

184/70  
✓  
Министерство здравоохранения РСФСР  
ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

---

На правах рукописи.

В. Е. ПРЯДКО

# МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук



Благовещенск

1964

Министерство здравоохранения РСФСР  
ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

---

На правах рукописи.

В. Е. ПРЯДКО

# МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Благовещенск

1964

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии (зав. — проф. Е. Р. Цитрицкий) Благовещенского государственного медицинского института (ректор — доцент М. К. Надгериев).

Научный руководитель — доктор медицинских наук, профессор Е. Р. Цитрицкий.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор С. И. Сергеев и кандидат медицинских наук, доцент Г. Л. Александрович.

Автореферат разослан *19 апреля* 1964 г.  
Защита диссертации состоится на заседании объединенного ученого Совета Хабаровского государственного медицинского института «*20 мая*» 1964 г.



Одной из актуальных проблем урологии является мочекаменная болезнь. Несмотря на обилие литературы, многие стороны этого заболевания до настоящего времени не изучены.

Особую ценность представляют данные, касающиеся частоты нефролитиаза в различных районах Советского Союза. Однако до сих пор не составлена карта географического распространения мочекаменной болезни по Советскому Союзу. Это является результатом того, что во многих районах СССР этот вопрос не изучался. Между тем, изучение географии нефролитиаза может пролить свет на многие стороны этиологии и патогенеза этого заболевания.

Если вопросу нефролитиаза Западных и Среднеазиатских областей Советского Союза посвящена большая литература (С. П. Федоров, И. М. Тальман, Л. Н. Погожева, А. И. Воробцов, А. П. Цулукидзе, Э. И. Гимпельсон, М. Д. Джавад-Заде, К. Х. Тагиров, А. А. Абдулаев, А. М. Некрасов и др.), то мочекаменная болезнь на Дальнем Востоке не изучалась, за исключением отдельных частных вопросов, касающихся диагностики и лечения нефролитиаза (И. М. Синович, 1950; О. П. Амелина, 1958; З. И. Чудинова, 1959; И. А. Флеровский, 1963, 1964).

Занимаясь вопросами клинической урологии на протяжении 12 лет в различных районах Дальнего Востока, мы обратили внимание на неравномерное распространение мочекаменной болезни даже в пределах этой зоны.

В Амурской области мы встретились с фактом исключительно широкого распространения нефролитиаза.



Это побудило нас заняться изучением мочекаменной болезни в Приамурье.

Мы изучали материалы, касающиеся распространения этого заболевания по нашей области, а также проанализировали 420 клинических наблюдений за период существования факультетской хирургической клиники (1956—1962 гг.). Нами изучалась частота поступлений больных по годам, зависимость поступлений от времени года (по месяцам); дан анализ статистическим данным, касающимся пола, возраста больных, локализации камней, стороны поражения. Кроме того, дан анализ результатам качественных и количественных показателей химического состава 106 камней, отошедших в результате консервативного лечения или удаленных из различных отделов мочевого тракта оперативным путем.

Подробному анализу подвергнута клиническая симптоматология мочекаменной болезни. В работе отражены методы диагностики нефролитиаза с анализом лабораторных методов исследования крови, мочи (клинические и биохимические), эндоскопических и рентгенологических методов диагностики.

На основании тщательного анализа клиники и диагностики мы изучили осложнения мочекаменной болезни. Подробному изучению подверглись вопросы консервативного и оперативного лечения с учетом ближайших и отдаленных результатов.

Особо изучался вопрос возможности использования в терапевтических целях при нефролитиазе и других заболеваниях воды местного Гонжинского минерального источника. Анализ этих материалов позволил нам наметить ряд профилактических и лечебных мероприятий при мочекаменной болезни в условиях Амурской области. Помимо этого, в работе отражены вопросы трактовки причин неравномерного распространения нефролитиаза.

Все вопросы освещены с критическим анализом обширной отечественной и зарубежной литературы, касающейся проблемы нефролитиаза.

