

Поширеність сечокам'яної хвороби серед військовослужбовців за даними ультразвукової діагностики

Г.П. Мосієнко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Сечокам'яна хвороба є поширеною патологією серед військовослужбовців за даними ультразвукової діагностики. Частіше вона діагностується у чоловіків віком старше 45 років з розмірами конкремента більше 5 мм, що вимагає вчасного виявлення та диференційованого підходу до ранньої корекції метаболічних порушень.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, військовослужбовці, ультразвукова діагностика.

Захворювання органів сечовидільної системи в світі мають досить високу поширеність та тенденцію до росту. Частота їх за останнє десятиріччя коливається в межах 0,4%–5,4% у структурі загальної захворюваності [6, 9]. Усе більше помітне поступове зростання питомої ваги хронічних форм хвороб нирок у осіб молодого віку, їх схильність до швидкого прогресування з ранньою інвалідизацією хворих [3, 10].

Останнім часом серед неімуних факторів ушкодження нирок особливо увагу приділяють обмінним метаболічним розладам, таким, як уратні та оксалатні, через їхню поширеність та несприятливий вплив на структурні утворення нирок [1, 7]. Результати нещодавно проведених досліджень свідчать про нефротоксичність дії продуктів пуринового та оксалатного обміну [5].

За даними літературних джерел, сечокам'яна хвороба (СКХ) складає 30–40% усіх урологічних захворювань та є однією з найчастіших причин операцій на нирках та сечоводах [8]. Актуальність проблеми СКХ для військової медицини полягає в тому, що захворювання виникає частіше у чоловіків працездатного віку. За даними звітної військово-медичної документації в Збройних Силах України частота захворювань органів сечостатевої системи за останні 10 років коливалася серед військовослужбовців строкової служби від 1,2% до 2,8%, серед офіцерів – 0,8–1,4%, що в 9 разів нижче, ніж показники серед дорослого населення України та є наслідком роботи призовних військово-лікарських комісій.

Ультразвукове дослідження (УЗД) у більшості випадків є скринінг-методом діагностики багатьох захворювань, в тому числі СКХ [8]. Головними перевагами УЗД є абсолютна безпека для пацієнта – відсутність променевого навантаження, неінвазивність. Можливість проведення багаторазових досліджень, безпечність методу УЗД та відсутність будь-яких протипоказань до нього сприяють його широкому клінічному впровадженню.

УЗД, або ехографія, ґрунтується на реєстрації відбитих сигналів імпульсного ультразвуку [2]. Цей метод обстеження пацієнта дозволяє неінвазивно отримати об'єктивні дані про стан органів чи систем, їхніх функцій, дозволяє виявити патологію ще до початку клінічних проявів, що дає можливість розпочати лікування на ранніх стадіях захворювання. Щодо проведення УЗД нирок, то важливим є те, що спеціальної підготовки хворого перед обстеженням не вимагається.

Наявність СКХ неминуче призводить до розвитку хронічної хвороби нирок та інвалідизації хворого [3, 9, 10]. Тому саме в площині профілактичного блоку функцій лікаря лежить питання СКХ.

Мета роботи: розробити та впровадити в поліклініці Головного Військового Клінічного Госпіталю (ГВКГ) заходи профілактики літоутворення та рецидивів СКХ у військовослужбовців на основі вивчення залежності виникнення СКХ від віку, статі, місця проживання військовослужбовця, складу частини та роду військ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проводили дослідження протягом 3 років (2008–2011) щодо виявлення ознак СКХ серед військовослужбовців. Дослідження виконували на комплексному ультразвуковому діагностичному апараті фірми Ultima Pa з конвексним датчиком для обстеження органів черевної порожнини та нирок в поліклініці ГВКГ. За 2008 рік пройшли обстеження 4096 військовослужбовців, за 2011 рік – 2475. Розподіл обстежених за статтю свідчив, що більшість серед них було чоловіків (97%), відсоток жінок був незначним (3%), що пояснюється особливостями складу працівників Збройних сил України. Хворі були розподілені залежно від категорії військ та віку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження було встановлено, що кількість військовослужбовців, у яких було виявлено СКХ у 2008 році значно більше, ніж в 2011 (n=701, n=421 відповідно). Проте відсотковий склад СКХ у структурі захворюваності військовослужбовців був однаковий незалежно від року обстеження і склав 17,2% як у 2008, так і в 2011 році. Більша кількість пацієнтів із СКХ у 2008 році пояснюється великою кількістю обстежених за цей рік в цілому.

