

Юбилейная межрегиональная научно-практическая конференция

Современные подходы к лечению мочекаменной болезни у взрослых и детей

Председателем проводимой в Ярославле юбилейной межрегиональной научно-практической конференции «Современные подходы к лечению мочекаменной болезни у взрослых и детей» является бессменный директор научно-исследовательского института урологии Министерства здравоохранения и социального развития России, президент Российского общества урологов, заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик Российской академии медицинских наук, профессор, Герой социалистического труда Николай Алексеевич Лопаткин.

Николай Алексеевич любезно согласился выступить на страницах нашей газеты.

Последние 1,5–2 года наметилась тенденция к улучшению в системе здравоохранения и в урологии в частности. Выделяются деньги на техническое оснащение клиник, начинают восстанавливаться кафедры урологии.

Благодаря активному участию ректора ЯГМА Ю. В. Новикову в Ярославле, несмотря на экономические трудности, удалось сохранить одну из лучших урологических кафедр. А при активном участии администрации области и органов управления здравоохранением, я думаю, уже в ближайшее время урологическая служба будет укомплектована современным высокотехнологичным оборудованием. Пример этому – прекрасный суперсовременный детский диагностический центр, отвечающий всем современным мировым стандартам и не уступающий европейским клиникам. Институт урологии, как и прежде, будет активно сотрудничать и оказывать всяческое содействие одному из самых красивейших регионов России, каким является город Ярославль и Ярославская область.

В заключении хочу пожелать участникам конференции успешной и плодотворной работы на благо нашей отечественной науке.

Н. А. Лопаткин



Состояние и перспективы лечения больных мочекаменной болезнью в урологической практике здравоохранения России

Мочекаменная болезнь (МКБ) остается одним из частых урологических заболеваний и составляет в среднем по России 38,5%. Только за последние 4 года заболеваемость МКБ увеличилась в среднем на 12%.

Данное заболевание имеет большую медико-социальную значимость. МКБ подвержены люди молодого возраста, высок процент рецидива заболевания после оперативного удаления камней, часто МКБ приводит к выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста.

Вот почему внедрение в мировую и отечественную клиническую практику неинвазивного и малотравматичного метода дистанционной ударно-волновой литотрипсии рассматривается всеми специалистами как революционное достижение. **Суть метода сводится к использованию фокусированной ударной волны, разрушающей камень и не повреждающей организм человека.**

В 1987 году в СССР был разработан первый отечественный литотриптер «УРАТ», а уже к 1991 году в 98 городах СССР были открыты отделения дистанционной литотрипсии. На территории России в настоящее время функционируют 268 литотриптеров. В Ярославской областной клинической больнице установлен и до настоящего времени успешно функционирует один из первых литотриптеров.

Показателем конкурентоспособности и эффективности отечественного аппарата является то, что ни на одном импортном литотриптере нельзя осуществить дробление камней у детей в возрасте до 3 лет, тогда как на отечественных аппаратах осуществляется дробление крупных камней даже у 7–8-месячных детей с хорошим результатом.

Уже за первые 3 года применения метода он получил широкую популярность за счет своей неинвазивности, атравматичности и высокой эффективности. В настоящее время в мировой и отечественной практике ДЛТ является основным методом лечения МКБ. Так, если в 1993 году метод ДЛТ был применен у 4967 больных МКБ, то в 2000 году лечение получили 26500 больных с различными клиническими формами мочекаменной болезни.

Была разработана амбулаторная форма применения ДЛТ, которая в 1993 году применялась в



11%, а в 2000 уже в 24% случаев при неосложненных камнях, что позволило не только сохранить пациентам социальный комфорт, но и высвободить урологические стационарные койки. Стало возможным избавление от мочевого камня больных с тяжелыми интоксикационными заболеваниями (инфаркт, инсульт, стенокардия, сахарный диабет и др.).

Однако ни один из методов (дробление, эндоскопическое либо оперативное удаление камня) не избавляют больного от самой мочекаменной болезни. Вот почему наиболее остро сегодня ставится вопрос о необходимости, после успешного дробления, продолжать целенаправленное комплексное медикаментозное лечение с применением диет- и бальнеотерапии. Больные мочекаменной болезнью, особенно дети, обязательно должны находиться под диспансерным наблюдением уролога как минимум в течение 5-ти лет, во время которого, помимо ультразвукового и рентгенологического обследований, должны исследоваться химический состав камня и обменные нарушения. Современная оснащенность Ярославской области высококвалифицированными кадрами и новой техникой позволяют организовать и успешно решать проблему мочекаменной болезни у взрослых и детей на самом современном мировом уровне.