В целях выяснения частоты заболеваемости нефролитиазом в Амурской области с учетом отношения больных мочекаменной болезнью к числу жителей мы изучили отчетные материалы различных медицинских учреждений районных, городских и областной больниц за



7 лет. Всего за этот период зарегистрировано 1342 больных мочекаменной болезнью, что в перерасчете на число жителей в Амурской области составляет примерно 1:4000. Сравнивая эти данные с материалами других эндемических очагов по уролитиазу (табл. 1), можно сделать вывод о высокой заболеваемости нефролитиазом в Амурской области и считать мочекаменную болезнь краевой патологией.

Таблица 1

Заболевание уролитиазом по данным различных авторов

Местность	Автор	Год	Частота заболевания
Дагестанская АССР	Н. А. Яковлев	1958	1:20000
Чечено-Ингушская АССР	Н. З. Минчин	1958	1:14000
Алтайский край	В. М. Борисова	1960	1:5600
Мурманская область	В. А. Барсель	1961	1:11000
Амуракая область	В. Е. Прядко	1963	1:4000

Это положение также подтверждается данными анализа соотношения больных нефролитиазом к общехирургическим больным по материалам факультетской клиники за период с 1956 по 1962 гг. Так, в разные годы это соотношение составляло от 1:18 до 1:32, что соответствует данным, касающимся других эндемических очагов (Армения, Грузия, Чечено-Ингушия, Юго-Осетия и др.), где издавна мочекаменная болезнь считается краевой патологией (табл. 2, стр. 6).

Наши данные о частоте мочекаменной болезни среди других урологических заболеваний (ст. 29 до 55% в разные годы) с аналогичными данными других авторов (15—45%) также свидетельствуют о высокой заболеваемости нефролитиазом в Амурской области. Все эти данные позволили считать Приамурье эндемическим очагом по уролитиазу.

Литературные данные указывают на нередкие сочетания мочекаменной болезни и зобной эндемии (А. Н. Сызганов, А. Г. Бекерман, Н. В. Георгадзе и И. И. Капетивадзе, К. И. Ибраев и др.). Такая комбинация характерна и для Амурской области. Мы считаем, что вопрос о комбинированной эндемии представ-



Таблица 2.

Сравнительная характеристика отношения числа больных мочекаменной болезнью к хирургическим заболеваниям в различных эндемических очагах

Местность	Автор	Год	Частота заболе- вания
Ереван	З. А. Кечек	1926	1:23
Юго-Осетия	А. Б. Гаглоев	1937	1:24
Армянская ССР	Р. О. Эолян	1930	1:35
Гори (Грузинская ССР)	А. П. Гриднев	1928	1:43
Самарканд	Г. С. Гребенщиков	1960	1:69
Куйбышевская область	В. П. Смеловский	1942	1:148
Чечено-Ингушская АССР	Н. З. Минчин	1958	1:40
Амурская область	В. Е. Прядко	1963	1:32

ляет определенный интерес с точки зрения выяснения этиологии и патогенеза мочекаменной болезни. В связи с этим нами проанализирована литература, касающаяся географического распространения мочекаменной и зубной эндемии. При сопоставлении этих данных установлено, что там, где наблюдается эндемия уролитиаза, имеет место и эндемия зоба. Надо полагать, что это не случайное географическое совпадение, а результат закономерной связи внешней среды и организма с точки зрения учения В. И. Вернадского о «биогеохимических провинциях».

Амурская область является такой «биогеохимической провинцией», для которой характерна слабая минерализация воды, бедность ее кальцием, магнием, железом, отсутствие йода (П. Ф. Обухов, 1957). Местные продукты отличаются малым содержанием тирозина и триптофана (И. И. Соколова, 1957). Это свидетельствует о недостаточности многих микроэлементов в окружающей среде, в связи с чем, по нашему мнению, нарушаются обменные процессы, витаминный баланс и происходят другие изменения, которые имеют отношение к возникновению мочекаменной болезни. Эти изменения являются фоном, на котором проявляется действие таких патогенетических факторов как уростаз, мочевиная инфекция, различные воспалительные и инфекционные заболевания, повреждения костей и др. Все эти факторы созда-



ют благоприятные условия для образования почечных камней. Это положение подтверждается анамнестическими данными, которые показывают, что у большинства больных в анамнезе имеются указания на какое-либо перенесенное заболевание: инфекционные заболевания (84%), воспалительные заболевания почек (34,1%), заболевания желудочно-кишечного тракта (58,2%), заболевания печени (22,8%), гинекологические заболевания (68,8%).