У табл. 1 продемонстровано, що СКХ діагностують у військовослужбовців віком старше 45 років в більшій кількості, незалежно від року обстеження (74,5% та 73%). Вікові групи 18–25 років, 25–35 років, 35–45 років теж мають певний відсоток хворих з метаболічними порушеннями, проте він значно менший за старшу вікову групу.

Отже, можна зробити висновок, що з віком відбувається ріст захворюваності на СКХ, що пов'язано з посиленням метаболічних порушень та недостатньою профілактикою літоутворення в осіб, які мають схильність до цього захворювання. Не можна не відзначити також низький комплаєнс пацієнтів, коли відбувається ігнорування порад лікаря щодо модифікації стилю життя на етапі відсутності яскравих клінічних проявів хвороби.

Відповідно до віку хворі розподілилися і за категорією військ (табл. 2). Більшість військовослужбовців із СКХ були старшого офіцерського складу (67,3% в 2008 р. та 67,7% в 2011 р.). Щодо категорії «солдати та прапорщики»,

Таблиця 1

Розподіл військовослужбовців з СКХ за віком

| Роки | Вік | | | |
|----------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | 18–25 років | 25–35 років | 35–45 років | 45–... років |
| 2008 рік | 1,4% | 7,2% | 16,9% | 74,5% |
| 2011 рік | 1,8% | 6,8% | 18,4% | 73% |

Таблиця 2

Розподіл військовослужбовців з СКХ за категорією військ

| Роки | Звання | | | |
|----------|---------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| | Солдати, прапорщики | Молодший офіцерський склад | Старший офіцерський склад | Генерали |
| 2008 рік | 24% | 6% | 67,3% | 2,7% |
| 2011 рік | 21,5% | 7,3% | 67,7% | 3,6% |

Таблиця 3

Розподіл обстежених хворих за ступенем порушення обміну солей

| Роки | Розмір | | |
|----------|------------------|-------------------|------------|
| | Мікроліти 2–4 мм | Конкременти ≥5 мм | Осад <2 мм |
| 2008 рік | 37,1% | 62,7% | 0,2% |
| 2011 рік | 42,4% | 56,1% | 1,5% |

яка за чисельністю хворих була на другому місці (24% та 21,5% у відповідному році), то слід зазначити, що великою ця група була за рахунок прапорщиків, які досягли віку понад 35 років.

Дуже важливою інформацією для вибору тактики медичної допомоги пацієнту з СКХ є локалізація конкременту. Відомо, що СКХ є однією з найчастіших причин операцій на нирках та сечоводах. Завдання лікаря полягає в тому, щоб уникнути хірургічного втручання та зробити все можливе, опустивши камінь якомога нижче по сечовивідних шляхах для вилучення його в урологічному стаціонарі. Тому нами проведено розподіл військовослужбовців за локалізацією конкрементів. Як видно з кругових діаграм (мал. 1), найбільш часто камені діагностувались під час УЗД в нирках (97,8% в 2008 р., 95,4% в 2011 р.), рідше в сечоводах та сечовому міхурі.

Оскільки ниркова локалізація конкрементів була переважуючою, ми проаналізували особливості нефролітіазу у військовослужбовців. Установлено, що переважно камені діагностували в обох нирках: у 239 (63,3%) пацієнтів в 2008 році та у 101 (52%) пацієнта в 2011 році. Це підтверджує метаболічний характер утворення нефролітів та спонукає роз-



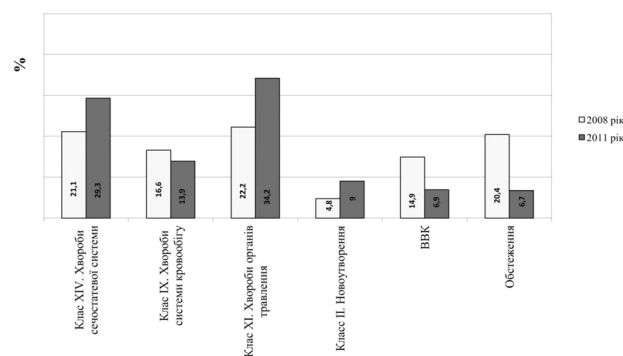
Мал. 1. Розподіл військовослужбовців з СКХ за локалізацією конкрементів в органах сечової системи

глядати СКХ не лише як місцеву патологію, а й як обмінне порушення в усьому організмі, що вимагає цілісного лікування та профілактики.

