

Рахимов М.К.

УДК 614.2:616.613-003.7-084-07:612-014

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

Ташкентский институт усовершенствование врачей,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Сийдик тош касаллиги профилактикасини ташкиллаштириш ва Хоразм вилоятида беморларни узок муддатли кузатув натижалари. М.К. Рахимов. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хоразм вилоятида прелитиаз ва сийдик тош касаллигининг эпидемиологияси ёритилган. Эпидемиологик текширувлар натижасида 220 та беморда прелитиаз аникланди, 5,51% ни ташкил килди. Текширилувчилардан УТТ хулосасига кура 66 (1,6%) да сийдик ажратиш тизимида тош борлиги аникланди, улардан 32 (0,8%) да касаллигу бирламчи аникланди. Канефрон®Н препаратини куллаш билан утказилган бирламчи профилактика натижасида уч ойдан сунг беморларнинг 146 (80,2%) тасида ахволи яхшиланганлиги кузатилди. Эпидемиологик текширувларнинг мухим натижаларидан бири бу касалликни эрта аниклаш ва превентив даво чораларини олиб боришдир.

Калит сузлар: сийдик тош касаллиги, экология, уролитиазни даволаш ва профилактикаси, согликни саклашни бирламчи бугини.

В настоящее время в структуре болезней мочевыводящих путей значительную долю занимает мочекаменная болезнь (МКБ). Ее можно отнести в группу наиболее значимых в медико-социальном отношении заболеваний. На протяжении последнего десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост частоты данной патологии [2,3,8,10].

МКБ приводит к неоднократной госпитализации, утрате трудоспособности и косвенно - к летальным исходам, ухудшению качества жизни больных и в этой связи приобретает все большую актуальность. МКБ нередко приводит к гнойно-воспалительным осложнениям и является причиной оперативных вмешательств [9].

По данным зарубежной литературы 1-3% населения всего мира страдает мочекаменной болезнью, в структуре госпитализированной заболеваемости данная нозология занимает до 30-40% среди урологических больных.

Возрастная структура заболеваемости МКБ характеризуется высокими показателями среди лиц трудоспособного возраста, особенно в возрастной группе 25-50 лет.

Ежегодный прирост заболеваемости МКБ в США и Германии составляет 2-2,5%, в РФ - данный показатель составляет от 1 до 3% [4].

Уровень заболеваемости тесно связан с демографическими процессами и социально-экономическими, политическими, медицинскими, экологическими проблемами региона.

При весьма пестрой полиэтиологической природе МКБ, ведущее значение в ее возникновении придается социальноэкологическим факторам, в частности повышению минерализации воды, недостатку или избытку в ней и в продуктах питания некоторых микроэлементов, ухудшению экологической обстановки вследствие техногенного загрязнения окружающей.

Общеизвестно, что одной из глобальных экологических проблем остается проблема усыхания Аральского моря. За последние 45 лет уровень воды в море уменьшился в несколько раз и объем воды - в 9,6 раз: с 1183 куб. км до 115 куб. км; площадь акватории - в 3,8 раза: с 68,9 тыс. кв. км до 17,6 тыс. кв. км. Соленость воды возросла до 12 раз. Море отступило от берегов на

100-150 км, оставляя за собой свыше 45 тыс. кв. км бывшего дна. Ежегодно солевая пустыня выбрасывает в атмосферу 75 млн. тонн токсических солей и пыли. Поднятые ураганом столбы длиной 200- 400 км и шириной 30-40 км разносятся на большие территории. Эти переносы становятся одними из серьезных источников засоления почв. В настоящее время более 60% орошаемых земель в бассейне Аральского моря подвержены засолению. Одновременно сокращается биоразнообразие, изменяется климат. Так, Аральское море, как раньше, не обеспечивают природно-климатический баланс на всей территории Центральной Азии. Этот сложный комплекс проблем создал острую социально-экологическую обстановку в регионе Приаралья [6].

