

donozologicheskikh psichicheskikh rasstrojstv u kombatanov [Predicting the emergence of donor psychological disorders in combatants]. *Jekologija cheloveka [Human Ecology]*. 2016; 10: 47-50.

9. Ichitovkina EG, Zlokazova MV, Solov'ev AG. Sistemnyj monitoring psichicheskogo zdorov'ja kombatanov – sotrudnikov policii: monografija [Systematic monitoring

of mental health of the combatants – police officers]. Arhangel'sk: izdatel'stvo SGMU [Arkhangelsk: publishing House of Northern state medical University]. 2017; 205 p.

10. Burlachuk LF, Morozov SM. Slovar'-spravochnik po psichodiagnostike [Dictionary of Psychodiagnostics]. Sankt – Peterburg [St. Petersburg]: Piter. 2002; 528 p.

© Д.К. Магомедов, М.Б. Пряничникова, З.Ф. Тагожонов, Х.Х. Ризоев, Г.И. Телеева, 2018

УДК 616.62-003.7-057.36(470.40/.43+575.3)

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).43-51

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И МЕТАФИЛАКТИКИ УРОЛИТИАЗА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РФ, ДИСЛОЦИРОВАННЫХ В СРЕДНЕМ ПОВОЛЖЬЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

МАГОМЕДОВ ДЖАБРАИЛ КАМИЛОВИЧ, заочный аспирант кафедры урологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, начальник хирургического отделения 451-го военного госпиталя ЦВО, Республика Таджикистан, 734067, Душанбе, ул. Ханжина, 126, тел. +9-929-002-562-30, e-mail: d.magomedov79@yandex.ru

ПРЯНИЧНИКОВА МАДИНАТ БАШИРОВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 443016, Самара, ул. Нагорная, 88

ТАГОЖОНОВ ЗАРИФ ФОЗИЛОВИЧ, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии медицинского факультета Таджикского национального университета, Республика Таджикистан, 734025, Душанбе, просп. Рудаки, 17

РИЗОВ ХАЙРИДДИН ХАЙРУЛЛОВИЧ, канд. мед. наук, ассистент кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, главный уролог Республики Таджикистан, 734025, Душанбе, просп. Рудаки, 139

ТЕЛЕЕВА ГУЛЬНАРА ИЗМИТДИНОВНА, врач ультразвуковой диагностики отделения функциональной диагностики и ультразвуковой томографии ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Россия, 443095, Самара, ул. Ташкентская, 159

Реферат. Цель исследования – создание алгоритма диагностики, лечения и профилактики мочекаменной болезни у военнослужащих в зонах эндемии заболевания. **Материал и методы.** Проведено комплексное обследование 1208 пациентов с мочекаменной болезнью, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Самарского военного госпиталя, в хирургическом отделении 451-го военного госпиталя Министерства обороны Республики Таджикистан и в урологическом отделении Центрального военного госпиталя Республики Таджикистан. Диагноз «мочекаменная болезнь» установлен на основании результатов урологического обследования и лабораторных тестов. **Результаты и их обсуждение.** При почечной колике последовательно выполнялись ультразвуковое исследование, компьютерная томография и экскреторная урография почек и мочевых путей. Результаты изучения химического состава конкрементов у военнослужащих показали наличие разницы в химической структуре камней в зависимости от их места службы. В Центральном военном госпитале Республики Таджикистан у 76,2% пациентов были обнаружены оксалаты – конкременты высокой плотности, у 56,7% пациентов Самарского военного госпиталя были обнаружены ураты и ураты/оксалаты – конкременты средней плотности, в 451-м военном госпитале Республики Таджикистан у 67,4% были выявлены ураты, которые являются конкрементами более низкой плотности ($p < 0,05$). Консервативная литокинетическая терапия проведена при камнях мочеточника, перспективных по размеру самостоятельному отхождению при отсутствии выраженного нарушения уродинамики и угрозы развития острого пиелонефрита, также этот метод широко применялся после литотрипсии. Открытое оперативное лечение больных выполнялось только при стриктуре мочеточника ниже места расположения конкремента и в тех случаях, когда устранить его эндоскопическим методом не представлялось возможным. Пациентам с риском рецидива мочекаменной болезни была проведена общая метафилактика нефролитиаза. **Выводы.** Во всех исследуемых госпиталях отмечен рост числа впервые выявленных больных с мочекаменной болезнью, в то же время в Самарском военном госпитале и в 451-м военном госпитале Республики Таджикистан достигнуто значительное уменьшение ($p < 0,05$) рецидива уролитиаза, тогда как в Центральном военном госпитале Республики Таджикистан отмечено незначительное уменьшение ($p > 0,05$) рецидива болезни и повторной госпитализации. Таким образом, метафилактика рецидива должна быть комплексной и учитывать не только механизмы, способствующие камнеобразованию, но и совокупность медико-социальных факторов с учетом возраста пациента.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, инвалидизация, диагностика, метафилактика.

Для ссылки: Алгоритм диагностики, лечения и метафилактики уролитиаза у военнослужащих Российской Федерации, дислоцированных в Среднем Поволжье и Республике Таджикистан / Д.К. Магомедов, М.Б. Пряничникова, З.Ф. Тагожонов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С. 43–51. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).43-51.