Большинство наших больных (228 из 420, что составляет 68,6%) проживало в г. Благовещенске, остальные (132—31,4%)—в различных районах Амурской области. Среди больных нефролитиазом лиц женского пола было 218 (52%), мужского — 202 (48%). Наибольшую группу (366 — 74%) составили больные в возрасте от 20 до 50 лет. В детском возрасте (от 8 месяцев до 14 лет) нефролитиаз отмечен у 24 больных (5,7%). Анализ больных по социальным группам свидетельствует, что чаще заболевание встречается среди работников умственного труда — 35%, у рабочих — 27,6%, домохозяек и пенсионеров — 20,5%, колхозников — 6,7%.

При сопоставлении данных о возрасте, поле, социального положения наших больных с данными авторов, изучавших нефролитиаз в других эндемических зонах, выявляется тот факт, что в Амурской области имеется сравнительно большая частота нефролитиаза среди женщин и низкий процент заболеваемости среди детей.

У большинства больных камни локализовались в почках (164 — 39,1%) и мочеточниках (162 — 38,6%). У 25 больных (5,9%) наблюдалась пузырьная локализация камней. Многоместная локализация установлена у 21 больного (5%), у 17 больных (4,1%) был отмечен двухсторонний нефролитиаз. Правосторонняя локализация отмечена в 47,5% случаях, левосторонняя — в 39,5%. При сравнении наших данных о локализации камней с данными других авторов, обращает на себя внимание малая частота двустороннего и пузырьного уролитиаза.

Анализ клинического материала свидетельствует о том, что мочекаменная болезнь в Амурской области, как и в других районах, имеет исключительно разнообразную симптоматику, нередко затрудняющую диффе-



рентгенодиагностику. Так, правильный диагноз при направлении в стационар был установлен только у 30,4% больных. При изучении анамнеза выяснилось, что у 22,4% больных с правосторонней локализацией камня в прошлом в различных больницах была произведена аппендэктомия, после которой остались прежние боли. Подобное отмечают и другие авторы.

Наиболее частыми симптомами мочекаменной болезни в Приамурье являются почечные колики (77,2%), гематурия (72,7%), ознобы (67,7%), соли в осадке мочи (65,8%) и лейкоцитоз (62%). Реже встречаются такие симптомы, как пиурия, дизурия, повышение температуры, ускорение РОЭ, сдвиг формулы влево, тупые боли в пояснице и др.

При изучении микробной флоры мочи у 110 больных мы отметили наличие патогенной и сапрофитной флоры у 77 больных (70%). Стерильная моча оказалась у 33 больных (30%). Первое место по частоте случаев занимает кишечная палочка (25,4%), затем следует белый стафилококк (17,3%) и полимикробная флора (9,2%).

Анализируя симптоматику мочекаменной болезни в Амурской области, мы не нашли каких-либо существенных различий с данными других авторов.

По давности заболевания наши больные распределялись следующим образом: до 1 года — 52,8%, до 5 лет — 32,8%, до 10 лет — 8,6%, свыше 10 лет — 6,3%. При сопоставлении с данными других авторов обращает на себя внимание сравнительно большой процент больных с непродолжительной давностью заболевания, особенно в группе больных, подвергшихся консервативному лечению.

