

опухолевым поражением в стадии T1, 2 (28,6%) – карциномами in situ. В одном случае получено хроническое воспаление.

Таким образом, при морфологическом исследовании 41 биоптата, полученных из новообразований, подозрительных на опухоли мочевого пузыря, в 14 (34,1%) образцах диагноз рака не подтвержден. Мышечно-инвазивный рак установлен в 12 (29,3%) исследованиях, при этом, при осмотре только в белом свете, диагноз установлен в 6 (14,6%) случаях, дополнительное применение компьютерной хромоэндоскопии позволило верифицировать ещё 6 (14,6%) опухолей.

Выводы. Использование узкоспектральной диагностики и компьютерной хромоэндоскопии позволило почти на 15% улучшить диагностику опухолей нижних мочевых путей на этапе освоения метода. Дальнейшие исследования в этом направлении позволят более точно определить диагностическую ценность (чувствительность и специфичность) данной методики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Строцкий А.В., Ланкевич Н.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) носит эндемический характер и занимает одно из ведущих мест в структуре урологической заболеваемости.

Ежегодная заболеваемость МКБ в мире составляет от 0,5 до 5,3%, причем наблюдается устойчивая тенденция к увеличению этого показателя. Важность проблемы обусловлена ещё и тем, что чаще всего заболевание встречается среди людей наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет. В Беларуси 36% пациентов урологических стационаров составляют пациенты с МКБ (А.В.Строцкий, Д.Л.Пиневиц, 2013).

Проблема уролитиаза в значительной степени связана со склонностью его к рецидивам. Частота рецидивов у пациентов с МКБ составляет около 60% в течение пяти лет после лечения. Она зависит от состава мочевых камней, характера выполненной операции, особенностей метаболических нарушений. В не меньшей мере частота рецидивирования определяется качеством назначаемых профилактических мероприятий и полнотой их выполнения пациентами.

Цель исследования: изучить характер назначения профилактических мероприятий пациентам после лечения МКБ и степень их выполнения самими пациентами.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили пациенты, которые госпитализировались с рецидивами мочекаменной болезни в период с 2013 по 2014 год. Было обследовано 102 пациента, мужчин – 50 (49%), женщин – 52 (51%) в возрасте от 17 до 84 лет. Средний возраст

обследованных пациентов составил $\pm 56,75$ лет. Рецидивы МКБ развились у 52,9 пациентов после консервативного лечения МКБ, у 33,3% - после дистанционной литотрипсии (ДЛТ), у 10,8% - после открытых операций и у 2,9% - после эндоскопических вмешательств.

Диагноз МКБ у обследуемых пациентов устанавливался на основании данных стандартного урологического обследования, которое включало клинические и лабораторно-диагностические методы диагностики мочекаменной болезни, в том числе ультразвуковое исследование, обзорная и внутривенная урография.

Для решения поставленных в исследовании задач была разработана специальная анкета-опросник, в которой пациенты должны были ответить на вопросы, касающиеся рекомендаций, полученных ими после лечения, и степени их выполнения.

Результаты. После тщательного изучения данных анкетного опроса мы выяснили, что только 18 (17,6%) исследуемых пациентов полностью выполняли все врачебные рекомендации, а 24 (23,5%) - вообще не занимались выполнением рекомендаций. При этом время до рецидива у пациентов, которые полностью выполняли врачебные рекомендации, составило в среднем 7 лет и 1 месяц. В группе пациентов, которые не выполняли врачебные рекомендации, среднее время до возникновения рецидива оказалось 4 года и 11 месяцев. Поскольку различие составило 2 года и 2 мес, то можно с уверенностью констатировать, что проведение и выполнение рекомендаций по профилактике рецидивирования МКБ, эффективно и позволяет увеличить длительность безрецидивного периода.

Вместе с тем одновременно напрашивается вывод, что пятая часть пациентов с МКБ не понимает необходимости проведения профилактических мероприятий при лечении заболевания и не собирается проводить их. Это необходимо учитывать при назначении профилактики пациентам с МКБ. В тоже время анализ ответов на другие вопросы анкеты показал, что большинству пациентов 89,2% (91 пациент) было рекомендовано принимать курсы растительных мочегонных препаратов, 88 (86,3%) пациентам - соблюдать повышенный питьевой режим и диету, 77 (75,5%) - проводить контрольные исследования. Однако из результатов обследования становится понятным, что не всегда рекомендации носили понятный для пациентов характер. Так 37 (36,3%) пациентов отметило, что им не было указано на длительность проведения профилактических мероприятий и только 53 (32%) из ответивших на соответствующий вопрос анкеты вспомнили, что им было рекомендовано контролировать свой суточный диурез, хотя это общая рекомендация, которая всегда дается всем пациентам.

При оценке ответов на вопросы, касающиеся выполнения пациентами рекомендаций по профилактике МКБ, выяснилось, что растительные мочегонные принимали 66 пациентов (72,5%), 60,5% соблюдали повышенный питьевой режим, но только 30,2% пациентов контролировали

свой суточный диурез, 61% пациентов проходили регулярные контрольные исследования.

При анализе ответов на вопросы о причинах невыполнения врачебных рекомендаций пациентами с рецидивирующим уролитиазом следует отметить, что больше половины 44 (52,4%) пациентов посчитали, что если у них конкремента, то и проблема с заболеванием у них решена, 16,7% пациентов не придали значения полученным рекомендациям, а 15 (17,9%) пациентов посчитали врачебные рекомендации неконкретными.

Тем не менее 94 (92,2%) пациентов с рецидивирующим уролитиазом считает, что проводить профилактику рецидивов нужно, но большинство из них профилактику не проводят, а начинают ей заниматься только после случая повторного рецидива.

Заключение. Эффективность профилактических мероприятий по профилактике рецидивирования МКБ определяется качеством самих рекомендаций, но и в значительной мере отношением к ним самих пациентов. Пациенты указывают в ряде случаев на неконкретность рекомендаций, что заключается в отсутствии сроков профилактики, непонятность сущности отдельных рекомендаций, частоты контроля после лечения.

То, что 23,8% пациентов вообще не проводили никаких мероприятий по профилактике МКБ, в какой-то мере объясняется тем, что 52,4% из них считает, что если камня нет, то проблема решена. Речь идет о том, что часть пациентов не понимает сущности МКБ, и, следовательно, не представляет необходимости профилактики. Только при развитии повторного рецидива появляется понимание сущности и эффективности профилактических мероприятий, что позволяет на 26 мес увеличить длительность безрецидивного периода.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ

Строцкий А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь

Частота ОЗМ весьма вариабельна, зависит от множества факторов, прежде всего от контингента лиц, среди которого определялась частота ОЗМ и от использованных методов оценки. Если исследование проводилось среди пациентов с одним заболеванием (к примеру, доброкачественной гиперплазией предстательной железы - ДГПЖ), то полученные результаты будут меньше, чем при исследованиях, проведенных без учета характера заболевания (неврогенные расстройства мочеиспускания, рак предстательной железы, воспалительные заболевания предстательной железы и уретры, рефлекторные задержки мочеиспускания и т.п.). Так в популяционном исследовании в Северной Америке частота ОЗМ составила 5,9 на 1000 мужчин в год (Jacobsen S. et al., 2003), а в России - 3,03 на 1000 мужчин