Проводимая в Ярославле межрегиональная конференция по проблемам мочекаменной болезни подтверждает необходимость обмена опытом с целью дальнейшего развития метода и совершенствования оказываемой медицинской помощи.

Руководитель центра литотрипсии, зав. отделом мочекаменной болезни НИИ урологии МЗ и социального развития РФ, д. м. н., профессор Н. К. Дзеранов

Отделение дистанционной литотрипсии

В 80-х 20 века Министерством здравоохранения СССР была создана специальная программа по внедрению в урологическую практику метода дистанционной литотрипсии для лечения мочекаменной болезни. Благодаря этому при активной поддержке государства был сконструирован и внедрен в практику первый в СССР экстракорпоральный литотриптер «УРАТ-П». Родоначальниками этого направления отечественной медицины являются академик РАМН Н. А. Лопаткин (медицинская часть) и выдающийся организатор, Лауреат Государственной премии СССР М. М. Шокуров (техническая часть).

В 1990 году на базе областной больницы одним из первых в Союзе было создано отделение дистанционной литотрипсии, целью которого было лечение пациентов с мочекаменной болезнью. В его создании принимали участие бывший главный врач ЯОКБ В. Н. Осинцев, инженеры ПО «Машприбор» Ю. Г. Шерашов, М. Л. Галкин.

Отделение было оснащено литотриптером «УРАТ-П» для проведения рентген-ударно-волнового дистанционного дробления камней в почках. Поскольку это был один из первых литотриптеров в СССР, в отделение практически каждую неделю приезжали для обучения врачи из различных городов страны, интерес к нему проявляло и телевидение, и средства массовой информации.

Суть работы комплекса «Урат-П» заключается в безоперационном удалении камней из почек страдающего мочекаменной болезнью человека и состоит в использовании энергии ударных волн, не повреждающих живой организм, создаваемых электрическим разрядом большой мощности и концентрирующихся в терапевтическом фокусе. Если в этот

фокус ударной волны поместить почечный камень, то под ее воздействием происходят процессы, вызывающие разрушение камня в почке человека на мелкие фрагменты, которые безболезненно выходят естественным путем из почки больного.

Аппарат по своим медико-техническим данным превосходит многие зарубежные образцы за счет проведения щадящего режима процедуры и применения различных технологий разрушения конкрементов. Это позволяет применять метод ДЛТ в лечении мочекаменной болезни у детей. 15-ти летняя работа на данном аппарате свидетельствует, что этот метод в 80 % случаев позволяет отказаться от оперативного лечения пациентов, страдающих МКБ.

При своевременном обращении пациента за помощью ДЛТ имеет несомненные преимущества перед другими методами лечения данной патологии, но и этот метод не лишен ряда осложнений. В связи с этим, в нашем отделении большое значение уделяется предоперационному обследованию пациентов для выявления сопутствующей патологии.

Учитывая возникновение рецидива МКБ в 30% случаев, в отделении проводится диспансерное наблюдение за пациентами, прошедшими данный вид лечения.

На сегодняшний день у нас методом дистанционной литотрипсии лечится более 300 больных с МКБ в год. Как правило, это люди работоспособного возраста от 20 лет. В Ярославской области существуют эндемичные районы по мочекаменной болезни, которые отличает неблагоприятная экология и качество воды. К ним мы относим Переславский



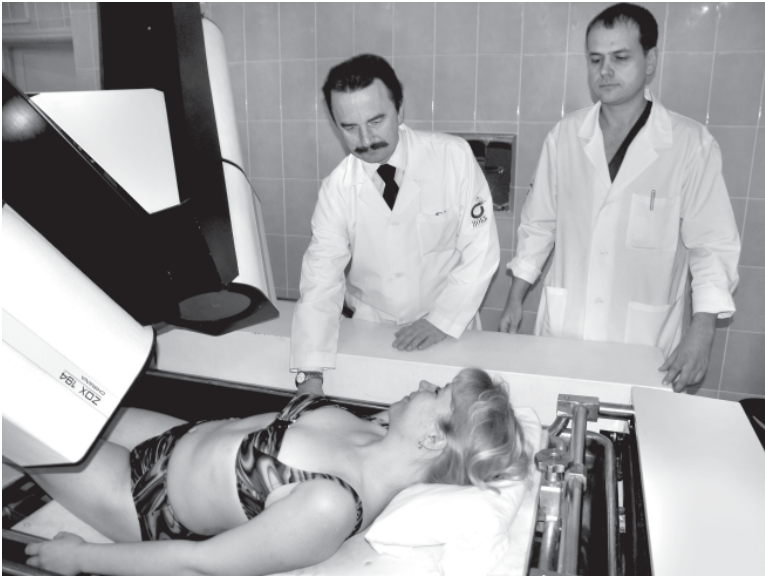
район, Ростовский район, г. Петровск, Рыбинский район. Как правило, наибольшее количество пациентов поступает из этих округов.