ALGORITHM OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND METAPHYLACTICS OF UROLITHIASIS IN SERVICEMEN OF RUSSIAN FEDERATION, DISLOCATED IN THE MIDDLE VOLGA REGION AND IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

MAGOMEDOV DZHABRAIL K., extramural postgraduate student of the Department of urology of Samara State Medical University, Head of the Department of surgery of Military hospital № 451, Republic of Tajikistan, 734067, Dushanbe, Khanzhin str., 126, tel. +9-929-002-562-30, e-mail: d.magomedov79@yandex.ru

PRYANICHNIKOVA MADINAT B., D. Med. Sci., professor of the Department of urology of Samara State Medical University, Russia, 443016, Samara, Nagornaya str., 88

TAGOZHONOV ZARIF F., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of internal medicine of medical faculty of Tajik National University, Republic of Tajikistan, 734052, Dushanbe, Rudaki ave., 17

RIZOEV KHAIRIDDIN KH., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of urology of Abuali ibni Sino Tajik State Medical University, the chief urologist of Republic of Tajikistan, 734025, Dushanbe, Rudaki ave., 139

TELEEVA GULNARA I., ultrasonographer of the Department of functional diagnostics and ultrasonic tomography of V.D. Seredavin Regional Clinical Hospital, Russia, 443016, Samara, Tashkentskaya str., 159

Abstract. Aim. The aim of the study was to create an algorithm for diagnosis, treatment and prevention of urolithiasis in military personnel in endemic areas of the disease. **Material and methods.** Complex examination of 1208 patients with urolithiasis, being on hospital treatment in Urology Department at Samara military hospital, in Surgery Department at Military hospital № 451 of the Ministry of Defense of the Republic of Tajikistan and in Urology Department at Central Military Hospital of the Republic of Tajikistan was carried out. The diagnosis of urolithiasis was based on the results of the urological examination and laboratory tests. **Results and discussion.** Ultrasound, computer tomography and excretory urography of the kidneys and urinary tracts were consistently performed in renal colic. The results of the study of chemical composition of concrements extracted from military personnel revealed a difference in the chemical structure of the stones, depending on the area of the working place. High-density concrements oxalates were found in 76,2% of the patients in Central Military Hospital of the Republic of Tajikistan, medium-density concretions, such as urates and urate/oxalates were found in 56,7% of the patients of Samara military hospital, urates of a lower density were found in 67,4% of the patients in Military hospital № 451 of the Republic of Tajikistan ($p < 0,05$). Conservative lithokinetic therapy was performed for ureteral stones, promising in terms of self passage based on their size. This method is widely used after lithotripsy in the absence of pronounced disturbance of urodynamics and in the risk of acute pyelonephritis. Open surgical treatment was performed only for ureteric stricture below the location of the calculus and in cases where it was not possible to perform extraction by endoscopic method. Patients at risk of recurrence of urolithiasis underwent general metaphylaxis for nephrolithiasis. **Conclusion.** The number of newly diagnosed patients with urolithiasis increased in all studied hospitals, while at the same time, a significant decrease ($p < 0,05$) in the number of cases of relapse of urolithiasis was achieved in Samara military hospital and in Military hospital № 451 of the Republic of Tajikistan, while in the Central military hospital of the Republic of Tajikistan there was a slight decrease ($p > 0,05$) in the incidence of the disease recurrence leading to repeated hospitalization. Thus, the metaphylactics of the recurrence has to be comprehensive considering not only the mechanisms that promote stone formation, but also the combination of medical and social factors taking into account the age of the patient.

Key words: urolithiasis, disability, diagnostics, metaphylaxis.

For reference: Magomedov JK, Pryanichnikova MB, Tagozhonov ZF, Rizoiev HH, Teleeva GI. Algorithm of diagnosis, treatment and metaphylactics of urolithiasis in servicemen of Russian Federation, dislocated in the Middle Volga region and in the Republic of Tajikistan. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (4): 43–51. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).43-51.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 3% населения [1, 2, 3, 4]. Последние данные Министерства здравоохранения (МЗ) Российской Федерации (РФ) свидетельствуют о том, что только за последние 4 года заболеваемость МКБ в младшей детской возрастной группе увеличилась с 17,8 до 19,9, в подростковой – с 68,9 до 81,7, во взрослой – с 405,2 до 460,3 больных на 100 000 населения [1, 2, 5]. Большинство исследований, проведенных в Республике Таджикистан (РТ) за последние 15 лет, в основном касались проблем хирургического лечения больных нефролитиазом [6, 7]. Использование предложенной авторами [8, 9] модели диагностических критериев риска образования мочевых камней позволяет оценить полученные клиничко-лабораторные данные с учетом различных нарушений обмена веществ при МКБ.

С внедрением новых диагностических и лечебных технологий повсеместно наблюдается рост выявляемости МКБ в ранних стадиях, в связи с этим уменьшились случаи обнаружения коралловидных и крупных камней почек. Несмотря на внедрение высокоинформативных диагностических методов ранней диагностики МКБ, сохраняется достаточно высокий процент оперативных вмешательств в структуре оказываемой помощи при уролитиазе.

Следует отметить, что до сих пор причины и механизмы возникновения частого рецидива уролитиаза у военнослужащих РФ, проходящих военную службу в РТ, до конца не выяснены. Изучение разнообразных групп факторов, которые участвуют в процессе камнеобразования у данного контингента, представляют большие трудности. Полное отсутствие научных работ, посвященных изучению особенностей заболевания у военнослужащих в зонах эндемии МКБ, делает актуальной проблему

диагностики, лечения и профилактики уролитиаза у военного контингента.

Цель исследования – создание алгоритма диагностики, лечения и профилактики МКБ у военнослужащих в зонах эндемии заболевания (Среднее Поволжье и Республика Таджикистан).

Материал и методы. В настоящей работе нами изучена распространенность мочекаменной болезни у военнослужащих, проходящих службу в Среднем Поволжье и Республике Таджикистан, проведено комплексное обследование 1208 пациентов с МКБ, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Самарского военного госпиталя (СВГ), в хирургическом отделении 451-го военного госпиталя Министерства обороны (451 ВГ) и в урологическом отделении Центрального военного госпиталя Республики Таджикистан (ЦВГ РТ). Исследование одобрено локальным этическим комитетом; у пациентов было получено информированное согласие на проведение диагностических исследований и лечение. Диагноз МКБ у всех пациентов установлен на основании результатов урологического обследования. При этом часть наиболее значимых в диагностическом плане лабораторных тестов, включающих современные биохимические, хроматографические и масс-спектрометрические исследования, проводили на базе клиничко-биохимической лаборатории Самарского государственного медицинского университета.