Нами был произведен физико-химический анализ 106 мочевых камней, среди которых рентгенологически невыявленных («невидимых») камней было 35 (33%). 82 камня изучены в отношении качественного химического состава и физических свойств. Большинство из этих камней были смешанными (33—46,34%) и уратными (34—41,46%). Удельный вес у большинства этих камней (50) составлял 1,5—2,0 г/см<sup>3</sup>. 30 из 50 камней были уратными. В то же время среди камней с удельным весом более 3 г/см<sup>3</sup> преобладали смешанные. Из 35 «невидимых» камней большинство (28) были уратными.



При изучении количественного состава 24 камней установлено во всех случаях содержание кальция и магния. Мочевая кислота и холестерин определялись в 19 из них, а щавелевая кислота — в 13.

Таким образом, все крупные камни были смешанными и выявлялись обзорными рентгенограммами.

Результаты количественного и качественного химического анализа камней показывают, что в Амурской области при нефролитиазе наиболее часто обнаруживаются смешанные камни. В то же время сравнительно часто встречаются рентгенологически «невидимые», уратные камни, что затрудняет диагностику мочекаменной болезни.

Мы не установили особенности химического состава камней в зависимости от их локализации. Поверхность камней зависела от формы полости, в которой формировался камень. По цвету большинство камней имели светло-коричневый оттенок. Величина камней колебалась от чечевичного зерна до размеров куриного яйца. Обращает на себя внимание малое количество крупных почечных камней; гигантский камень весом 110 граммов обнаружен только у одного больного.

Касаясь вопроса об осложнениях мочекаменной болезни в Амурской области, следует указать на сравнительно большую их частоту. Так, из 420 больных у 169 (40,2%) установлены различные осложнения. Наиболее частым из них является пиелонефрит (98—58%); реже встречаются другие осложнения: гидронефроз (22—13%), гидронефроз (13—7,7%), паранефрит (12 — 7,1%), задержка мочи (10 — 5,9%), анурия (6 — 3,6%). Наибольшее количество осложнений установлено в группе больных, подвергшихся оперативному лечению (112 — 70,4%), тогда как среди больных, леченных консервативно, осложнения имелись у 57 больных (22%).

Большинство больных были направлены с диагнозом «почечная колика» (38,6%), что, как известно, не является самостоятельной болезнью, а всего лишь симптомом многих урологических заболеваний. У 14,2% больных при поступлении был диагностирован острый аппендицит. Трудности в распознавании мочекаменной болезни побудили нас детально изучить на нашем материале вопросы диагностики нефролитиаза. С этой це-



лю мы провели тщательное обследование больных мочекаменной болезнью, используя клинические, биохимические и рентгенологические данные. При обследовании больных мы стремились использовать принцип индивидуального подхода, чтобы не усложнить диагностический процесс необоснованными вмешательствами. В клинике была принята следующая схема обследования больного: изучение анамнеза, общие анализы мочи и крови, обзорная рентгенография, функциональные пробы почек (Зимницкого, Фольгарда, Реберга), экскреторная урография (с компрессией или без компрессии), хромоцистоскопия, ретроградная пиелография (с кислородом, сергозином, перекисью водорода), пневморен или парасакральный ретропневмоперитонеум; у некоторых больных определялся остаточный азот и кальций крови, проводились функциональные пробы печени (билирубин, Квика—Пытеля, Таката—Ара), определялся основной обмен (методом Крога), регистрировалась ЭКГ.

При изучении анамнеза у 14,2% больных удалось выявить важный диагностический симптом — спонтанное отхождение камней.

Изучая материалы клиники, мы считаем обоснованным подразделять больных, страдающих почечными коликами при отсутствии камней, на две группы: мочевиной диатез («прекалькулез») и дискинезия мочевых путей, где почечная колика так и остается не расшифрованной в этиологическом отношении. Для дифференциальной диагностики этих клинических групп можно с успехом использовать пробу Сульковича, которая заключается в определении кальция в моче. Она оказалась положительной у большинства больных, страдающих мочекаменной болезнью, и у больных с «прекалькулезом», у которых в моче имеется солевой осадок (мочевые диатезы), и отрицательной или слабо положительной у большинства больных с почечной коликой (дискинезией мочевых путей), где причина ее не была связана с мочекаменной болезнью.