Тема избавления больных от этой широко распространенной патологии, какой является мочекаменная болезнь, постоянно обсуждается на заседаниях областного урологического общества. В этом году, учитывая важность вопроса, а также 15-ти летний юбилей создания отделения, мы решили собрать урологов России, пригласить ведущих специалистов из научных центров Москвы и С-Петербурга для более глубокого изучения этой темы. В ходе конференции будут показаны возможности современной техники и мастерства урологов во время проведения показательных операций.

Мы надеемся, что эта конференция будет хорошим толчком для дальнейшего развития урологии Ярославской области и выхода ее на ведущие позиции в России.

Заведующий отделением дистанционной литотрипсии, врач-уролог высшей категории С. Н. Ильин

Мочекаменная болезнь и почечная колика



Мочекаменная болезнь - одна из наиболее часто встречающихся патологий человечества. Более 30% (по некоторым данным до 40%) больных урологическими заболеваниями - это больные с мочекаменной болезнью. Наиболее частый симптом, который сопровождает данную патологию и возникает при внезапном отхождении камня из почки и прохождения его через мочевые пути, это почечная колика.

Приступ чаще всего развивается неожиданным появлением сильных болей в поясничной области, но иногда ему предшествует нарастающий дискомфорт в области почки. Ходьба, бег, езда на мотоцикле, поднятие тяжестей нередко провоцируют приступ, но он может возникнуть и в покое. Интенсивность болей быстро нарастает, больно мечется, громко стонет, держась руками за бок. Боль локализуется в поясничной области, но затем перемещается вниз живота, иррадирует в паховую область и в половые органы. При мочекаменной болезни приступ может возникнуть как днем, так и ночью.

При исследовании мочи, как правило, обнаруживают эритроциты и небольшое количество белка, иногда соли, сгустки крови. Нередко при камнях мочеточника почечная колика сопровождается болями в животе, парезом кишечника, подобным картине «острого живота». В таких случаях дифференциальная диагностика с аппендицитом, холециститом, кишечной непроходимостью и панкреатитом бывает нелегкой, тем более что приступ часто сопровождается тошнотой и рвотой.

Если камень небольшого размера локализуется в нижнем отделе мочеточника или почечная колика связана с отхождением песка, то возникают частые болезненные позывы на мочеиспускание. Приступ может сопровождаться ознобом, повышением температуры тела, тахикардией, лейкоцитозом, повышением СОЭ. Он может быстро закончиться или продолжаться много часов.

Диагноз почечной колики ставят на основании характерной локализации и иррадиации боли, усиливающейся при пальпации и поколачивании в области почек, на основании изменений в анализе мочи, крови, данных УЗИ и внутривенной и обзорной урографии. УЗИ и внутривенная урография - наиболее ценный метод диагностики почечной колики, её дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Она выявляет так же другие более редкие причины почечной колики.

Для устранения боли используются всевозможные лекарственные обезболивающие препараты. Здесь необходимо знать, что применять их надо после консультации лечащего врача или врача скорой помощи. После снятия болевого синдрома нужно принять меры к транспортировке больного в медицинское учреждение, где будет уточнен диагноз и предложена специальная терапия. **Ни в коем случае нельзя заниматься самостоятельным лечением, так как данная патология очень коварна и скрывает за собой многие опасные заболевания.**

При правильном подходе к лечению, назначенным квалифицированным и опытным специалистом, положительный исход заболевания и выздоровление пациента будут гарантированы.

Врач - уролог высшей квалификационной категории, заведующий отделением литотрипсии
ЯОКБ
С. Н. Ильин

Еще несколько лет назад для определения заболевания, в основе которого лежит разрастание определенных участков простаты и увеличение органа в целом, наиболее широко использовался термин «аденома предстательной железы», однако сегодня большинством специалистов в мире признается определение «доброкачественная гиперплазия предстательной железы», наиболее достоверно отражающее сущность этой болезни. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у пожилых мужчин и проявляется уже в возрасте 40-50 лет. **В настоящее время является общепризнанным, что причиной ДГПЖ является возрастное изменение гормонального статуса.**

У части пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты, ее клинические проявления минимальны и не доставляют выраженного беспокойства, однако в ряде случаев ДГПЖ приводит к серьезным нарушениям мочеиспускания и к выраженному снижению качества жизни. **Учащенное мочеиспускание — первый признак болезни**, проявляющийся ночными мочеиспусканиями, которые могут достигать 5-6 раз. Люди, страдающие ДГПЖ, отмечают необходимость длительного ожидания начала акта мочеиспускания, его прерывистость,



Простатит – это воспалительное заболевание предстательной железы, ведущее к снижению вплоть до полной утраты ее функции. Среди всех заболеваний хронический простатит, является одним из самых распространенных. Его частота у мужчин достигает 30-50 % и не имеет отчетливой тенденции к снижению.