Только комплексный подход к изучению всех аспектов, включая состояние и тенденции в заболеваемости патологией мочевыводящих путей, организации урологической помощи, социальные вопросы формирования здоровья и здорового образа жизни может внести реальный вклад в улучшение здоровья и качества жизни населения, проживающего в зоне Приаралья.

На сегодняшний день накоплен значительный опыт в профилактике и медикаментозном лечении МКБ. В большинстве развитых стран доля открытых операций сведена к минимуму и составляет не более 1,5%.

Большое разнообразие причин и клинических форм МКБ делает профилактику и лечения этого заболевания достаточно сложной задачей, которая должна решаться по возможности индивидуально [1].

Несмотря на широкое внедрение новых высокоэффективных, не инвазивных методов диагностики и лечения мочекаменной болезни, частота рецидива продолжает оставаться высокой - до 38,4% [5].

Общеизвестно, что как бы эффективно не была проведена операция по удалению камня, без последующей комплексной и индивидуально подобранной метафилактики конечный результат лечения будет не удовлетворительным. В связи с этим особую актуальность приобретает организация, диагностика, профилактика и лечение данного заболевания, создание стандартных комплексных протоколов ведения больных на разных этапах лечения в первую очередь в первичном звене здравоохранения. Стандартизированный подход позволяет унифицировать лечение больных, выработать единый согласованный подход к лечебно-диагностическому процессу эндокринологов, терапевтов, диетологов, гастроэнтерологов,

Следует отметить, что наибольший показатель распространенности кристаллурии наблюдался у женщин в возрастных группах от 20 до 60 лет, т.е. в период наиболее активной трудовой деятельности.

Для определения типов кристаллов мочевых солей проводилась микроскопия осадка мочи.

С целью изучения распространенности отдельных признаков кристаллурии (прелитиаза) в зависимости от локализации и типа мочевых кристаллов, обследованные пациенты были распределены на группы.

физиотерапевтов и врачей других смежных специальностей, которые могут назначить дополнительное лечение, воздействующее на факторы риска камнеобразования, снижая, таким образом, степень рецидива. Первичное звено здравоохранения - ведущее и наиболее важное, но, к сожалению, наиболее слабое звено как в диагностике, так и в консервативном комплексном лечении пациентов с уролитиазом, что нередко приводит к развитию осложнений.

Эпидемиологическое обследование проведено в сельских врачебных пунктах отдельных районов Хорезмской области, признанной экологической кризисной территорией.

В период 2009 - 2011 гг, обследовано 3991 человек, что составило 84,9% населения обследуемой территории. Из них, 1551 (38,9%) мужчин и 2440 (61,1%) женщин; 3009 (75,4%) - взрослые и 982 (24,6%) - дети.

При обследовании использовались следующие методы диагностики: опрос по специальному опроснику, физикальный осмотр, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и простаты, определение pH мочи при помощи тест полосок (Urine-10, фирма Cypress Diagnostics), микроскопия осадка мочи и динамическая pH метрия мочи.

В результате эпидемиологического обследования выявлены признаки прелитиаза у 220 больных, что составило 5,51%.

Первую группу составили лица с визуально определяемыми при УЗИ конгломератами солей или конкрементами в чашечно-

Таблица 1

Характеристика обследованной группы по возрасту и полу (n=3991)

Пол	мужчины		женщины		всего	
	n	M±t	n	M±t	n	M±t
1-14	3	0,61±0,35	8	1,66±0,58	11	1,13±0,34
15-19	4	2,38±1,18	12	4,41±1,25	16	3,64±0,89
20-29	19	8,15±1,79	33	5,71±0,97	52	6,41±0,86
30-39	20	8,06±1,73	30	6,70±1,18	50	7,18±0,98
40-49	20	11,56±2,43	24	6,52±1,29	44	8,13±1,18
50-59	И	8,73±2,51	23	10,95±2,16	34	10,12±1,65
60-69	4	7,55±3,63	4	8,00±3,84	8	7,77±2,64
70-79	2	4,00±2,77	2	6,25±4,28	4	4,88±2,38
>80	0	0,00±0,00	1	20,00±17,89	1	9,09±8,67
Всего	83	5,37±0,57	137	5,61±0,47	220	5,51±0,36