Математическая обработка регистрируемых параметров выполнена на персональном компьютере типа S BM/P-III с пакетом прикладных программ Stat Sofe Statistica 6,0 методом непараметрического анализа по t-критерию Стьюдента. Оценку статистической значимости показателей и достоверности различий сравниваемых выборок производили по критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Распространенность МКБ среди военнослужащих с 2010 по 2016 г. была определена с учетом общей численности военнослужащих в исследуемом регионе, был отмечен неуклонный рост заболевания как среди населения, так и среди военнослужащих. Данные

о количестве военнослужащих с мочекаменной болезнью, госпитализированных в стационары, представлены в *табл. 1*.

Из *табл. 1* следует, что за период исследования с 2010 по 2016 г. число больных МКБ в разные годы менялось разнонаправленно, но постепенно и неуклонно возрастало. Количество впервые выявленных больных в 426 СВГ увеличилось от 73 до 134, т.е. в 1,8 раза, в 451 ВГ увеличилось от 31 до 46 больных (в 1,5 раза) и в ЦВГ РТ – от 28 до 41 больного, т.е. в 1,5 раза. Число больных, поступивших повторно с рецидивом уролитиаза, в 426 СВГ уменьшилось от 35,6 до 22,4% [в среднем составило $(27,7 \pm 3,6)\%$], в 451 ВГ – от 32,3 до 19,6% больных [в среднем составило $(22,6 \pm 2,7)\%$], в ЦВГ РТ (контрольная группа) число больных уменьшилось незначительно – от 42,8 до 39,0% [в среднем составило $(40,9 \pm 2,5)\%$].

По литературным данным [1, 2, 5], рецидивы МКБ могут наблюдаться у 60% больных, тогда как по исследуемым госпиталям среднее количество рецидивов МКБ достоверно отличается: в ЦВГ РТ рецидивы составили 40,9%, в 426 СВГ – 27,7% и в 451 ВГ – 22,6% ($p < 0,05$). Это можно объяснить качеством оказания метафилактической медицинской помощи в военных госпиталях РФ и Республике Таджикистан.

Таким образом, во всех исследуемых госпиталях отмечен рост числа впервые выявленных больных МКБ, в то же время в 426 СВГ и 451 ВГ достигнуто значительное уменьшение рецидива уролитиаза ($p < 0,05$), тогда как в ЦВГ РТ отмечено незначительное уменьшение рецидива болезни и повторной госпитализации ($p > 0,05$).

Данные о выполненных диагностических исследованиях, об эффективности (ценности) методов и алгоритме диагностики МКБ приведены в *табл. 2*.

Из *табл. 2* следует, что общеклинические лабораторные исследования проводились всем больным при поступлении их в стационар, а также при наличии определенных отклонений от нормы, характерных для уролитиаза; исследования повторяли по мере течения заболевания.

Диагностическая эффективность общего анализа крови и мочи составляет 100% во всех госпиталях;

Т а б л и ц а 1

Число больных с МКБ, поступивших в стационары ($n=1208$)

Год	I группа, 426 СВГ ($n=712$)		II группа, 451 ВГ РФ ($n=261$)		III группа, ЦВГ РТ ($n=235$)	
	Всего	В том числе повторно	Всего	В том числе повторно	Всего	В том числе повторно
2010	73	26 (35,6%)	31	10 (32,3%)	28	12 (42,8%)
2011	96	32 (30,0%)	33	8 (24,2%)	31	12 (38,7%)
2012	103	29 (28,1%)	35	9 (25,7%)	38	15 (39,5%)
2013	112	31 (27,7%)	37	8 (21,6%)	25	10 (40,0%)
2014	92	24 (26,1%)	38	7 (18,4%)	32	14 (43,7%)
2015	102	25 (24,6%)	41	8 (19,5%)	40	17 (42,5%)
2016	134	30 (22,4%)	46	9 (19,6%)	41	16 (39,0%)
Всего	712 (100%)	197 (27,7%)	261 (100%)	59 (22,6%)	235 (100%)	96 (40,9%)

Фактически выполненные исследования по алгоритму диагностики мочекаменной болезни у военнослужащих

Методы исследований		I группа, 426 СВГ (n=712)	II группа, 451 ВГ (n=261)	III группа, ЦВГ РТ (n=235)
Лабораторные методы исследования	Общий анализ крови и мочи	712 (100%)	261 (100%)	235 (100%)
	Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам	712 (100%)	261 (100%)	235 (100%)
	В т.ч. положительный результат (флора)	448 (62,9%)	156 (59,8%)	168 (71,5%)
	Определение фильтрационной и концентрационной способности почек	712 (100%)	261 (100%)	235 (100%)
Лучевые методы исследования	Рентгенография обзорная	554 (77,8%)	240 (91,9%)	235 (100%)
	Рентгеноконтрастная экскреторная урография	473 (66,4%)	215 (82,4%)	112 (46,7%)
	Ультразвуковое исследование почек и мочевого тракта	712 (100%)	261 (100%)	235 (100%)
	КТ и/или МРТ почек и мочевого тракта	397 (55,8%)	206 (78,9%)	135 (57,4%)

при посеве мочи на флору и чувствительность к антибиотикам положительный результат был у 62,9% пациентов в 426 СВГ, у 59,8% – в 451 ВГ и у 71,5% – в ЦВГ РТ; обзорная рентгенография почек и мочевых путей была выполнена в 426 СВГ у 77,8%, в 451 ВГ – у 91,9% и в ЦВГ РТ – у 100% пациентов; рентгеноконтрастная экскреторная урография была выполнена в 426 СВГ у 66,4%, в 451 ВГ – у 82,4% и в ЦВГ РТ – у 46,7% пациентов; УЗИ почек и мочевых путей при МКБ была эффективной в 100% случаях во всех трех госпиталях; КТ- и МРТ-исследования проводили в 426 СВГ у 397 (55,8%), в 451 ВГ – у 206 (78,9%) и в ЦВГ РТ – у 135 (57,4%) больных в более сложных в диагностическом плане ситуациях.

