



В период боевых действий на Дальнем Востоке в 1945 г. глубина фронта во время Маньчжурской операции составляла 500–800 км, а протяженность достигала 5 тыс. км. Горно-лесистая, пустынная местность и плохие дороги приводили к отставанию медицинских подразделений от наступающих войск. Медико-санитарные батальоны делились на две, а иногда и на три части. В ряде случаев полевые подвижные госпитали приходилось доставлять по воздуху. На Забайкальском фронте за всю операцию с помощью авиации было эвакуировано из дивизионных медицинских пунктов и армейских госпиталей до 50% раненых и больных, причем наилучшие результаты получены при совместном использовании «легких» и «тяжелых» самолетов. Малые санитарные самолеты перевозили раненых на расстояния до 250

км в госпитальные базы армии и фронта, а самолетами Ли-2 раненых доставляли в тыл страны на расстояния свыше 600 км.

Особенно отчетливо проявилась необходимость практического использования средств медицинской эвакуации, в т. ч. воздушных. К концу войны медицинская служба имела четкие представления о том, кого, куда и каким транспортом нужно эвакуировать. Была создана стройная система наращивания сил и средств медицинской службы, включая и санитарную авиацию. Доля раненых и больных, эвакуированных по воздуху в годы войны, составила 13% общего количества эвакуированных всеми видами транспорта. Накопленный медицинской службой опыт в годы Великой Отечественной войны послужил базой для дальнейшего развития санитарной авиации в стране и Вооруженных Силах.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.613-003.7-031.5-08

Чернышев И.В. (ivchernyshev@fgu-obp.ru)¹, **Коридзе А.Д.** (koridze63@mail.ru)², **Керницкий А.И.** (doctor1963@mail.ru)², **Швангирадзе И.А.** (takochi@list.ru)² — Выбор оптимальной тактики лечения двустороннего коралловидного нефролитиаза.

¹Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва;
²Филиал № 1 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, г. Красногорск, Московская область

Проведено сравнение результатов хирургического лечения 115 пациентов с билатеральным коралловидным нефролитиазом. По послеоперационным результатам и длительности госпитализации лучшие результаты отмечены при перкутанной нефролитотомии. Максимальное количество случаев удаления коралловидного фрагмента полностью достигалось при открытых оперативных вмешательствах, однако при этом длительность госпитализации гораздо больше, чем при перкутанных и комбинированных операциях, остается высоким риск развития осложнений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: коралловидный нефролитиаз, перкутанная нефролитотомия, тактика лечения, качество жизни.

Chernyshev I.V., Koridze A.D., Kernitskii A.I., Shvangiradze I.A. — Selection of optimal treatment tactics for bilateral dendritic nephrolithiasis. A comparison of the results of surgical treatment of 115 patients with bilateral dendritic nephrolithiasis is performed. According to postoperative results and hospitalization duration the best results were achieved in case of percutaneous nephrolithocentesis. The maximum number of cases complete removal of dendritic fragment was achieved by the open surgery, but hospitalisation lasts more than by percutaneous and combined surgery, high risk of developing complications remains.

К е у в о р д с: bilateral dendritic nephrolithiasis percutaneous nephrolithocentesis, treatment tactics, quality of life.

Наиболее сложной формой мочекаменной болезни является коралловидный нефролитиаз (КН). Двусторонний КН характеризуется прогрессирующим нарушением анатомии и функционального состояния почек и мочевыводящих путей с переходом в хроническую почечную недостаточность. Выбор наиболее эффективного вида оперативного вмешательства при КН, тактики оперативного лечения у пациентов с двусторонними коралловидными камнями почек остается одной из самых сложных задач для клинициста.

В период 2010–2013 гг. изучены клинические данные 115 больных с двусторонним КН в возрасте свыше 18 лет, в т. ч. женщин — 63,5% ($n=73$), мужчин — 36,5% ($n=42$). Критериями исключения послужили гнойный пиелонефрит, реконструктивные операции на органах мочевыделительной системы в анамнезе. Имели 1-ю степень КН 16 (14%) пациентов, 37 (32%) — 2-ю, 39 (34%) — 3-ю и 23 (20%) пациента — 4-ю. Анализировались исходы хирургического вмешательства, длительность лечения, интра- и ближайшие опера-



ционные, а также отдаленные осложнения, качество жизни пациентов до и после лечения.