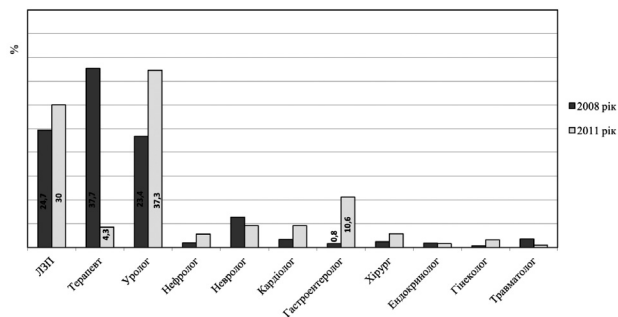
Нефроліти правої чи лівої нирки зустрічались приблизно в однаковій кількості: в 2008 році камені в правій нирці діагностовано у 70 (18,5%) випадках, в лівій – у 69 (18,2%); в 2011 – у 47 (24,3%) та у 46 (23,7%) випадках відповідно. Як видно з цих даних, немає прерогативи виникнення каменів в правій чи в лівій нирці.

Окрім локалізації конкремента, для вибору тактики лікування важливу роль відіграють його розміри (табл. 3). Так, найчисельнішою групою військовослужбовців була група з розмірами конкремента більше 5 мм (62,7% в 2008 році та 56,1% – в 2011 році). Мікроліти з розмірами каменів від 2 до 4 мм спостерігалися теж достатньо часто (37,1% та 42,4% відповідно до року) та разом із групою пацієнтів з розмірами каменів до 2 мм, що розцінюється лікарями УЗД як осад, складають, на нашу думку, групу ризику щодо прогресування захворювання з його найвищим проявом – нирковою колькою – та вимагають інтенсивних лікувальних програм.

Цікавим для розгляду є спектр супутніх захворювань у пацієнтів з СКХ (мал. 2). Так, перше місце в цьому ряді посідали хвороби органів травної системи – майже в 35% військовослужбовців мали розлади органів травлення. Друге місце посідали хвороби сечостатевої системи (від 21% в 2008 році до 29% в 2011). Далі йшов IX клас хвороб органів кровообігу (16,6% та 13,9% відповідно). Слід зазначити, що камені в сечовивідних шляхах у цих пацієнтів були діагностовані випадково, оскільки більшість з них було направлено на дослідження саме серцево-судинної системи. Чисельна група військовослужбовців, у яких було діагностовано СКХ,



Мал. 2. Розподіл супутніх захворювань у військовослужбовців з СКХ за класами хвороб



Мал. 3. Спеціалізація лікарів, які направили військовослужбовців на УЗД нирок

проходила планове обстеження в поліклініці ГВКГ (20,4% в 2008 році та 6,7% – в 2011 році) або проходила військово-лікарську комісію (14,9% та 6,9% відповідно).

Аналіз спеціалізації лікарів, які потребували дослідження нирок та сечовивідних шляхів показав, що частіше за все направляли на УЗД нирок уролог, лікар загальної практики та терапевт, в меншій кількості – лікар-гастроентеролог. Головним у роботі лікаря має бути профілактична спрямованість, що підтверджується конкретним досвідом різних країн. Таким чином, інформаційний лист з алгоритмом дій лікаря поліклініки при виявленні метаболічних порушень, розроблений нами, буде впроваджено в поліклініці ГВКГ передусім серед цих спеціалістів.

ВИСНОВКИ

1. Сечокам'яна хвороба є поширеною патологією серед військовослужбовців. За даними УЗД її частка серед іншої патології складає 17,2%. Спостереження в динаміці (2008–2011 рр.) не виявило змін у частоті діагностики уролітіазу.

