

УДК 616.6

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ: МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ГАБДРАФИКОВ ВАДИМ НАИЛЕВИЧ

Студент

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Аннотация: На сегодняшний день проблема уrolитиаза в урологии встречается довольно часто. Однако медицина уже достаточно квалифицирована, чтобы отгородить и излечить людей от данной болезни. В данной статье описана тактика ведения пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ).

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, диагностика, Гинджалелинг, лечение, механизм развития.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF UROLITHIASIS

Gabdrafikov Vadim Nailevich

Annotation: Today the problem of urolithiasis in urology is quite common. However, medicine is already qualified enough to isolate and cure people from this disease. This article describes the tactics of managing patients with urolithiasis (Urolithiasis).

Key words: urolithiasis, diagnostics, Ginjaleling, treatment, development mechanism.

Введение: Мочекаменная болезнь - это хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений и/или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях [1, с.7]. Данная нозология имеет высокую значимость в медицине, ведь процент заболевания данной болезнью растёт из год в год. Заболеваемость уrolитиазом в мире колеблется от 1,5 до 21% [2, с.25]. Соотношение между женщинами и мужчинами составляет (1:3) [3, с.217]. Однако медицина не стоит на месте, каждый год она развивается и достигает колоссальных успехов в диагностике и оперативном лечении. Большой опыт специалистов во всем мире точно не определил механизм развития уrolитиаза, однако они склоняются к двум теориям развития мочекаменной болезни: формальный и каузальный механизмы развития [4, с.78]. Формальный механизм развития заключается в насыщении мочи камнеобразующими веществами. Каузальный механизм развития носит более объёмный характер – это экзогенные и эндогенные факторы окружающей среды. Поэтому проблема диагностики и лечения пациентов с мочекаменной болезнью весьма актуальна в современной медицине.

Цель исследования: выявить тактику ведения пациентов в урологической практике.

Материалы и методы: Было обследовано 127 пациентов с мочекаменной болезнью. Из данной группы пациентов был проанализирован гендерный и возрастной состав.

Выявлено, что среди обследованных пациентов 69 больных (54,3%) мужского пола в возрасте от 18 – 72 лет, и 58 больных (45,7%) женского пола в возрасте от 18-77 лет страдают мочекаменной болезнью. В зависимости от возраста было решено разделить пациентов на 4 группы: 1 группа (18-25 лет), 2 группа (26-45 лет), 3 группа (46-65 лет), 4 группа (66 лет и старше). В 1 группе мужчин – 6, женщин – 2. Во 2 группе мужчин – 9, женщин – 4. В 3 группе мужчин – 42, женщин – 37. В 4 группе мужчин – 12, женщин – 15. Из данных результатов следует, что склонны к МКБ пациенты старше 45 лет.

Таблица 1

Гендерное распределение пациентов

Пол	Количество больных, %	Возраст, лет
Мужской	69 (54,3%)	18-77
Женский	58 (45,7%)	18-72

В зависимости от возраста было решено разделить пациентов на 4 группы: 1 группа (18-25 лет), 2 группа (26-45 лет), 3 группа (46-65 лет), 4 группа (66 лет и старше). В 1 группе мужчин – 6, женщин – 2. Во 2 группе мужчин – 9, женщин – 4. В 3 группе мужчин – 42, женщин – 37. В 4 группе мужчин – 12, женщин – 15. Из данных результатов следует, что склонны к МКБ пациенты старше 45 лет.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от возраста

Группа	Мужчины	Женщины
1 (18-25 лет)	6	2
2 (26-45 лет)	9	4
3 (46-65 лет)	42	37
4 (66 лет и старше)	12	15

Было проанализировано обращаемость пациентов с уролитиазом в урологическое отделение (Рис.1). Из 127 больных практически 1/2 пациентов обратилась в весенние месяцы. Данный результат доказывает тот факт, что максимальный результат выработки одного из камнеобразующих веществ – щавелевой кислоты происходит именно весной [6, с.20]. Это и приводит к возникновению у пациентов почечной колики и увеличению обращаемости за медицинской помощью.



Рис. 1. Обращаемость пациентов в течение года

Все пациенты были направлены на диагностику. Им было оказано комплексное обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови для определения мочевой кислоты и кальция, биохимический анализ мочи, определение уровня глюкозы и холестерина в крови, ультразвуковое исследование почек [8, с.260]. Так же было проведено экскреторная урография, компьютерная томография. Из 127 пациентов у 103 было проведено хирургическое лечение, а у оставшихся – 24 пациентов, произошло самопроизвольное высвобождение камня. В результате было проведено определение химического состава камней путем инфракрасной спектроскопии.

Анализируя данные лабораторных методов исследования, было решено разделить пациентов на 2 группы: 1 группа – пациенты с гиперкалициурией, 2 группа – пациенты с гиперурикемией и/ или гиперурикурией. Пациентов с гиперкальциурией составило 73 человека (57,5%). Остальные пациенты в количестве 54 человек (42,5%) имели параллельно как гиперурикемию, так и гиперурикурию. Следует отметить, что у пациентов как с гиперурикемией и/ или гиперурикурией происходит нарушение пуринового обмена, что приводит к камнеобразованию [9, с.223].