лоханочной системе, вторую - пациенты с наличием признаков прелитиаза, выявленным при УЗИ и кристаллурией. Третью группу составили пациенты, у которых конгломераты солей или конкременты при УЗИ

не были найдены, но имелись признаки МКБ в анамнезе, и при микроскопии мочи выявлялась кристаллурия.

Таблица 2

Распространенность по минеральному типу и локализация признаков прелитиаза среди взрослого населения (n = 3009)

Тип кристаллов	Признаки прелитиаза							
	КГС		КГС + КУ		КУ		Всего	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Кристаллурии нет	23	0,76	-	-	-	-	23	0,76
ураты	-	-	21	0,69	57	1,89	78	2,59
оксалаты	-	-	15	0,49	24	0,79	39	1,29
фосфаты	-	-	9	0,29	15	0,49	24	0,79
трипельфосфаты	-	-	5	0,16	8	0,26	13	0,43
смешанный	-	*	6	0,19	11	0,36	17	0,56
итого	23	0,76	56	1,86	115	3,82	194	6,44

КГС - конгломераты солей; КУ - кристаллурия

При УЗИ, проведенном всем камни мочевыводящих путей, причем у 32 обследованным, у 66 (1,6%) обнаружены (0,8%) из них, впервые.

Таблица 3

Распределение больных с мочекаменной болезнью по полу и возрасту (n - 3991)

Пол	мужчины		Женщины		Всего		
	n	M±m	n	M±m	n	M±m	
5 У 60 О СО	1-14л	1	0,20±0,20	1	0,21 ±0,21	2	0,21±0,15
	15-19л	2	1,19±0,84	3	1,10±0,63	5	1,14±0,51
	20-29	3	1,29±0,74	7	1,21 ±0,45	10	1,23±0,39
	30-39	9	3,63±1,19	8	1,79±0,63	17	2,44±0,59
	40-49	10	5,78±1,77	10	2,72±0,85	20	3,70±0,81
	50-59	3	2,38±1,36	7	3,33±1,24	10	2,98±0,93
	60-69	1	0,92±0,91	1	1,15±1,14	2	1,02±0,72
Всего	29	1,87±0,34	37	1,51±0,25	66	1,65±0,20	

Больным с МКБ, которых можно лечить или наблюдать в условиях СВП даны рекомендации (консервативное лечение). Больные, которым было показано стационарное лечение, направлялись в Хорезмский филиал Республиканского специализированного центра урологии.

Методы профилактики включали комплекс мероприятий: подвижный образ жизни, увеличение объема потребляемой жидкости, чтобы объем суточной мочи был более 2 литров, ограничения в диете, зависящие от типа кристаллов и рекомендации по устранению или ослаблению действия внешних факторов риска (избегать длительного пребывания под солнцем, в жарко натопленном помещении).

Среди многочисленных лекарств наиболее эффективным оказался Канефрон®Н (Bionorica, Германия), который используется в качестве литолитического препарата.

Канефрон®Н - комбинированный фитопрепарат, в состав которого входят золототысячник (Centaurium umbellatum), любисток (Levisticum officinale) и розмарин (Rosmarinus officinale). Входящие в состав

препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии.

Канефрон®Н усиливает выведение солей мочевой кислоты. Это действие препарата связано с мочегонным, спазмолитическим эффектом, а также с улучшением почечного кровотока и микроциркуляции почек. Увеличение выделения мочевой кислоты предотвращает выпадение в мочевыводящих путях ее кристаллов, рост и формирование камней [7].

Доза препарата для взрослых - по 2 драже или по 50 капель три рази в сутки в течение 3 месяцев.