По негативному влиянию на качество жизни данное заболевание стоит на одном месте с инфарктом миокарда, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.

С увеличением длительности заболевания появляются расстройства мочеиспускания, снижение половой и нарушение репродуктивной функции мужского организма, поэтому хронический простатит является не только медицинской, но социальной и психологической проблемой. Изучению данного заболевания посвящено большое количество исследований. Однако, несмотря на постоянный научный интерес к данной проблеме, результаты лечения не всегда приносят желаемый эффект. Частота рецидивирования заболевания довольно высока и в ряде случаев достигает 60 %.

Причинами воспалительных процессов в простате являются не только патологические микроорганизмы, но и такие предраспо-

Простатит

лагающие факторы, как переохлаждение, алкоголь, малоподвижный образ жизни, нарушение сексуального режима, венерические заболевания и ослабление иммунитета.

Основные симптомы заболевания — это боли, половые расстройства, нарушения мочеиспускания.

Боли обычно ощущаются внизу живота, в промежности, в наружных половых органах, в крестце. Интенсивность боли бывает различной: от едва заметных ощущений до выраженных, нарушающих сон.

Половые расстройства ведут к снижению полового влечения, недостаточности эрекции, ускоренному семяизвержению, боли при оргазме, бесплодию.

Расстройства мочеиспускания проявляются его учащением, возникновением резей, неприятных ощущений и жжения в уретре, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря.

Диагностика простатита для квалифицированного врача — уролога с использованием современных средств диагностики не представляет больших трудностей. **Лечение хронического простатита должно быть комплексным и складываться из противовоспалительной, общеукрепляющей терапии, а также местного воздействия на простату.**

Среди средств местного воздействия (пальцевой массаж, тепловые процедуры, лазеролечение) наиболее уникальным и перспективным является **метод микроволновой трансректальной гипертермии**. Принцип метода основан на локализованной и дозированной подаче электромагнитных микроволн с помощью специального зонда к простате, что вызывает равномерное и глубокое нагревание тканей простаты. Это оказывает бактерицидный и бактериостатический эффект, улучшает микроциркуляцию и сократительную способность мышечных волокон, нор-

мализует обмен веществ и гормональный фон, повышает местный иммунитет, увеличивает биодоступность простаты для лекарственных препаратов.

В последнее время метод трансректальной гипертермии получил широкое распространение в странах Западной Европы, США, Японии за счет успешного применения аппаратов «PRIMUS U+R» фирмы Technomatix Medikal и его аналогов, которые являются уникальной системой для лечения воспалительных заболеваний простаты и аденомы предстательной железы. Применение этого метода дает возможность не прибегать к скальпелю хирурга, позволяет избежать побочных эффектов и осложнений.

В урологическом отделении Ярославской областной клинической больницы освоена и успешно внедрена методика микроволновой гипертермии на аппарате «PRIMUS U+R», что позволило выйти на более высокий современный уровень лечения хронического простатита.

На основании результатов лечения больных в нашем отделении **к достоинствам метода следует отнести его высокую эффективность, более быстрый и пролонгированный эффект по сравнению с другими методами, отсутствие осложнений, возможность его применения в качестве монотерапии, т. е. без лекарств.** Метод доступен: он позволяет осуществлять лечение не только в условиях стационара, но и амбулаторно. Основываясь на научные и практические данные различных источников, а также собственный опыт, мы рекомендуем метод микроволновой гипертермии к широкому применению с целью лечения и профилактики хронического простатита.

Урологическое отделение
ЯОКБ,
врач-уролог,
к. м. н. А. А. Лазарев

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

увеличение времени мочеиспускания, вялую и тонкую струю мочи. При дальнейшем развитии болезни у пациентов появляются ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание происходит в несколько этапов с необходимостью напрягать брюшную стенку, непроизвольное мочеиспускание или выделение мочи по каплям без выраженных позывов к мочеиспусканию. **Отсутствие адекватного лечения приводит к прогрессированию заболевания и в конечном итоге к развитию хронической почечной недостаточности.**

К осложнениям доброкачественной гиперплазии простаты относятся камни мочевого пузыря, кровотечение из расширенных вен мочевого пузыря, инфекционно-воспалительные осложнения. Эти состояния сами по себе достаточно опасны и могут представлять угрозу жизни больного. Нередким осложнением ДГПЖ, являющимся наиболее частой причиной экстренной госпи-

тализации больных в урологическое отделение, является острая задержка мочеиспускания (ОЗМ). Больные жалуются на невозможность самостоятельного мочеиспускания при наличии выраженных позывов к нему. В большом проценте случаев ОЗМ заканчивается наложением больного надлобкового свища (через переднюю брюшную стенку в мочевой пузырь устанавливается дренажная трубка).