При почечной колике нужно последовательно выполнять УЗИ, КТ и экскреторную урографию почек и мочевых путей. УЗИ может указать на расширение полостной системы (гидронефроз), однако не всегда позволяет выявить мочевые камни. Экскреторная урография позволит обнаружить конкремент, даже если он рентгенонегативный, и выявит зону обструкции. КТ может дать такую же информацию, что и экскреторная урография, но может «пропустить» конкремент (это зависит от расстояния между срезами). Ретроградную пиелографию (инвазивный метод) можно использовать только в тех случаях, когда менее травматичные методы не дали достаточную информацию.

Для установления МКБ и определения плотности камней почек и мочевыводящих путей проведено КТ у 397 (55,8%) пациентов в 426 СВГ, у 206 (78,9%) пациентов в 451 ВГ и у 135 (57,4%) пациентов в ЦВГ РТ.

Мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ) определена плотность конкрементов в единицах по шкале *Haunsfield* (табл. 3), по этой шкале чем выше значение в условных единицах, тем прочнее конкремент.

Выделяют следующие группы плотностной характеристики камней [1]: однородные малой плотности (до 900 НУ), однородные средней плотности (900–1300 НУ) и однородные большой плотности (более 1300 НУ), неоднородные с малым поверхностным слоем и ядром большой плотности, неоднородные с большой плотностью поверхностных слоев и ядром малой плотности. По структурной плотности камни, обнаруженные у пациентов трех госпиталей, разделены на три вида, среди которых большую часть составили камни высокой плотности ($p < 0,05$):

- камни низкой плотности – до 900 НУ были у 409 (33,9%) больных;
- камни средней плотности – от 900 до 1300 НУ были у 460 (38,1%) больных;
- камни высокой плотности – более 1300 НУ были у 338 (27,9%) больных.

Из данных табл. 3 и рисунков следует, что в 426 СВГ камни высокой плотности выявлены у 133 (18,7%) пациентов, средней плотности – у 367 (51,5%) и низкой плотности – у 212 (29,8%). В 451 ВГ камни высокой плотности выявлены у 27 (10,3%) пациентов, средней плотности – у 58 (22,2%) и низкой плотности – у 176 (67,4%). В ЦВГ РТ камни высокой плотности выявлены у 179 (76,2%) пациентов, средней плотности – у 35 (14,9%) и низкой плотности – у 21 (8,9%).

Таблица 3

Изучение структурной плотности конкрементов по шкале *Hounsfield* на основании результатов КТ в исследуемых группах

Военные госпитали	Средняя структурная плотность камня, НУ					
	До 900		900–1300		Более 1300	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
426 СВГ (n=712)	212	29,8	367	51,5	133	18,7
451 ВГ (n=261)	176	67,4	58	22,2	27	10,3
ЦВГ РТ (n=235)	21	8,9	35	14,9	179	76,2
Всего	409	33,9	460	38,1	338	27,9

Примеры КТ (рис. 1): в ЦВГ РТ у пациента О.Ф.А., 23 лет, конкремент имеет размер 4,2×4,5 мм с плотностью (2681±765) HU; в 426 СВГ у пациента А.Г.И., 26 лет, конкремент размером 12×10 мм имеет плотность (1651±87,3) HU и (859,9±57,3) HU; в 451 ВГ у пациента Н.В.И., 22 лет, конкремент размером 6,0×4,0 мм и плотностью (110,1±63,4) HU и (362±101,3) HU.

КТ в режиме 3D (рис. 2), экскреторная урография и определение структурной плотности конкрементов по шкале Hounsfield у военнослужащего А.А.М., 37 лет, с МКБ (коралловидный камень лоханки правой почки) с плотностью конкремента (450,0±40) HU.

Таким образом, самый высокий процент камней высокой плотности обнаружено у 98 (72,6%) пациентов ЦВГ РТ (контрольная группа), самый высокий процент камней средней плотности – у 197 (49,6%) пациентов 426 СВГ, а самый высокий процент конкрементов низкой плотности был обнаружен у 138 (67,0%) пациентов 451 ВГ РФ ($p < 0,05$).

Результаты изучения химического состава конкрементов в исследуемых регионах показали (табл. 4) наличие разницы в химической структуре камней в зависимости от места службы военнослужащих.

Среди пациентов 426 СВГ химический состав конкрементов изучен в 712 (100%) случаях, из них у 213 (29,9%) обнаружены ураты+оксалаты, у 191 (26,8%) – ураты, у 158 (22,2%) – оксалаты, у 96 (13,5%) – фосфаты+оксалаты, у 38 (5,3%) – мочекислый аммоний, у 16 (2,2%) – фосфаты, содержащие кальций+магний.

Среди пациентов 451 ВГ химический состав конкрементов изучен в 261 (100%) случае, из них у 176 (67,4%) обнаружены ураты, у 62 (23,7%) – оксалаты, у 10 (3,8%) – ураты+оксалаты, у 6 (2,3%) – мочекислый аммоний, у 4 (1,5%) – фосфаты+оксалаты, у 3 (1,2%) – фосфаты, содержащие кальций+магний.

Среди пациентов ЦВГ РТ (контрольная группа) химический состав конкрементов также изучен в