Исследование выполнялось в 3 этапа. На первом этапе больным с двусторонним КН 1–2 степени выполнено перкутанное оперативное вмешательство. Интраоперационная эффективность составила 60,4%, кровопотеря – в среднем $114,5 \pm 71,9$ мл. У 9,4% ($n=5$) больных отмечено интраоперационное кровотечение, которое во всех случаях было остановлено консервативно с помощью гемостатической терапии. Гемотрансфузия проведена 1,9% ($n=1$) пациентов. Еще у 1,9% ($n=1$) был диагностирован отрыв мочеточника, что потребовало хирургической конверсии, ревизии забрюшинного пространства и экстренной нефроретерэктомии. У 5,7% ($n=3$) больных возникла перфорация чашечно-лоханочной системы, потребовавшая на этапе завершения операции установки дополнительного дренажа в виде внутреннего стента.

В послеоперационный период длительность госпитализации составила в среднем $19,5 \pm 2,6$ дня. После первой операции по поводу КН 1–2 степени у 7,5% ($n=4$) пациентов возникло кровотечение (после второй – у 11,7%), остановленное консервативно, у 13,5% ($n=7$) диагностировано обострение хронического пиелонефрита (после второй – у 10%). У 1 больного развилась пневмония. На момент выписки из стационара у 60,3% больных было достигнуто полное избавление от конкрементов. Через 3 мес после выписки с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) клиническая эффективность достигла 93%.

Объем интраоперационной кровопотери при открытой операции в среднем составил $289,5 \pm 81,1$ мл, что в 2,57 раза превышало показатель при перкутанной нефролитолапаксии – $112,5 \pm 26,2$ мл ($p=0,001$). Значимых различий в частоте развития интраоперационных кровотечений с перкутанным вмешательством не отмечено (19,8 и 28% соответственно, $p=0,597$). Количество нефрэктомий по экстренным показаниям в ближайший послеоперационный период при открытом вмешательстве было в 2,96 раза выше, чем при перкутанном (8 и 2,7% соответственно).

Количество оперативных вмешательств, необходимых для полного удаления камня, в сравниваемых группах не различалось. Длительность госпитализации оказалась больше в 1,35 раза при открытых операциях по сравнению с перкутанными ($31 \pm 0,3$ и $23 \pm 1,35$ дня соответственно, $p<0,001$). На момент выписки из стационара полное избавление от конкрементов было выше в 5,43 раза у пациентов после перкутанной нефролитолапаксии, чем после открытого вмешательства, – 6

(16,2%) и 22 (88%) пациентов соответственно ($p<0,001$). Через 3 мес после выписки с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) показатели полного избавления от конкрементов в обеих группах сравнялись – 91,8 и 92% соответственно.

На втором этапе анализировался послеоперационный период после операции на второй почке. Больным с двусторонними КН 1–2 степени во всех случаях ($n=60$) была проведена перкутанная нефролитолапаксия. Интраоперационная эффективность при этом составила 56,7%, кровопотеря – в среднем $119,1 \pm 26,8$ мл.

Объем интраоперационной кровопотери при открытой операции в среднем был выше в 3,07 раза по сравнению с перкутанной ($327 \pm 56,85$ и $106,5 \pm 21$ мл соответственно, $p<0,001$), количество гемотрансфузий – меньше в 1,94 раза (17,2 и 33,3% соответственно). В послеоперационный период значимых различий в частоте развития послеоперационных осложнений при открытых и перкутанных вмешательствах не выявлено. Частота обострений пиелонефрита практически не отличалась – 22,2 и 20,7%. Обострений ХПН было больше в 4 раза при открытых вмешательствах (28 и 6,9%). Послеоперационная пневмония не зависела от типа вмешательства и развивалась у 5,6% больных при открытых и 6,9% – при перкутанных операциях. Нефрэктомия по экстренным показаниям в ближайший послеоперационный период выполнялась в 12 раз чаще у больных при открытом вмешательстве, чем при перкутанном (33,3 и 2,7% соответственно). Длительность госпитализации была в 1,3 раза больше при открытых операциях по сравнению с перкутанными (32 ± 5 и $24,5 \pm 4$ дня, $p<0,001$).

На момент выписки из стационара после второй операции при КН 3–4 степени полное избавление от конкрементов было в 4,84 раза чаще после открытого вмешательства по сравнению с перкутанным (83,3 и 17,2% соответственно, $p<0,001$). Через 3 мес с помощью дополнительных методов лечения (дистанционная литотрипсия) показатели сравнялись: 94,4% – при открытых операциях и 93,3% – при перкутанных. Установлено, что наибольшее значение для полной эффективности имеют степень КН и определяющие ее показатели – размер и форма камня.

На третьем этапе изучены отдаленные результаты лечения 100 (78,3%) пациентов по группам: 1-я группа – с обеих сторон КН 1–2 степени; 2-я группа – с обеих сторон КН 3–4 степени; 3-я группа – с одной стороны КН 1–2 степени, с другой – 3–4 степени. Длительность наблюдения составила от 3 мес до 1,5 г.