Анализ крови на содержание кальция по Ваарду показывает, что у всех 45 больных, включая больных с двухсторонним нефролитиазом, наблюдалось колебание кальция крови в пределах от 7 до 11 мг%.



Данные изучения основного обмена аппаратом Крота у 20 больных указывают на отсутствие каких-либо существенных нарушений: отмечено колебание основного обмена в пределах  $\pm 10$ .

Важным диагностическим показателем тяжести течения мочекаменной болезни были данные проб Квика-Пытеля, касающихся антитоксической функции печени. Из 60 больных у 46 установлено резкое снижение обезвреживающей функции печени в пределах 50—16% нормы.

Результаты исследования остаточного азота крови у 80 больных мочекаменной болезнью свидетельствуют о том, что только в случаях тяжелых морфологических изменений в почках (у 12 больных) наблюдалось его умеренное повышение (45—80 мг%).

Изучение пробы по Зимницкому у 150 больных показало, что при мочекаменной болезни чаще встречается олигурия (57,3%) и гиперстенурия (49,3%).

При изучении хромоцистоскопии у 324 больных установлено отсутствие хромофункции с одной стороны у 156 больных (48,1%), отставание выделения краски с одной стороны у 104 (32,1%), отставание на обеих сторонах у 19 больных (5,9%). Нормальное выделение индиго с обеих сторон было лишь у 39 больных (12%), а отсутствие хромофункции на обеих сторонах — у 6 (1,9%).

Таким образом, хромоцистоскопия является ценным диагностическим методом при мочекаменной болезни, свидетельствующим о нарушении хромофункции более чем у 213 больных (88,2%).

Как вспомогательный метод в дифференциальной диагностике почечной колики может иметь значение метод термоасимметрии и блокада Лорин—Эпштейна.

Основой диагностики мочекаменной болезни остается рентгенологическое исследование. Особенности нефролитиаза в Амурской области (большая частота невыявленных обзорными рентгенограммами камней — 33%) побуждает к поискам других диагностических методов. Так, ретроградная пиелограмма в различных вариантах (с кислородом, слабым или концентрированным раствором сергозина, перекисью водорода и др.) позволила у 28 больных выявить камни там, где они ранее другими методами не выявлялись. Экскреторная урограмма, пневморен, парасакральный ретропневмоперитонеум и



другие рентгенологические и эндоскопические методы также способствуют диагностике нефролитиаза. Так, экскреторная урография позволила выявить у 45 больных камни, которые не были выявлены обзорными рентгенограммами. Вместе с тем, этот метод является методом наиболее объективной регистрации функции почек и уродинамики мочевой системы при мочекаменной болезни. При изучении экскреторных урограмм у 210 больных установлено, что у 101 больного (48,1%) была нормальная функция и уродинамика; нарушение функции почек и уродинамики установлено у 59 больных (28,1%); отсутствие выделения сергозина на стороне поражения установлено у 46 больных (21,9%), с обеих сторон — у 4 больных (1,9%). Эти данные не противоречат, а лишь дополняют данные хромофункции.

Сравнительная характеристика различных методов снятия почечной колики (табл. 3) показывает, что наи-

Таблица 3.

**Сравнительная оценка эффективности снятия болевого синдрома при мочекаменной болезни**

Эффективность снятия почечной колики	Паранефральная блокада		Блокада семенного канатика	
	кол-во б-х	%	кол-во б-х	%
Боли прекратились	64	61,6	88	62,1
Боли уменьшились	29	27,8	42	29,5
Без перемен	11	10,6	12	8,4
Всего	104	100,0	142	100,0

более эффективным и в то же время наименее опасным является блокада семенного канатика или круглой связки матки. Она с успехом может заменить не всегда безопасный метод паранефральной новокаиновой блокады.