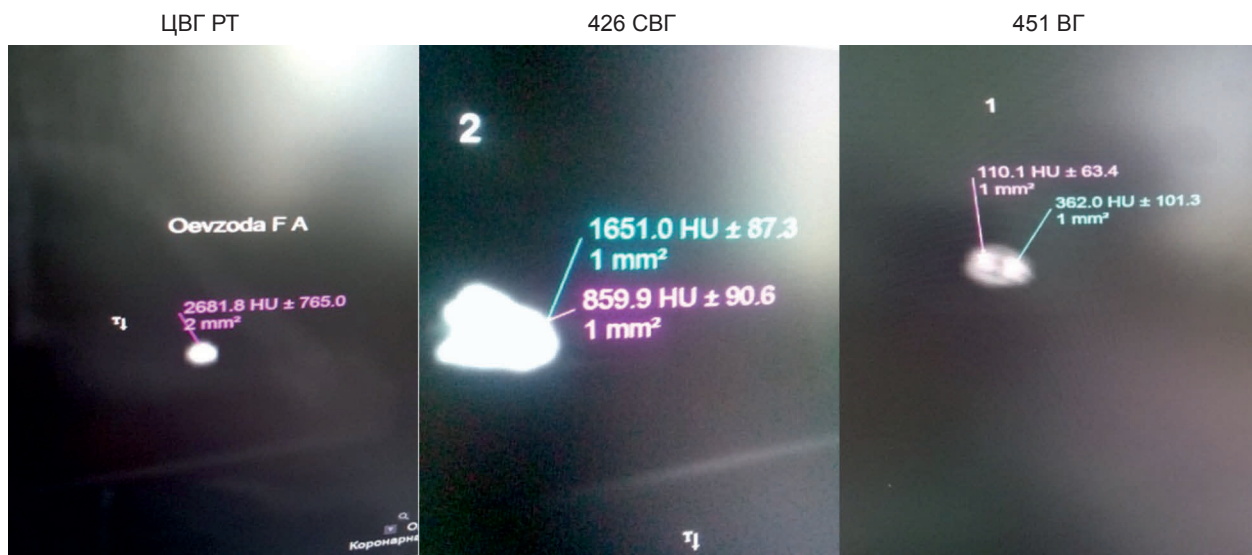


Рис. 1. КТ-исследование с определением размера и структурной плотности обнаруженных конкрементов у военнослужащих с МКБ (объяснение в тексте)

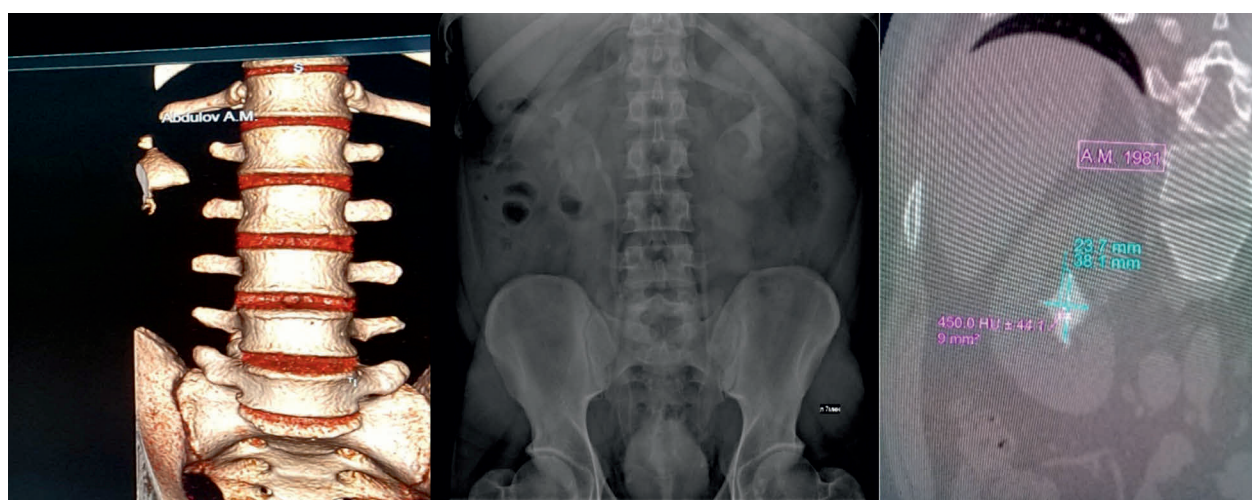


Рис. 2. 451-й военный госпиталь. КТ в режиме 3D, экскреторная урография и определение структурной плотности конкремента по шкале Hounsfield у военнослужащего А.А.М., 37 лет, с МКБ (коралловидный камень лоханки правой почки)

Химический состав мочевых камней у больных МКБ

Химический состав конкрементов	426 СВГ (n=712)		451 ВГ (n=261)		ЦВГ РТ (n=235)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Ураты – мочевая кислота и ее соли (органические камни)	191	26,8	176	67,4	22	9,4
Оксалаты – соли щавелевой кислоты (вевеллит, ведделлит)	158	22,2	62	23,7	179	76,2
Фосфаты – кальций и магний, содержащие рН 7,0 и более	16	2,2	3	1,5	1	0,4
Ураты+оксалаты	213	29,9	10	3,8	15	6,4
Фосфаты+оксалаты	96	13,5	4	1,5	8	3,4
Мочекислый аммоний	38	5,3	6	2,3	10	4,2
<i>Всего</i>	712	100	261	100	235	100

235 (100%) случаях, из них у 179 (76,2%) обнаружены оксалаты, у 22 (9,4%) – ураты, у 15 (6,4%) – ураты+оксалаты, у 10 (4,2%) – мочекислый аммоний, у 8 (3,4%) – фосфаты+оксалаты и у 1 (0,4%) – фосфаты, содержащие кальций+магний.

Следует отметить, что в ЦВГ РТ у 179 (76,2%) пациентов были обнаружены оксалаты – конкременты высокой плотности, у 404 (56,7%) пациентов 426 СВГ были обнаружены ураты и ураты+оксалаты – конкременты средней плотности, в то же время, в отличие от пациентов других госпиталей, в 451 ВГ у 176 (67,4%) были выявлены ураты, которые являются конкрементами более низкой плотности ($p < 0,05$).

Проводился алгоритм диагностики и экстренных лечебных мероприятий вплоть до катетеризации мочеточника выше блока для декомпрессии мочевого тракта – устранение гидронефроза и купирование почечной колики с учетом того, что обструкция мочевыводящих путей конкрементом, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нейрогенный мочевой пузырь, дренирование мочевого тракта катетером могут способствовать развитию или обострению острого пиелонефрита.

В основе лечебных мероприятий при МКБ лежат: а) восстановление пассажа мочи (катетеризация, стентирование, нефростомия); б) дистанционная литотрипсия; в) контактная электроимпульсная

литотрипсия; г) лазерная литотрипсия; д) пневматическая литотрипсия; е) открытые оперативные вмешательства.

В табл. 5 приведены перечень и количество выполненных манипуляций и оперативных вмешательств при МКБ в рассматриваемых лечебных учреждениях.

