

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

© *А.В. Ресенчук, К.И. Шапиро*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Анализ и оценка медико-демографических показателей заболеваемости по обращаемости являются одной из важнейших задач для оценки состояния здоровья населения. Мы провели сравнительную оценку частоты и структуры общей и первичной заболеваемости мочевого выделительной системы у населения разных возрастных групп Санкт-Петербурга, Северо-Западного федерального округа и Российской Федерации.

В общей заболеваемости населения Санкт-Петербурга в 2015 году болезни мочевой системы занимают четвертое место, составляя 8,7 %. Ими страдает каждый пятый житель города (177,8 случая на 1000 жителей). Среди этого класса болезней заболевания мочевой системы составили 29,9 % (53,24 ‰). Из болезней мочевой системы в статистической отчетности выделены гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника (21,3 ‰), мочекаменная болезнь (6,9 ‰) и почечная недостаточность (0,14 ‰); другие болезни мочевой системы составили 24,9 случая на 1000 жителей. У взрослых и лиц пенсионного возраста выделены заболевания предстательной железы, составляющие 8,1 и 11,4 ‰ соответственно. В Российской Федерации частота заболеваний мочевой системы ниже — 32,5 ‰.

Наиболее высокие заболеваемости МПС регистрируются у детей в возрасте 15–17 лет, (9047,0), так как в этот период практически все подростки проходят обследования в связи с окончанием школы, прохождением осмотров для поступления в вуз или другие учебные заведения и с прохождением призывной комиссии.

Заболевания МПС, впервые выявленные в 2015 г., составили 58,9 ‰ (в РФ — 46,4), в том числе гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника (2,7 и 2,8 ‰), мочекаменная болезнь (1,0 и 1,5 ‰), почечная недостаточность (0,02 и 0,09 ‰); другие болезни мочевой системы составили 7,1 и 4,9 случая на 1000 жителей. У взрослых и лиц пенсионного возраста выделены заболевания предстательной железы, составляющие 8,1 и 11,4 ‰ соответственно.

Определенную роль в первичном выявлении заболеваний мочевой системы играют профилактические осмотры и диспансеризация определенных групп населения. Так, в ходе этих мероприятий выявлены у взрослых 6,5 % гломерулярных болезней почек, 1,5 % случаев мочекаменной болезни, 10,1 % больных с заболеваниями предстательной железы.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЛЕТНОГО СОСТАВА

© *Д.Б. Родин, Р.В. Роюк, Г.Г. Борисенко, Б.А. Гарилевич, А.Н. Волков, А.А. Семенов, А.В. Касаикин*

Филиал № 1 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» МО РФ (г. Москва)

Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) является наиболее приоритетным направлением в лечении МКБ. Вместе с тем эффективность

ДЛТ снижается с возрастанием плотности конкрементов, локализацией их в плохо дренируемых чашечках почек, что ограничивает

применение эндоскопических методик разрушения камней. В этих условиях перкутанная нефролитотомия может рассматриваться как вариант лучшего оперативного подхода к лечению МКБ.

За несколько лет в нашей клинике проходили лечение семь военных летчиков с подобными особенностями. В результате обследования диагностировались чашечные камни различной локализации до 5 мм в диаметре. Ранее для оказания медицинской помощи проводилась ДЛТ без положительного эффекта. Компьютерная томография (КТ) почек с внутривенным контрастированием исключила расположение конкрементов в «отшнурованных» чашечках и диагностировала ряд анатомических особенностей строения чашечно-лоханочной системы — узкие и длинные шейки чашечек, «острый» калико-инфундибулярный угол. Для определения возможности и подбора предполагаемого хода при формировании нефростомического канала во время проведения перкутанной нефролитотомии нами выполнялась КТ почек с 3D-моделированием.

Анализ результатов позволил правильно определить расположение пациента на операционном столе с целью формирования наименее травматичного нефростомического канала к чашечному камню, что позволило всем пациентам выполнить одномоментную перкутанную нефролитотомию. В одном случае для санации разных групп чашечек одной почки были сформированы два нефростомических хода. Послеоперационный период протекал без особенностей, через два месяца все пациенты были допущены к «летней работе». Следует отметить, что применение операционных эндоскопов меньшего диаметра, типа «мини-перк», «ультра-мини-перк» а также фибронефроскопов более оправданно ввиду малой травматизации почки.

Таким образом, совершенствование и внедрение в практику видеоэндоскопических методик лечения МКБ способствует сохранению «летнего долголетия» военных летчиков и пилотов гражданской авиации, что является одной из важных государственных задач у данной категории пациентов.

НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ИХ ХАРАКТЕР В ГРУППЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

© *В.В. Ромих, А.В. Захарченко, Л.Ю. Борисенко, В.В. Пантелеев, Ф.Д. Ромих*

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва)

Введение. Неосложненная инфекция мочевыводящих путей (НИМП) часто встречается у женщин репродуктивного возраста. У 25–40 % женщин после первого эпизода НИМП отмечается рецидив заболевания в ближайшие 6–8 месяцев.

К факторам, способствующим развитию рецидивирующего бактериального цистита, помимо вирулентности и патогенности возбудителей мочевой инфекции, относят как анатомические, так и функциональные нарушения: анатомо-физиологические особенности уретры (близость к естественным резервуарам инфекции — анус, влагалище, короткая уретра), травматические повреждения, включая

ятрогенные; нарушения уродинамики нижних мочевых путей (органические или функциональные).

Клинический диагноз НИМП в основном базируется на сборе анамнеза и данных лабораторного исследования. Чаще всего женщины предъявляют жалобы на частое болезненное мочеиспускание, боли в надлобковой области, неприятный запах мочи или наличие мутной мочи, предшествующие инфекции мочевых путей в анамнезе, иррадиацию болей во влагалище, терминальную макрогематурию. Нередко рецидив цистита связывают с половым актом и отмечают развитие симптомов на вторые-третьи сутки после коитуса. Одна-