Анализ консервативного лечения мочекаменной болезни по непосредственным исходам показывает, что лучшие результаты получены при комбинированном лечении, когда применяются по показаниям медикаментозные, инструментальные методы терапии, блокада Лорин—Эпштейна, паранефральная новокаиновая блокада, Гонжинская минеральная вода. Сравнительная оценка ближайших результатов различных методов кон-



сервативной терапии (табл. 4) убеждает в необходимости более широкого применения комбинированного метода лечения, который у 69,8% больных дал положительный эффект, закончившийся отхождением мелких конкрементов.

Таблица 4

Сравнительная оценка ближайших результатов различных методов консервативной терапии мочекаменной болезни

Вид лечения	Кол-во б-х	Процент	Камни отошли	Процент
Медикаментозное	135	54,6	57	42,2
Комбинированное	126	45,4	88	69,8
Итого	261	100,0	145	55,6

Показания к оперативному лечению должны быть расширены в случаях осложненного нефролитиаза, так как только ранняя операция может спасти почку от прогрессирующего морфологического разрушения почечного вещества и тем в значительной степени улучшить результаты лечения.

Характеристика оперативных вмешательств (табл. 5) свидетельствует о том, что в клинике установилась тенденция к широкому внедрению в практику щадящих

Таблица 5

Характеристика оперативных вмешательств при мочекаменной болезни

Вид операции	Кол-во операций	Процент
Нефрэктомия	13	7,5
Пиэлотомия	32	18,6
Пиэлостомия	48	27,7
Уретеротомия	46	26,7
Цистотомия	20	11,5
Уретротомия	2	1,1
Прочие	12	6,9
Всего	173	100,0

органосохраняющих операций, что вытекает из низкого процента нефрэктомий (7,5%) при большом количестве осложненного нефролитиаза среди этой группы больных



(70,4%). Наиболее распространенной формой оперативных вмешательств является пиэлостомия. Это продиктовано большим количеством воспалительных осложнений нефролитиаза и принятой в клинике тактикой максимального щажения органа. Непосредственные и отдаленные результаты после пиэлостомии значительно лучше, чем после нефротомии или пиэлотомии с глухим швом.

Сравнительная оценка отдаленных результатов при консервативном и оперативном видах лечения нефролитиаза (табл. 6) свидетельствует о том, что трудоспособность восстанавливается быстрее и полнее у больных, подвергшихся оперативному лечению. Надо отметить, что после ранних органосохраняющих операций имеются лучшие функциональные результаты.

Таблица 6

Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения мочекаменной болезни

Отдаленные результаты	Оперированные		Неоперированные	
	кол-во б-х	%	кол-во б-х	%
«Здоровые»	62	57,4	70	40,7
Практически здоровые	31	28,7	48	27,9
Значительное снижение трудоспособности	9	8,3	22	12,7
Рецидивы	6	5,6	29	16,9
Умерли			3	1,8
Итого	108	100,0	172	100,0

Выбор стороны операции при двухстороннем нефролитиазе должен решаться только конкретными условиями состояния больного и клинического проявления заболевания. Операция может быть необходимой как на более пораженной стороне, так и на менее пораженной. Только индивидуальный подход в оценке состояния больного позволит избежать ошибочной тактики.

При пузырьной локализации камней наш опыт убеждает в необходимости более широких показаний к чрезбрюшинному камнесечению. Инфицирование мочевых путей не может быть противопоказанием к такой операции.



Наиболее рациональным и щадящим при операциях на почках и мочеточниках является задний или передний межмышечный доступ по принципу А. И. Лаббока в различных модификациях (А. П. Фрумкин, И. П. Погорелко, С. А. Апаков и др.). Этот метод гарантирует от послеоперационных грыж и дает хороший косметический результат. В то же время он вполне обеспечивает необходимую полноту обзора при пиэлотомиях, нефротомиях, уретеротомиях. При расположении камня в нижних отделах мочеточника наиболее щадящим, по нашему мнению, является разрез по Кейю с контрапертурой для резинового дренажа. Глухое ушивание операционной раны мы считаем клинически необоснованным, поскольку оно в ряде случаев может стать источником серьезных осложнений.