Из табл. 5 следует, что:

- в 426 СВГ цистолитотомия выполнена у 19 (2,7%) пациентов, литоэкстракция – у 86 (12,1%), дистанционная литотрипсия (ДЛТ) – у 9 (1,3%), контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) – у 13 (1,8%), люмботомия с пиело-, нефро- и/или уретеролитотомией – у 42 (5,9%), при этом к нефростомии прибегли у 12 (1,7%), стентирование осуществлено у 63 (8,8%) пациентов, нефрэктомия – у 5 (0,7%) пациентов;

- в 451 ВГ цистолитотомия выполнена у 2 (0,8%) пациентов, литоэкстракция – у 24 (9,2%), ДЛТ – у 9 (3,4%), КУЛТ – у 15 (5,7%), люмботомия с пиело-, нефро- и/или уретеролитотомией – у 12 (4,6%), нефростомия – у 1 (0,4%) больного с коралловидным камнем правой почки, стентирование осуществлено у 31 (11,9%) пациента, нефрэктомия – у 1 (0,4%) пациента;

- в ЦВГ РТ цистолитотомия выполнена у 18 (7,7%) пациентов, ДЛТ – у 16 (6,8%), люмботомия с пиело-, нефро- или уретеролитотомией – у 35 (14,9%), неф-

Таблица 5

Хирургические методы лечения МКБ в исследуемых группах

Названия манипуляций и оперативных вмешательств	I группа, 426 СВГ (n=712)		II группа, 451 ВГ (n=261)		III группа, ЦВГ РТ (n=235)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Цистолитотомия	19	2,7	2	0,8	18	7,7
Литоэкстракция	86	12,1	24	9,2	–	–
Дистанционная литотрипсия	9	1,3	9	3,4	16	6,8
Контактная уретеролитотрипсия	13	1,8	15	5,7	–	–
Стентирование мочевых путей	63	8,8	31	11,9	13	5,5
Люмботомия с пиело-, нефро- и/или уретеролитотомия	42	5,9	12	4,6	35	14,9
Нефростомия	12	1,7	1	0,4	6	2,5
Нефрэктомия	5	0,7	1	0,4	6	2,5
<i>Всего</i>	249	34,9	94	36,0	94	40,0

ростомия – у 6 (2,5%) пациентов, стентирование мочевых путей осуществлено у 13 (5,5%), нефрэктомия – у 6 (2,5%) пациентов, а литоэкстракция и КУЛТ не проводились.

Консервативная литокинетическая терапия проведена при камнях мочеточника, перспективных по размеру самостоятельному отхождению, при отсутствии выраженного нарушения уродинамики и угрозы развития острого пиелонефрита, также этот метод широко применяется после литотрипсии.

Следует отметить, что открытое оперативное лечение больных выполнялось только при стриктуре мочеточника ниже места расположения конкремента и в тех случаях, когда устранить его эндоскопическим методом не представлялось возможным.

Кроме того, установлено [10], что после ДЛТ могут возникнуть различные осложнения, которые условно подразделяют на два типа. Первый встречается у 7–40% пациентов и связан с обструкцией мочевых путей в результате отхождения фрагментов камня (острый пиелонефрит, уросепсис, острая почечная недостаточность). Второй включает необструктивные осложнения после литотрипсии: образование субкапсулярных и периренальных гематом, повреждение почечной паренхимы и снижение функции почек. При таких осложнениях в отдельных случаях требуется оперативное вмешательство вплоть до нефрэктомии, что является причиной инвалидизации (негодности к военной службе) военнослужащих.

Таким образом, необходима оптимизация методов профилактики травматических повреждений верхних мочевых путей и почек с последующей реабилитацией и диспансеризацией военнослужащих уролитиазом.

Следует отметить, что нефрэктомия из общего числа оперированных по поводу МКБ [у 5 (0,7%) пациентов в 426 СВГ, у 1 (0,4%) в 451 ВГ и 6 (2,5%) пациентов в ЦВГ РТ] свидетельствует о поздней диагностике и неадекватной лечебной тактике в контрольной группе, что относится к ЦВГ РТ ($p < 0,05$). Проведенной комплексной терапией клинический эффект достигнут у 100% пациентов, т.е. приступ почечной колики купирован в первые часы после госпитализации.

Данные о частоте и сроках отхождения уроконкрементов на фоне проводимой консервативной терапии приведены в *табл. 6*. Клинически успех

достигнут у 100% госпитализированных пациентов, т.е. приступ почечной колики купирован проводимой комплексной терапией в первые часы поступления их в стационар. Проведенными мероприятиями достигнуто отхождение мелких конкрементов в виде песка и размером до 10 мм в 103 (14,5%) случаях в 426 СВГ, в 40 (15,3%) случаях в 451 ВГ и 33 (14,1%) случаях в ЦВГ РТ.

На фоне лечения самопроизвольное отхождение конкремента из мочевых путей до 7 сут отмечено у 62 (8,7%) пациентов; от 8 до 14 сут – у 116 (16,3%), от 15 до 21 сут – у 157 (22,0%), позже 21 сут – у 17 (2,4%) пациентов в 426 СВГ; до 7 сут – у 34 (13,0%), от 8 до 14 сут – у 75 (28,7%), от 15 до 21 сут – у 31 (11,9%) позже 21 сут – у 10 (3,8%) пациентов в 451 ВГ РФ; до 7 сут – у 12 (5,2%), от 8 до 14 сут – у 15 (10,2%), от 15 до 21 сут – у 18 (7,7%), позже 21 сут – у 27 (11,5%) в ЦВГ РТ.

Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, у 111 (15,6%) больных в 426 СВГ, у 17 (6,5%) в 451 ВГ и у 163 (69,4%) пациентов в ЦВГ РТ эффекта не было, у них не достигнуто отхождение конкремента из мочевых путей. Часть этих пациентов – военнослужащие срочной службы – были уволены из рядов вооруженных сил РФ, а часть были выписаны на амбулаторное лечение с последующей рекомендацией госпитализироваться на ДЛТ или на оперативное лечение.

