

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, МЕЖДУ ВРАЧОМ СТАЦИОНАРА И ПОЛИКЛИНИКИ

АПОЛИХИН О.И., ДЗЕРАНОВ Н.К., БЕШЛИЕВ Д.А., КЕШИШЕВ Н.Г., ЧЕРЕПАНОВА Е.В.
НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ
(Москва)

В структуре оказания урологической помощи в настоящее время, важная роль отводится догоспитальному этапу, основным звеном которого является амбулаторный уролог. Главной его функцией является обследование больного, постановка правильного диагноза и своевременное направление пациента на стационарное лечение; послеоперационное наблюдение. Диагноз, установленный амбулаторным урологом, должен позволять врачу стационара осуществить выбор оперативного лечения. Получив подобную информацию о больном, на госпитальном этапе в короткие сроки можно решать вопросы, связанные с объемом оперативного вмешательства.

Для адекватного послеоперационного ведения больных с доказанной мочекаменной болезнью (МКБ), амбулаторный врач должен владеть информацией о виде предпринятого оперативного вмешательства, его особенностях (например, при ДЛТ – количество сеансов, импульсов, примененная энергия, рентгенологическая нагрузка и т.п.), результатах операции (наличие резидуальных камней, особенности операции, наличие осложнений). Данная информация, подробно указанная в выписном эпикризе, позволит амбулаторному урологу более точно выбрать тактику последующего ведения пациента (назначение диеты, лекарственных препаратов, своевременность направления на контрольное обследование и оперативное лечение).

Особенное значение у больных с МКБ имеет метафилактика. Правильность ее проведения позволит максимально долгое время отдалить, а иногда, и из-

бегать рецидива камнеобразования и прогрессирования гибели почечной паренхимы.

Основные звенья метафилактики камнеобразования должны быть направлены на коррекцию метаболических нарушений камнеобразующих веществ в крови и моче, санацию мочевыводящих путей и нормализацию значения pH мочи, которые необходимо начинать не ранее, чем через 1 месяц после выполненного оперативного лечения, когда наступает восстановление функции почечной паренхимы, и разрабатываться индивидуально для каждого пациента в зависимости от химической формы уrolитиаза.

Контрольное обследование пациентов, получающих индивидуальную комплексную медикаментозную терапию, должно осуществляться не реже 3-4 раз в течение первого года и не реже 2 раз в течение последующих лет наблюдения. За проведением лечения необходим обязательный контроль уролога или педиатра (детского уролога-андролога), включающий лечение сопутствующих заболеваний (желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и т.д.). Ведение дневника pH мочи и коррекция показателя кислотности мочи является наиболее доступным и информативным способом контроля эффективности и коррекции проводимой метафилактики.

Нами было доказано, что длительное систематическое проведение метафилактики как у взрослых пациентов, так и у детей с мочекаменной болезнью, начиная с раннего послеоперационного периода, приводит к снижению частоты рецидива камнеобразования в 2,8 раза.