Химический состав камней разделил всех пациентов на три группы: 1 группа – кальциевые, 2 группа – мочекислый, 3 группа – фосфатный. Это позволило объединить и разделить в зависимости от встречаемости нарушений обмена камнеобразования при разных формах уrolитиаза.

Гиперкальциурия у пациентов с мочекислым уrolитиазом у 4 (5,5%) , с кальциевым – 67 (91,8%), фосфатным – 2 (2,7%).

В случае гиперурикемии и/или гиперурикурии пациентов с кальциевым уrolитиазом было - 8 (14,8%), с мочекислым – 39 (72,2%), с фосфатным – 7 (13%).

Таблица 3

Встречаемость нарушений обмена камнеобразования при разных формах уrolитиаза

Нарушение обмена	Различные формы уrolитиаза		
	Кальциевый	Мочекислый	Фосфатный
Гиперкальциурия	67 (91,8%)	4 (5,5%)	2 (2,7%)
Гиперурикемия и/или гиперурикурия	8 (14,8%)	39 (72,2%)	7 (13%)

Всем пациентам была назначена консервативная терапия, которая направлена на коррекцию нарушений обмена веществ [5, с.85]. Всем пациентам проводился плазмаферез, детоксикация озонированными растворами. Было решено назначить пациентам препарат Гинджалелинг. Данный препарат включает в себя калия гидрокарбонат + лимонная кислота+ натрия цитрат. Специфика этого препарата действует именно на нарушение пуринового обмена, которое является одной из причиной гиперурикурии [10, с.136]. Пациентам было назначен курс внутрь по 3 капсулы в течение 3 недель. В течение всего курса анализировался общий анализ мочи, который показал, что к концу курса лечения кристаллов в моче не обнаруживалось. Данный результат свидетельствовал, что данный препарат успешно работал [7, с.241].

Заключение:

Таким образом, можно сделать выводы:

- 1) Из всех обследованных пациентов, уrolитиаз преобладавал у мужского пола.
- 2) Данная нозология чаще встречается у пациентов зрелого возраста, а именно 46-65 лет.
- 3) Учитывая сезонность данного заболевания, весеннее время увеличивает частоту обострений и обращений пациентов за медицинской помощью.
- 4) Одно из ключевых нарушений в организме, в результате которого увеличивается камнеобразование, это дефект пуринового обмена.
- 5) Доказана эффективность препарата Гинджалелинг, который излечил пациентов от данного заболевания, улучшил качество жизни.

Список литературы

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2008-2018гг.) по данным официальной статистики. // Экспериментальная и клиническая урология. 2019. N 2. С. 2-12
2. Досаева Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни / Л.А. Досаева, С.Н. Шатохина, Е.М. Шилов // Клиническая медицина. М., 2017. № 1. С. 21–27

3. Земченков А.Ю., Томилина Н.А. К/ДОКИ обращается к истокам хронической почечной недостаточности (о новом разделе Рекомендаций К/ДОКИ по диагностике, классификации и оценке тяжести хронических заболеваний почек) // Нефрология и диализ. –2016. –Т.6,№3. – С.204-220
4. Трапезникова, М. Ф. Качество жизни пациентов с мочекаменной болезнью: стент или нефростома. / М. Ф. Трапезникова, Д. Н. Дорончук, В. В. Дутов // Вестник Международного центра исследования качества жизни. – 16:2019. – № 4. – С. 157
5. Эсекеев Б.С. Почечнокаменная болезнь по материалам урологической клиники / Б.С. Эсекеев, М.Т. Тыналиев // Актуальные проблемы урологии. Материалы 3-й Республ. научно-практ. конф. урологов. Бишкек, 2015. С. 83–86.
6. Яненко Э.К., Меринов Д.С., Константинова О.В., Епишов В.А., Калинин Д.Н. Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни.// Экспериментальная и клиническая урология. 2016. N 3. С.19-24
7. AbdelhafezMF,AmendB,Bedke J,Kruck S,NageleU, StenzlA, SchillingD.Minimally renalstones invasive percutaneous nephrolithotomy: a comparative study of the management ofsmall and large. //Urology. 2018. Vol. 81, N 2. P. 241-245
8. Matuschek E, Brown DF, Kahlmeter G. Development of the EUCAST disk diffusion antimicrobial susceptibility testing method and its implementation in routine microbiology laboratories. Clin Microbiol and Infect. 2016;20(4):255-266.
9. Nouvenne, A. Role of BMI on litogenic risk in women with idiopathic calcium nephrolithiasis and controls. / A. Nouvenne, T. Meschi, A. Guerra et al. // Urol Res. – 2018. – Vol. 36, N. 3-4. – P. 223
10. YasuiT, Suzuki S,ItohY,TozawaK,Tokudome S,KohriK.Eicosapentaenoic acid has a preventive effect on the recurrence of nephrolithiasis. // Urol Int. 2018. Vol. 81, N 2. P. 135-138.