Диспансерное наблюдение продолжалось в течение года.

Таблица 4

Результаты первичной профилактики уролитиаза

Показатели наличия признаков прелитиаза

Признаки прелитиаза	Исходные	Результаты первичной профилактики уролитиаза с применением Канефрона через 3 месяца										Результаты первичной профилактики уролитиаза без применением Канефрона через год									
		Рекомендации соблюдали					Рекомендации не соблюдали					Рекомендации соблюдали					Рекомендации не соблюдали				
		Явка		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза		Явка		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Кристаллурия не определена	23	22	95.7	6	28.6	15	71.4	1	100	0	0	22	100	7	36.8	12	63.2	2	66.7	1	33.3
Ураты	78	77	98.7	10	13.5	64	86.5	2	66.7	1	33.3	76	98.7	21	28.4	53	71.6	1	50	1	50
Оксалаты	39	39	100	6	16.7	30	83.3	2	66.7	1	33.3	38	97.4	12	31.6	26	68.4	0	0	0	0
Фосфаты	24	24	100	7	29.2	17	70.8	0	0	0	0	22	91.7	7	31.8	15	68.2	0	0	0	0
Триглицериды	13	13	100	3	25	9	75	1	100	0	0	12	92.3	4	36.4	7	63.6	1	100	0	0
Смешанный	17	16	94.1	4	26.7	11	73.3	1	100	0	0	16	100	6	40	9	60	1	100	0	0
Итого	194	191	98.5	36	19.8	146	80.2	7	77.8	2	22.2	186	97.4	57	31.8	122	68.2	5	71.4	2	28.6

Из 220 жителей с признаками прелитиаза профилактическое лечение получили 194 (88,2%). В результате первичной профилактики с применением Канефрон®Н через три месяца, среди соблюдавших рекомендации, исчезли признаки прелитиаза у 146 больных, что составило 80,2 %, у 36 (19,8%) больных сохранились признаки прелитиаза. В последующем,

среди соблюдающих комплекс мероприятий, через год улучшение состояния наступило у 122 (68,2%) больных.

Таким образом, для профилактики мочекаменной болезни необходимо длительное лечебно-профилактическое мероприятие, с курсовым применением литолитических препаратов.

Литература

1. Дзеранов Н. К., Бешлиев Д. А. Лечение мочекаменной болезни - комплексная медицинская проблема./ Consilium-medicum: приложение - Урология. 2003, стр. 18-22.
2. Дзеранов Н.К., Яненко Э.К., Константинова О.В. «Факторы риска рецидивов камнеобразования после дистанционной ударно-волновой литотрипсии и их профилактика». Методические рекомендации. № 94/283. МЗМП РФ, НИИ урологии. - М., 1996. - 10 с.
3. Калинина С. Н., Тиктинский О. Л., Александров В. П., Михайличенко В. В., Алетин Р. Р. Клиническая эффективность препарата Канефрон в лечение больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств. Тезисы докладов VI Российского Национального Конгресса «Человек и лекарство», 19-23 апреля 1999г., Москва, с. 298.
4. Кузьмина Ф.М. Метафилактика мочекаменной болезни на основе прогнозирования риска рецидива заболевания, автореф, к.м.н., 2010 Саратов.
5. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф. Дутов В.В., Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология. 2007. №6.С. 3-13.
6. Проблемы Арала и Приаралья - императив к международному сотрудничеству, "Экосан", 2006г.
7. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // Лечащий врач. - 1999. - №6. -С. 38-39.
8. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб. и др.: Питер. 2000. - 379 с.
9. Яненко Э.К., Румянцев В.Б., Сафаров Р.М. и соавт. Ожлозия мочевыводящих путей основная причина развития ряда осложнений мочекаменной болезни // Урология. - 2003. - № 1. - С. 17-20.
10. Tiselius H. G. and all. Guidelines on Urolithiasis./ European Urology 2001,40, p. 362-371.