Опыт нашей клиники убеждает, что наилучшим методом обезболивания при нефролитиазе, равно как и при других урологических заболеваниях, является спинномозговая анестезия, которая по применяемой нами методике исключает возможность тяжелых осложнений, обеспечивает полную нечувствительность оперированной зоны и в то же время не оказывает токсического влияния на функцию пораженных почек, печени, легких, сердца, чем выгодно отличается от всех существующих видов обезболивания общего действия.

Именно такая тактика оперирования с использованием спинномозговой анестезии позволила нам при тяжелых формах осложненного нефролитиаза избежать летальных исходов: на 173 оперативных вмешательства мы не имели ни одного летального исхода.

Отдельным вопросом нашего исследования явилось изучение вод местного Гонжинского минерального источника. Экспериментальные исследования на крысах и собаках показали, что Гонжинская минеральная вода обладает интенсивным диуретическим действием, противовоспалительным влиянием, повышает моторную функцию желудочно-кишечного и мочевого трактов. Это дало основания к широкому применению ее для лечения больных.

Данные клинических наблюдений показали, что Гонжинская минеральная вода, усиливая диурез и уродинамику, способствует эвакуации из мочевых путей солей, песка, мелких камней, гноя. Высокий лечебный эффект



отмечен также при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, полиартритах, радикулитах.

Благоприятные результаты лечения Гонжинской минеральной водой, а также высокие ее лечебные качества, установленные в эксперименте, послужили поводом для рекомендации строительства Гонжинского санатория. Эта рекомендация реализована с открытием в конце 1962 г. Гонжинской санаторной больницы.

Сохранение лечебных свойств Гонжинской минеральной воды при ее транспортировке и длительном хранении в закрытой посуде позволили рекомендовать открытие цеха по розливу Гонжинского нарзана — «Амурской воды». В настоящее время «Амурская вода» с успехом используется для амбулаторного лечения мочекаменной болезни, заболеваний желудка, печени и др.

Начатая нами работа по изучению лечебных свойств Гонжинской минеральной воды касается лишь некоторых аспектов этого важного вопроса. Дальнейшее его изучение должно проводиться комплексным методом с участием физиологов, интернистов, физиотерапевтов и врачей других специальностей. Такое комплексное исследование позволит глубже вскрыть механизм действия Гонжинской минеральной воды, определить более рациональные методы применения ее при том или ином заболевании, уточнить показания и противопоказания для лечения урологических и других заболеваний,

Велики перспективы развития Гонжинского минерального источника как Амурской здравницы. Для многих больных он вполне заменит ряд отдаленных курортов Советского Союза.

## В ы в о д ы

1. Мочекаменная болезнь в Амурской области является распространенным заболеванием и носит характер краевой патологии. По данным факультетской хирургической клиники, нефролитиаз составляет 55% всех урологических заболеваний.

2. Основными предрасполагающими причинами возникновения нефролитиаза являются, по нашему мнению, диспропорция микроэлементов в окружающей среде и организме, а также перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания, уростаз, травма и др.



3. При физико-химическом анализе 106 почечных камней установлено, что наиболее распространенными являются смешанные (46,34%) и уратные (41,46%) камни.

4. Большая частота случаев (33%) нефролитиаза с не выявленными обзорной рентгенографией камнями («невидимыми») объясняется широким распространением в Амурской области небольших уратных камней.

5. Мочекаменная болезнь в Приамурье встречается чаще у женщин в возрасте от 20 до 50 лет. У детей и в пожилом возрасте наблюдается преобладание мочекаменной болезни среди лиц мужского пола.

6. Особенностью нефролитиаза в Амурской области является большая частота случаев с почечной локализацией камней при небольшой давности заболевания. Двухсторонний и пузырьный уролитиаз встречается сравнительно редко.