Учитывая гормональную природу заболевания, какие либо меры профилактики его возникновения на сегодняшний момент отсутствуют, однако, соблюдая определенный режим поведения, можно избежать некоторых его осложнений и неблагоприятного исхода. **Больным, страдающим ДГПЖ, категорически противопоказаны алкоголь и острая пища, раздражающие предстательную железу и приводящие к временному еще большему ее увеличению, не рекомендуется сидячий и малоподвижный образ жизни,**

длительные переохлаждения и перегревания, сексуальные излишества.

На сегодняшний день существует много методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, множество лекарственных препаратов рекламируются ежедневно в средствах массовой информации. Однако самой основной рекомендацией всем, кто обнаружил у себя какие-либо из перечисленных выше симптомов, является своевременное обращение к квалифицированной медицинской помощи к врачу — урологу. Необходимо помнить, что чем раньше начато лечение, тем эффективнее результат, меньше риск осложнений и необходимости в оперативном лечении. К сожалению, в ряде случаев, как правило, при позднем обращении за урологической помощью, медикаментозные методы становятся неэффективными, а радикальные оперативные вмешательства противопоказанными. В этих случаях приходится

Недержание мочи

Одной из наиболее значимых проблем женской урологии является **недержание мочи** — состояние, при котором происходит **непроизвольное выделение мочи**. Оно может быть выявлено визуально и является серьезной гигиенической и социальной проблемой для пациентов. Недержание мочи может возникнуть в любом возрасте, но наиболее часто это заболевание встречается у женщин активного трудоспособного возраста 40–50-ти лет. **Основными причинами заболевания являются: патологические роды, тяжелая физическая работа, гормональные нарушения, а так же операции на органах малого таза.**

Недержанием мочи страдают, по данным различных авторов, от 10 до 30% женщин. Однако, если принять во внимание этический аспект данной проблемы, то можно полагать, что в действительности этот процент значительно выше. Так, считается, что только 41% больных с недержанием мочи обращается за медицинской помощью к врачу. Это

заболевание не приводит к летальным исходам или серьезным нарушениям общего состояния. Однако постоянное выделение мочи, необходимость использования прокладок, неприятный запах — все это вызывает серьезные психоэмоциональные нарушения у больных, страдающих этим недугом. Зачастую осложняется личная жизнь, что нередко приводит к распаду семей. Лечение и реабилитация таких больных имеют не только медицинское, но и социальное значение.

Выделяют различные типы недержания мочи, в зависимости от этого и определяется характер лечения пациентов. Методы исследования недержания мочи отличаются большим разнообразием, что связано с необходимостью четкого определения типа недержания и зависимости его от повреждения тех или иных структур. Диагностика и дифференциальная диагностика недержания мочи является сложной задачей и может быть осуществлена только в специализированном урологическом отделении с использованием современного diagnosti-

ческого оборудования. В зависимости от результатов выявленных нарушений больному назначается соответствующее лечение, которое может быть консервативным или оперативным.

Среди консервативных методов лечения используется электростимуляция мышц тазового дна, лечебная физкультура, игло-рефлексотерапия, а так же применение лекарственных препаратов различных групп.

При неэффективной терапии и наличии показаний больным проводится оперативное лечение. Раньше операции для устранения недержания мочи при напряжении были достаточно травматичными и выполнялись местными тканями с использованием мышечно-апоневротических лоскутов. В настоящее время, в эпоху бурного развития новых медицинских технологий, появились современные биологически инертные материалы, использование которых облегчает выполнение операций при недержании мочи.

Было предложено использование проленовой сетки в качестве



удерживающей петли при недержании мочи при напряжении. Это малотравматичная, высокоэффективная, пластическая операция, позволяющая избавить пациента от недержания мочи. Отличный косметический эффект и высокая эффективность операции сделали ее операцией выбора при недержании мочи.

В областной клинической больнице был изучен мировой и отечественный опыт применения петлевой пластики при недержании мочи, освоена и успешно внедрена в практику данная ме-

тодика операции. Высококвалифицированными специалистами урологического отделения областной клинической больницы города Ярославля оказывается весь спектр медицинской помощи при недержании мочи от консервативного лечения до выполнения петлевых пластических операций.