Проведенный анализ медицинской документации периода призыва и сравнение их с данными после заболевания с МКБ указывают на приобретенность уролитиаза в период службы из-за ряда факторов, создающих предпосылки к нефролитиазу. В то же время в этих же условиях МКБ развивается не у всех военнослужащих, а у 3–5%, у которых есть первопричины к нефролитиазу, активизирующегося в условиях, свойственных данной ситуации и местности. Об этом свидетельствуют данные отсутствия рецидива у военнослужащих, заболевших (перенесших) МКБ и переведенных в другие регионы РФ для дальнейшей службы.

Выявлено, что распорядок дня военнослужащих и режимы приема воды ими, доступность воды и напитков в силу их особых условий службы отличаются от других слоев населения. Уровень литогенных веществ был значительно повышен у военнослужащих с уролитиазом в ЦВГ РТ, чем у пациентов 451 ВГ и 426 СВГ ($p < 0,01$). Анализ питания военнослужащих в исследуемых регионах показал повышенное

Таблица 6

Частота и сроки отхождения уроконкрементов на фоне проводимой консервативной терапии

Сроки отхождения конкремента, сут	426 СВГ (n=712)		451 ВГ (n=261)		ЦВГ РТ (n=235)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 7	62	8,7	34	13,0	12	5,2
От 8 до 14	116	16,3	75	28,7	15	5,7
От 15 до 21	157	22,0	31	11,9	18	7,7
Позже 21	17	2,4	10	3,8	27	11,5
Всего отошедших конкрементов	352	49,9	150	57,5	72	30,6
Не отошедших конкрементов, всего	111	15,6	17	6,5	163	69,4

потребление продуктов из сои, которые содержат большее количество пуринов, чем животные и растительные продукты; повышенное употребление хлеба и мучных изделий, что на фоне общей энергетической неполноценности рациона приводит к выраженному дисбалансу пищевых веществ, низкой квоте белков животного происхождения, дефициту ряда витаминов (А, С и фолацин) и минеральных веществ (железо, кальций, фосфор).

Дефицит витаминов также наносит серьезный ущерб организму, поскольку потребность в них весьма велика и еще увеличивается в экстремальных условиях. Важную роль играет витамин С, который активно участвует в усвоении белков и железа. Концентрация витамина С в суточном пищевом рационе обследуемых лиц составляла 26,7–43,4 мг (норма 75 мг в сут). Рацион питания очень скудный, однообразный, не сбалансированный по химическому составу и энергетическому уровню. Отмечается резко выраженный дефицит аскорбиновой кислоты и витаминов группы В.

Для оценки питания военнослужащих был использован опросно-весовой метод, рекомендованный А.А. Покровским, а также меню-раскладка войсковых столовых. Характер и режим питания военнослужащих в зависимости от условий их нахождения и выполняемых служебных обязанностей также имеет свои особенности. В период полевого выхода у них нет возможности принимать пищу своевременно по распорядку дня. В большинстве случаев в период до перевода военнослужащих с походного марша-броска до места полевого базирования их переводят на сухие пайки с ограниченным режимом приема воды и напитков.

Выводы. МКБ у военнослужащих является частой патологией и занимает лидирующее место в структуре урологических заболеваний. Рост частоты МКБ коррелирует с географической принадлежностью уролитиаза. Алгоритм диагностики МКБ, включающий неинвазивные и более сложные методы исследования, позволяет не только установить наличие конкремента, но и определить его размеры, локализацию, химический состав и структурную плотность. Из этого следует, что для исследуемых нами регионов характерны «смешанные» и наиболее тяжелые формы мочекаменной болезни, в связи с чем при составлении алгоритма лечения особое место уделено метафилактике рецидива МКБ.

Таким образом, рациональная метафилактика МКБ должна включать в себя обязательную оценку метаболизма, на основании которой составляется режим для каждого пациента. Пациентам с риском рецидива МКБ была проведена общая метафилактика нефролитиаза, которая предполагает соблюдения диетического режима, основанного на ограничении мясных продуктов и увеличении объема употребляемой жидкости на 30–40% и более. Это помогает довести суточный диурез до уровня 2,0–2,5 литра и поддержать низкую плотности мочи (<1010), при которой вероятность кристаллизации и агрегации камнеобразующих веществ минимизируется. Противорецидивная терапия при МКБ должна проводиться по 3 мес каждые полгода и завершаться конт-

рольным обследованием каждые 6 мес в течение первого года после удаления или самостоятельного отхождение камней, далее – 1 раз в год.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения: руководство / Ю.Г. Аляев [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
2. Алферов, С.М. Эндоскопическое лечение уролитиаза / С.М. Алферов, М.А. Гришин; материалы I Российского конгресса по эндouroлогии. – М., 2008. – С.329–332.
3. Дутов, В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Валерий Викторович Дутов. – М., 2000. – 38 с.
4. Журавлев, О.В. Малоинвазивная ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия: дис. ... канд. мед. наук / Журавлев Олег Владимирович. – М., 2003. – 111 с.
5. Лопаткин, Н.А. Оперативная урология / Н.А. Лопаткин, И.П. Шевцова. – Л.: Медицина, 1986 – 480 с.
6. Барскова, В.Г. Подагра и уратный нефролитиаз: метод. рекомендации / В.Г. Барскова, В.П. Авдошин. – М.: Российское общество урологов, 2012. – 34 с.
7. Борисов, В.В. Терапия больных камнями почек и мочеточников / В.В. Борисов, Н.К. Дзеранов. – М.: Российское общество урологов, 2011. – 108 с.
8. Возианов, А.Ф. Атлас-руководство по урологии / А.Ф. Возианов, А.В. Люлько. – Днепр-VAL, 2012. – Т. 1. – 692 с.
9. Воцула, В.И. Патоморфология почки при мочекаменной болезни / В.И. Воцула, Т.Э. Владимирская // Здоровоохранение Таджикистана. – 2011. – № 3. – С.87–92.
10. Инновации в питании наиболее распространенных заболеваний обмена веществ / О.И. Братчиков, А.Я. Крюкова, А.С. Топорков, Н.В. Топчий. – М.:Изд-во: ММА им. И.М. Сеченова, 2011. – 108 с.