По результатам опросника САН лучшее психоэмоциональное состояние отмечено в 1-й группе, различия между 2-й и 3-й группами выражены меньше и статистически не значимы. В ближайший послеоперационный период самочувствие и активность во всех группах несколько снижаются, наблюдается незначительное повышение настроения. Значимых межгрупповых различий и различий между первым и вторым послеоперационными периодами не выявлено. Отдаленный послеоперационный период отличается заметным повышением оценки состояния пациентов по всем трем кластерам. Во всех группах отмечено значимое улучшение показателей качества жизни по сравнению с периодом до начала хирургического лечения.

Важным показателем качества жизни является уровень трудоспособности. Значимое уменьшение дней нетрудоспособности отмечается во всех группах: в 1-й — в 4 раза, во 2-й — в 3,5 и в 3-й — в 3 раза. До начала лечения число дней нетрудоспособности в 1-й группе в среднем было в 1,4 раза меньше, чем во 2-й или 3-й, — 64,7, 93,1 и 88,6 соответственно. В отдаленный послеоперационный период этот показатель в 1-й группе был в 1,6 раза ниже, чем во 2-й, и в 1,8 раза, чем в 3-й, — соответственно 15,9, 26,5 и 28,9 дня. В целом, по результатам теста САН, показатели качества жизни были достоверно выше в 1-й группе.

Результаты исследования показали, что при выборе очередности оперативного вмешательства предпочтение необходимо отдать почке с наибольшим размером камня, сильнее выраженным истончением паренхимы и

с большим дефицитом канальцевой секреции. Это обусловлено значительным снижением функциональной активности почек в послеоперационный период. Однако следует помнить, что выбор на первом этапе оперативного вмешательства и его стороны всегда индивидуален, т. к. зависит от многих факторов.

В результате применения разработанных подходов к терапии двустороннего КН в сочетании с дистанционной литотрипсией, проводимой в послеоперационный период, эффективность избавления от камней через 3 мес после операции составила: при КН 1–2 степени в обеих почках — 89,7%, КН 3–4 степени в обеих почках — 36,1%, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 ст. в другой — 76%. Примененная тактика лечения позволила не только добиться сохранения функций почек на дооперационном уровне, но и улучшить функционирование почек в отдаленный послеоперационный период: при КН 1–2 степени в обеих почках — на 15,3%, КН 3–4 степени в обеих почках — на 1,3%, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 степени в другой — на 8,3%. Улучшение качества жизни пациентов с двусторонним КН после лечения по результатам теста САН составило: при КН 1–2 степени в обеих почках — на 3,1 балла, КН 3–4 степени в обеих почках — на 3,7, КН 1–2 степени в одной почке и КН 3–4 степени в другой — на 3,6 балла. Применяемая методика лечения пациентов приводит к улучшению функционального состояния почек после оперативного вмешательства, что позволяет существенно уменьшить необходимость нефрэктомии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.12-008.331.1-085.225.2

Чернавский С.В. (ChernavskiySV@mail.ru)¹, Фурсов А.Н.,¹ Корчук Д.Р.² — Опыт использования телмисартана в комбинации с амлодипином в лечении больных артериальной гипертензией.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²МЧС МВД России по Московской области, Москва

Обследовано 39 больных: 28 мужчин и 11 женщин, с уровнем АД $166,9 \pm 11,2/97,4 \pm 3,1$ мм рт. ст. У всех пациентов определялись абдоминальное ожирение 2-й и 3-й степеней, а также нарушения липидного и углеводного обмена. Комбинированная фармакотерапия телмисартаном и амлодипином в сочетании с немедикаментозными методами лечения на протяжении 6 мес привела к достижению целевых уровней АД у 72,3% больных, способствовала уменьшению выраженности абдоминального ожирения на 5,2% и достоверно улучшила показатели углеводного и липидного обмена.

К л ю ч е в ы е с л о в а: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, телмисартан, амлодипин.

Chernavskii S.V., Fursov A.N., Korchuk D.R. — Experience in the use of telmisartan in combination with amlodipine in the treatment of patients with arterial hypertension. 39 patients were examined: 28 men and 11 women with blood pressure level $166,9 \pm 11,2 / 97,4 \pm 3,1$ mm Hg. Art. In all patients defined abdominal obesity of 2nd and 3rd degree, as well as lipid and carbohydrate metabolism. A half year combined drug therapy with telmisartan and amlodipine in combination with non-drug treatments resulted in the achievement of target levels of blood pressure in 72,3% of cases, contributed to a decrease in the severity of abdominal obesity by 5,2% and significantly improved carbohydrate and lipid metabolism.

К е у в о р д с: hypertension, abdominal obesity, telmisartan, amlodipine.