*Врач-уролог
урологического отделения ОКБ,
к. м. н. Д. Л. Комлев*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

прибегать к пожизненному дренированию мочевого пузыря через переднюю брюшную стенку, что, несомненно, ухудшает качество жизни и приносит иногда невыносимые физические и душевные страдания.

Все методы лечения ДГПЖ делятся на две группы: медикаментозные и оперативные. Каждый из них имеет свои показания и противопоказания. На ранних стадиях ДГПЖ используют лекарственные препараты, способствующие уменьшению предстательной железы в размерах или снижению ее тонуса, с целью улучшения прохождения мочи по мочеиспускательному каналу. Часть лекарственных средств, использующихся в лечении заболевания, имеет растительное происхождение и изготавливается чаще всего из листьев африканской пальмы. Эти препараты обычно эффективны при длительном применении на самых ранних стадиях развития болезни. В случае неэффективности лекарственной терапии и прогрессирования заболевания приходится прибегать к хирургическому лечению. В настоящее время существует множество малотравматичных методов оперативного лечения ДГПЖ с использованием самой современной дорогостоящей медицинской аппаратуры, доступных в условиях города Ярославля. Урологическое отделение ЯОКБ, кафедра урологии ЯГМА накопили большой опыт в лечении доброкачественной гиперплазии простаты. Многие сотрудники занимаются этой проблемой в рамках будущих диссертационных работ.

Для выявления заболевания на ранней стадии каждому мужчине старше 40 лет рекомендуется посещать врача-уролога, тем более что иногда за симптомами ДГПЖ могут скрываться грозные заболевания органов мочеполовой системы, в том числе опухоли предстательной железы и мочевого пузыря.

*Ассистент кафедры урологии с нефрологией ЯГМА,
к. м. н. /, И. С. Шорманов*

Хронический пиелонефрит

Пиелонефрит является одним из наиболее частых воспалительных заболеваний мочевого пузыря. Он составляет 65–70% от всех воспалительных заболеваний мочеполовых органов. **Пиелонефрит — это инфекционно-воспалительный процесс одновременно или по очереди поражающий лоханку и ткань самой почки. В конечной стадии обычно вовлекаются клубочки и сосуды почек.**

Причины возникновения хронического пиелонефрита:

— Неправильное лечение острого пиелонефрита, назначение неэффективных антибактериальных препаратов, недостаточная длительность лечения. Наличие в организме пациента хронического очага инфекции и отсутствие лечения этого очага.

— Переход микроорганизмов в формы, устойчивые к неблагоприятным внешним воздействиям, что значительно затрудняет лечение и иногда создает иллюзию выздоровления пациента.

— Наличие других заболеваний мочевого пузыря, которые способствуют хронизации процесса, в первую очередь с нарушением оттока мочи (мочекаменная болезнь, сужения мочевых путей, аденома предстательной железы). Отсутствие лечения основного заболевания — самая частая причина хронического пиелонефрита.

— Наличие хронических заболеваний других органов и систем, которые приводят к ослаблению защитных сил организма (сахарный диабет, ожирение, болезни крови, желудочно-кишечного тракта и др.).

— Нарушения в системе иммунитета, заболевания и состояния, сопровождающиеся сниже-

нием иммунной защиты организма.

В зависимости от активности воспалительного процесса в почках различают следующие **фазы течения хронического пиелонефрита:**

— Фаза активного воспалительного процесса. Это состояние острого воспалительного процесса, когда в почках идет воспалительный процесс и организм борется с инфекцией. В этом случае в моче обнаруживают лейкоциты, бактерии, в анализе крови — признаки воспалительного процесса в организме, повышение СОЭ. При лечении хронического пиелонефрита, а иногда и без лечения, острая фаза переходит в следующую — латентную (скрытую).

— Латентная фаза может продолжаться длительное время, иногда до полугода. В латентную фазу воспалительный процесс в почках затихает, количество лейкоцитов и бактерий в моче снижается, реакция организма на воспалительный процесс уменьшается.

— Фаза ремиссии. Все лабораторные показатели приходят к нормальному цифрам. Однако через некоторое время при возникновении неблагоприятных для организма человека условий процесс возобновляется.

Каждое новое **обострение хронического пиелонефрита** вовлекает в воспалительный процесс все новые участки ткани почек. С течением времени, после затухания воспалительного процесса, на этом месте нормальная ткань почки погибает и образуется рубец. В результате длительного течения хронического пиелонефрита происходит постепенное уменьшение рабочей ткани почки, в конце концов почка сморщивается и прекращает функционировать. В случае двухсторон-

него поражения почек это приводит к возникновению хронической почечной недостаточности.