REFERENCES

1. Alyayev YuG et al. Mochekamennaya bolezn': sovremennyye metody diagnostiki i lecheniya: rukovodstvo [Urolithiasis: modern methods of diagnosis and treatment: management]. Moskva: GEOTAR Media [Moscow: GEOTAR Media]. 2010; 224 p.
2. Alferov SM, Grishin MA. Endoskopicheskoye lecheniye urolitiya [Endoscopic treatment of urolithiasis]. Moskva: Materialy pervogo Rossiyskogo kongressa po endourologii [Moscow: Materials of the first Russian congress on endourology]. 2008; 329-332.
3. Dutov VV. Sovremennyye aspekty lecheniya nekotorykh form mochekamennoy boleznii [Modern aspects of the treatment of certain forms of urolithiasis]. Moskva: MONIKI [Moscow: MONIKI]. 2000; 38 p.
4. Zhuravlev OV. Maloinvazivnaya retroperitoneoskopicheskaya ureterolitotomiya [Minimally invasive retroperitoneoscopic ureterolithotomy]. Moskva: Nauchno-issledovatel'skiy institut urologii [Moscow: Scientific Research Institute of Urology]. 2003; 111 p.

5. Lopatkin NA, Shevtsova IP. Operativnaya urologiya [Operative urology]. Leningrad: Meditsina [Leningrad: Medicine]. 1986; 480 p.
6. Barskova VG, Avdoshin VP. Podagra i uratny nefrolitiaz: metod. rekomendatsii [Gout and urate nephrolithiasis: a method. recommendations]. Moskva: Rossiyskoye obshchestvo urologov [Moscow: Russian Society of Urologists]. 2012; 34 p.
7. Borisov VV, Dzeranov NK. Terapiya bol'nykh kamnyami pochek i mochetochnikov [Therapy of patients with kidney stones and ureters]. Moskva: Rossiyskoye obshchestvo urologov [Moscow: Russian Society of Urology]. 2011; 108 p.
8. Vozianov AF, Lyul'ko AV. Atlas-rukovodstvo po urologii [Atlas-guide to urology]. Dnepr-VAL. 2012; 1: 692 p.
9. Voshchula VI, Vladimirskaia TE. Patomorfologiya pochki pri mochekamennoy bolezni [Pathomorphology of the kidney in urolithiasis]. Zdravookhraneniye Tadjikistana [Healthcare of Tajikistan]. 2011; 3: 87-92.
10. Bratchikov OI, Kryukova AY, Toporkov AS, Topchiiy NV. Innovatsii v pitanii naiboleye rasprostranennykh zabolevaniy obmena veshchestv [Innovations in nutrition of the most common metabolic diseases]. Izdatel'stvo: MMA imeni IM Sechenova [Publisher: MMA IM Sechenov]. 2011; 108 s.

© В.Е. Милов, Т.Л. Дмитрикова, Г.В. Мартынюк, О.А. Гарбузова, А.Б. Бузина, Б.П. Кузнецова, Г.Б. Селиванова, 2018

УДК 616.517-085.244

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).51-57

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

МИЛОВ ВАСИЛИЙ ЕГОРОВИЧ, канд. мед. наук, подполковник внутренней службы, начальник поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

ДМИТРИКОВА ТАТЬЯНА ЛЕОНИДОВНА, зам. начальника поликлиники № 2 по лечебной части ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

МАРТЫНЮК ГАЛИНА ВАЛЕРЬЕВНА, начальник дерматовенерологического отделения поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

ГАРБУЗОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА, начальник терапевтического отделения № 1 поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

БУЗИНА АННА БОРИСОВНА, врач-гастроэнтеролог поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

КУЗНЕЦОВА БИРНАЙС ПРОХОРОВНА, начальник клиничко-диагностического отделения поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

СЕЛИВАНОВА ГАЛИНА БОРИСОВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры общей терапии ФДПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

Реферат. Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. Препаратами первого выбора для лечения этого заболевания являются, в том числе, гепатопротекторы. **Цель исследования** – провести сравнительную оценку эффективности лечения больных псориазом гепатопротекторами – препаратами на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальных фосфолипидов. Критериями эффективности данной категории лекарств являются уменьшение клинико-биохимической активности и интенсивности воспалительных изменений печеночной ткани, холестаза, а также ослабление процессов фиброгенеза. **Материал и методы.** Представлены результаты клинического исследования, в ходе которого наблюдались 2 группы пациентов по 20 человек каждая (12 мужчин и 8 женщин). Возраст пациентов варьировал от 22 до 58 лет; длительность заболевания составила от 1 года до 18 лет. Продолжительность последнего рецидива у 7 пациентов не превышала 1 мес, у 3 больных составляла до 3 мес, у 10 – до 6 мес. У всех больных патологический процесс находился в фазе прогрессирования. Для оценки тяжести псориаза, площади поражения кожного покрова и качества жизни пациентов производили расчет индексов PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index). В нашем исследовании индекс PASI варьировал от 10,5 до 14,5 (в среднем 12,5). Продолжительность исследования составляла 4 нед (28 дней). **Результаты и их обсуждение.** Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности препарата на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты по сравнению с эссенциальными фосфолипидами. Это обеспечивает более быстрое и стойкое устранение симптоматики, что улучшает приверженность к терапии у 100% пациентов. **Выводы.** Препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты в дозе 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней, особенно на фоне строгого выполнения рекомендаций по изменению образа жизни и привычек, а именно соблюдение диеты и подвижного образа жизни (что особенно важно при метаболическом синдроме), способствует более быстрому купированию кожного процесса и улучшению качества жизни пациентов. Установлена хорошая переносимость 4-недельного курса терапии препарата на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты.

Ключевые слова: препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты, эссенциальные фосфолипиды, PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Для ссылки: Эффективность гепатопротекторов в комплексной терапии больных псориазом / В.Е. Милов, Т.Л. Дмитрикова, Г.В. Мартынюк [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С. 51–57. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).51-57.