7. Клиническая картина нефролитиаза характеризуется исключительно разнообразной симптоматологией с преобладанием таких симптомов, как почечная колика, гематурия, лейкоцитоз, ознобы, пиурия и др.

8. Большая частота нефролитиаза с «невидимыми» камнями создает необходимость комплексного обследования больных с использованием клинических, лабораторных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики. Такое комплексное обследование позволило выявить различные осложнения у 70,4% оперированных больных и у 22% больных, лечившихся консервативно.

9. Лучшим методом консервативной терапии является комбинированный (блокада Лорин—Эпштейна, катетеризация мочеточников с подведением новокаина и глицерина, физиотерапевтические процедуры, медикаментозные средства, Гонжинская минеральная вода и др.). При этом методе, по нашим данным, отхождение конкрементов наблюдалось в 69,8% случаев.

10. Лучшим методом оперативного лечения нефролитиаза является пиэлостомия и уретеротомия, при которых, по нашим данным, не отмечалось рецидивов. Наиболее щадящим при этих операциях является межмышечный доступ, а при пузырьной локализации камней — чрезбрюшинное камнесечение.

11. Спинно-мозговая анестезия совкаином по применяемой нами методике является безопасной и высо-



· коэффeктивной, позволяет добиться полного устранения токсического влияния наркотического вещества и улучшает результаты оперативного лечения (при 700 оперативных вмешательствах ни одного случая операционной летальности).

12. Оперативное лечение мочекаменной болезни по сравнению с консервативным дает лучшие отдаленные результаты как в отношении трудоспособности, так и в отношении восстановления функции мочевой системы.

13. Экспериментальные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о том, что Гонжинская вода местного минерального источника обладает сильным диуретическим действием и оказывает высокий лечебный эффект при мочекаменной болезни и других заболеваниях.

14. Диспансеризация больных мочекаменной болезнью является лучшей формой профилактики, позволяющей своевременно диагностировать осложнения уролитиаза и установить показания к соответствующему методу лечения.





Работа состоит из 2-х частей (обзора литературы и собственного клинического материала) и имеет 230 страниц машинописного текста. Содержание ее иллюстрируется 60 таблицами и 76 рисунками (карта распространения мочекаменной болезни в Амурской области, фотографии камней, рентгенограммы больных, микрофотограммы, схемы, диаграммы). Указатель литературы состоит из 712 отечественных и 128 иностранных источников. Приложение к работе дано в виде таблиц на 17 страницах.

Материалы диссертации докладывались и обсуждались на научной сессии Благовещенского медицинского института в 1957, 1959, 1960 и 1962 гг., на заседаниях научного общества хирургов Амурской области (1958, 1959, 1960 и 1961 гг.), на урологическом обществе г. Тбилиси в 1961 г. и на заседании Ученого Совета Благовещенского медицинского института в 1963 г.

Фрагменты диссертации опубликованы в следующих работах:

1. О лечебном действии Гонжинокой минеральной воды. В кн.: Труды БГМИ, 1959, т. IV, 13—19.
2. Нефролитиаз в Амурской области. Тезисы докладов XVIII научной конференции, посвященной 30-летию Хабаровского медицинского института. Хабаровск, 1960, 161—162.
3. К вопросу об оперативном и консервативном лечении камней мочеочника. В кн.: Сб. трудов по морфологии и хирургии, посвященный 35-летию научной деятельности профессора А. И. Лаббока. Благовещенск, 1960, 300—303.
4. Об оперативном доступе при камнях мочеочника по методу А. И. Лаббока. Там же, стр. 304—305.
5. К характеристике мочекаменной болезни в Амурской области. В кн.: Тезисы докладов I республиканской конференции урологов Грузинской ССР. Тбилиси, 1961, 61—63.
6. Некоторые вопросы уролитиаза в Амурской области. В кн.: Труды Благовещенского государственного медицинского ин-та, 1963, т. VI, 64—66.



**BE00498**

**Заказ 3210**

**Тираж 270**

---

Тип. № 1 упр. по печати, г. Благовещенск, ул. Ленина, 179.