Хронический пиелонефрит может протекать в течение многих лет, иногда незаметно для больного и врача. Часто хронический пиелонефрит проявляется только общей слабостью, быстрой утомляемостью при физической нагрузке, головными болями, слабыми тупыми болями в поясничной области с одной или двух сторон.

Иногда больных больше беспокоят проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в животе, запоры, метеоризм). С течением времени при снижении работы почек появляются жажда, сухость во рту, различные нарушения мочеиспускания (большое количество мочи днем или ночью). Повышается артериальное давление, причем эта почечная артериальная гипертензия плохо поддается лечению.

Диагностику хронического пиелонефрита осуществляют при помощи лабораторных методов исследования мочи и крови. Существенную помощь в диагностике хронического пиелонефрита оказывают рентгенологические методы исследования: обзорная урограмма, экскреторная урография, почечная артериография. Основными рентгенологическими симптомами заболевания являются изменения размеров и контуров почек; нарушения выделения почкой рентгеноконтрастного вещества; патологическая деформация чашечно-лоханочной системы. Важные сведения о паренхиме (функциональном слое) и чашечно-лоханочной системе почки позволяет установить ультразвуковое исследование. Из радиоизотопных методов исследования при хроническом

пиелонефрите применяют ренографию, как метод отдельного определения функции почек и установления стороны наибольшего поражения. Метод позволяет также осуществлять динамический контроль восстановления функции почки в процессе лечения.

Лечение.

При хроническом пиелонефрите лечение должно предусматривать следующие основные мероприятия:

1. устранение причин, вызвавших нарушение оттока мочи или почечного кровообращения, особенно венозного;
2. назначение антибактериальных средств с учетом данных антибиограммы;
3. повышение иммунной реактивности организма.

Восстановление оттока мочи достигают применением малоинвазивных методов (катетеризация и стентирование почки, чрезкожная пункционная нефростомия) или более радикального хирургического вмешательства (удаление аденомы предстательной железы, камней из почек и мочевых путей, нефропексия при нефроптозе, пластика мочеиспускательного канала или лоханочно-мочеточникового сегмента и др.).

Консервативное лечение хронического пиелонефрита длительное, первый курс антибактериальной терапии назначается не менее, чем на 6 недель. Затем проводятся повторные курсы антибактериальной терапии, их частота определяется течением воспалительного процесса у пациента индивидуально. В перерывах назначают курсы мочегонных трав, клюквенный морс, метионин. Для повышения иммунной защиты назначают курс метилурацил или пентоксил. Назначается санаторно-курортное лечение, прием слабоминерализованных минеральных вод.

На базе Ярославской областной клинической больницы в полном объеме осуществляется диагностика и лечение хронического пиелонефрита.

*Ассистент кафедры урологии с нефрологией ЯГМА
А. В. Сорокин*

Детская урология-андрология — самая молодая из всех медицинских специальностей. Только в 2003 году, приказом МЗ РФ, детская урология-андрология выделена в самостоятельную медицинскую специальность. Необходимо отметить, что принятие данного решения было не только не случайным, но и весьма своевременным.

Огромный вклад в ее развитие был внесен как детскими хирургами, так и урологами общего профиля. Урологическая помощь детям оказывалась на базе общих урологических отделений или лечение детей с урологическими заболеваниями проводилось детскими хирургами.

В связи с этим в 1993 году в Москве, на базе Научно-исследовательского института урологии МЗ РФ, открыт клинический корпус детской урологии на 100 коек. Инициатором и ревностным сторонником этого проекта являлся директор НИИ урологии МЗ РФ, академик РАМН Николай Алексеевич Лопаткин. В 2005 году, в Тюмени проведен Пленум Правления Российского научного общества урологов, посвященный проблемам детской урологии-андрологии. Основной вопрос Пленума-это консолидация урологов общего профиля и детских хирургов.

В настоящее время можно говорить об отсутствии преемственности в лечении урологических больных на этапах их жизни — ребенок, подросток, взрослый человек. Об этом свидетельствуют исследования взрослых пациентов, оперированных в дет-

Детская урология — путь в будущее

ские годы по поводу урологических заболеваний. Отмечен большой процент пациентов с различными осложнениями, возникшими на этапах жизни больного.

Наряду с этим, отмечается существенный рост выявления уроандрологических заболеваний у детей. Так, по данным Ярославского областного диагностического центра для детей, за 2005 год уроандрологические заболевания впервые были выявлены у 1417 пациентов детского возраста.

