пиурия отмечалась чаще, чем в группе с инфицированными камнями. Увеличение пиурии у 8 человек (3,4%) с коралловидными камнями объясняется, повидимому, отмыванием продуктов воспаления, так как явлений обострения болезненного процесса не отмечалось.

Альбуминурия, отмечавшаяся у 221 человека, после лечения прекратилась у 26,7% больных, уменьшилась — у 36,2, продолжала оставаться в прежнем количестве — у 22,6, увеличилась — у 14,5%. Содержание белка в моче зависело от степени микрогематурии и пиурии. Дизурические явления, имевшиеся у 112 человек, к концу пребывания в санатории прекратились у 87,5%, уменьшились — у 12,5%.

Во время лечения в санатории камни отошли у 62 человек из 551, причем у 26 больных они не были видны на рентгенограмме. У 133 человек величина камней в мочевых путях была меньше просвета мочеточников. Однако одним из неблагоприятных условий для отхождения камней было то, что у 102 больных отмечалось нарушение выделительной функции почек. Камни мочеточников выявлены у 165 человек, причем у 26 — величина их превышала просвет мочеточников; отошли камни у 24 человек. Из лечившихся 10 больных с наличием камней в единственной почке камни отошли у 3 человек.

Таким образом, в группах больных с наличием камней выписалось с выздоровлением и значительным улучшением 42,8%, с улучшением — 56,3, без изменения — 0,9%. Из всех больных, леченных в санатории, выписалось с выздоровлением и значительным улучшением 51,5%, с улучшением — 48,0, без изменения — 0,5%.

Несмотря на то, что к концу пребывания в санатории у большинства больных камни в мочевых путях оставались, курортно-санаторное лечение, нормализуя обменные процессы и уменьшая воспаление тканей, ведет к профилактике камнеобразования. По нашим материалам у большинства больных камни мочевых путей отходили в период после лечения в санатории.

В заключение можно сказать, что Трускавецкий курорт благодаря своему минеральному источнику «Нафтуса» является одним из наилучших курортов страны для лечения мочекаменной болезни. Наилучшие результаты достигаются при лечении щавелевокислого, затем мочекишлого диатезов, несколько хуже — фосфорнокислого диатеза.

Показанными для лечения в Трускавце являются все больные мочекаменной болезнью без резко выраженного нарушения оттока мочи по мочевыводящим путям.