Хочется отдельно отметить, что данный центр, созданный по инициативе администрации Ярославской области, является образцом оснащенности и организации работы. Создание подобных центров во всех регионах России, явилось бы проявлением истинной заботы о здоровье нации. Многофункциональность центра открывает широкие возможности в улучшении качества помощи детям и с уроандрологическими заболеваниями.

Рассматривая ситуацию со специальностью — детская урология-андрология, нельзя не отметить что урология, вне зависимости от



того, каким контингентом пациентов она занимается, является одной из самых высокотехнологичных и капиталоемких областей медицины. В условиях ограниченного финансирования здравоохранения невозможно и нерентабельно создание полноценных лечебно-диагностических центров отдельно для детей и для взрослых. Создание медицинских объединений, включающих детские лечебные учреждения и стационары для взрослых с единой диагностической базой и единым научно-методическим руководством, — путь к оптимизации обеспечения благополучия здоровья детей и подросткам с заболеваниями почек, мочевых путей и репродуктивных органов, как составляющей единой научно-практической, экономически обоснованной базы, формирования здоровья взрослого человека.

Образцом стремления к улучшению качества медицинской помощи детям и взрослым с урологическими заболеваниями и консолидации урологов, детских хирургов и детских урологов-андрологов, является проводимая на Ярославской земле, Научно-практическая конференция «Современные подходы к лечению мочекаменной болезни у взрослых и детей».

Зав. отделом детской урологии-андрологии НИИ урологии МЗ и социального развития РФ, д. м. н., член Европейской ассоциации урологов, член Европейского общества детских урологов
А. Ю. Павлов

Урологическое отделение

Урологическое отделение — одно из старейших в областной клинической больнице. Впервые урологические койки были выделены на базе 3-го хирургического отделения, которым руководила Л. И. Пелевина, в 1963 году. В 1971 г. создается нефроурологическое отделение, которое в 1980 году преобразуется в урологическое. Первыми сотрудниками отделения стали А. М. Терпигорев, А. А. Кирсанов, Л. П. Раздьяконова.

В настоящее время урологическое отделение развернуто на 70 коек, в нем проводится лечение больных с заболеваниями мочевыводящей и половой систем. В отделении работают врачи-урологи только высшей и первой категорий, двое из них являются кандидатами медицинских наук.

Основной контингент отделения — это пациенты с мочекаменной болезнью, болезнями предстательной железы, аномалиями почек, мочевого пузыря, половых органов, онкопатологией.

В работе используются все современные методы диагностики и исследования: радиологические, рентгенологические, эндоскопические, уродинамические, ультразвуковые и лабораторные.

Проводится консервативное лечение с использованием физиотерапии, лечебной физкультуры, термотерапии и микро-



волновой гипертермии, фитотерапии.

Урологами отделения выполняется широкий спектр хирургического лечения. В оперблоке имеются две операционных зала, один из которых предназначен для эндоскопических операций. В

связи с появлением отделения стационарной литотрипсии количество операций при мочекаменной болезни значительно уменьшилось, но при показаниях может быть выполнено удаление камня из любого отдела мочевыводящей системы.



При болезнях предстательной железы в основном выполняются эндоскопические операции — трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В редких случаях выполняется аденомэктомия, а при раке предстательной

железы — радикальная простатэктомия.

При раке мочевого пузыря основным методом хирургического лечения является эндоскопический. 80-ти % больных проводится трансуретральная резекция мочевого пузыря. При необходимости полного удаления мочевого пузыря проводится кишечная пластика.

В последнее время внедряются малоинвазивные операции (без широких разрезов) при недержании мочи у женщин с использованием полимерных сеток, а при повреждениях мочевого пузыря или мочеточника совместно с гинекологами отделения «Брак и семья» проводится раннее восстановление повреждений с использованием лапароскопии и дренированием мочевых путей.

При аномалиях почек и мочеточников широко используются пластические и реконструктивные операции.

Все палаты отделения 2-х, 3-х, 5-ти коечные, есть две палаты повышенной комфортности.

*Заведующий урологическим отделением,
Главный уролог Ярославской области,
врач-уролог высшей категории*
В. Н. Баклов



В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

Телефон **24-84-61**

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте

www.yrh.yar.ru

Руководители *О. П. Белокопытов, Г. В. Костина.*
Редактор, администратор *В. А. Радовская.* Фото *В. А. Радовская.*
Техническая поддержка *В. Ю. Маслов.* Дизайн *Г. И. Радовский.*

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы.



Газета **Здоровья Вам!** зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6.
Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.
Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон/факс: 24-47-79
Главный редактор — главный врач ЯОКБ *О. П. Белокопытов*
Ответственный редактор *В. А. Радовская, фото В. А. Радовская*

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс», тел.: (0852) 73-00-07, 30-05-08.
Тираж 12000.
Заказ №