2. Виявлено чітку залежність виникнення СКХ від статі та віку: це переважно чоловіки (97%) старші за 45 років (64,5%). Групу ризику складають військовослужбовці віком 35–45 років (16,9% в 2008 р. та 18,4% в 2011 р.). Серед старшого офіцерського складу СКХ зустрічається в 3 рази частіше, ніж серед солдатів і прапорщиків, та в 9 разів частіше молодшого офіцерського складу.

Сведения об авторе

Мосиенко Анна Павловна – Украинская военно-медицинская академия, 03049, г. Киев, ул. Курская, 13а; тел.: (044) 521-85-93

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения /Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, В.И. Руденко, Н.А. Григорьев// Врачебное сословие. – № 4. – 2004. – С. 4–9.
2. Аляев Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике /Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов, М.А. Газимиев// М.: Р.Валент, 2001. – 192 с.
3. Голованов С.А. Клинико-биохимические и физико-химические критерии течения и прогноза мочекаменной болезнью: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
4. Добрик О.О. Дисметаболическая нефропатия: сучасні погляди /О.О. Добрик, С.Л. Няньковський, М.О. Секунда// Современная педиатрия. – 2006. – № 2 (11). – С. 142–144.
5. Истратов В.Г. Значение хромато-масс-спектрометрии в ранней диагностике нефролітіаза. Новые методы диагностики и лечения в клинической практике /В.Г. Истратов,

3. Дослідження локалізації конкрементів в органах сечової системи свідчить, що найчастіше зустрічаються ознаки нефролітіазу (%), ніж уретеролітіазу (%) та цистолітіазу (%); крім того, нефролітіаз обох нирок діагностують у 2–3 рази частіше, ніж окремо правої чи лівої нирки (% та% відповідно).

4. За даними УЗД військовослужбовці з розмірами конкремента >5 мм складають найчисленнішу групу (62,7% та 56,1% у 2008–2011 рр.), мікроліти діагностують рідше (37,1% та 42,4% у 2008–2011 рр.), в поодиноких випадках діагностують осад. Майже у 5% військовослужбовців з СКХ має місце інфекція сечовивідних шляхів.

5. Переважно військовослужбовців з СКХ направляють на УЗД нирок урологів, лікарем загальної практики, терапевтом та гастроентерологом. Якісне дообстеження хворих з виявленням типу метаболічних порушень та впровадження лікувально-профілактичних заходів СКХ в поліклініці ГВКГ сприятиме зниженню виявлених показників.

Распространенность мочекаменной болезни среди военнослужащих по данным ультразвуковой диагностики

А.П. Мосиенко

Мочекаменная болезнь достаточно распространенная патология среди военнослужащих по данным ультразвуковой диагностики (18%). Чаще ее диагностируют у мужчин старше 45 лет с размерами конкремента более 5 мм, что требует своевременного выявления и дифференцированного подхода к ранней коррекции метаболіческих нарушений.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, военнослужащие, ультразвуковая диагностика.

Widespreading of urolithiasis among servicemen to be founded on ultrasonic diagnostics

A.P. Mosiyenko

Urolithiasis is quite widespread pathology among servicemen after information of ultrasonic diagnostics (16%). It has been diagnosed often among men older 45 years with more than 5 mm concrement. It requires a timely exposure and differentiated going near the early correction of metabolic disorders.

Key words: urolithiasis, servicemen, ultrasonic diagnostics.

- 3.А. Кадыров, С.И. Сулейманов// Сборник научных работ. Научно-практические конференции ФГУ КБУДП. – М., 2005. – С. 30.
6. Клінічна нефрологія/ За ред. акад. Л.А. Пирого. – К.: Здоров'я, 2004. – 526 с.
7. Прохоров Е.В. Характеристика дизметаболической уратной нефропатии /Е.В. Прохоров, И.В. Балычевцева, Т.П. Борисова // Врачебная практика – 2000. – № 2. – С. 28–32.
8. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб.: Питер, 2000. – С. 384.
9. Locatelli F. The importance of early detection of chronic kidney disease /F. Locatelli, L. Del Vecchio, P. Pozzoni // Nephrol. Dial. Transplant. – 2002. – Vol. 17, Suppl. 11. – P. 2–7.
10. Snively C. Chronic Kidney disease: Prevention and Treatment of Common Complications / C. Snively, C. Gutierrez // Am. Fam. Physician. – 2004. – Vol. 70, № 10. – P. 1921–1928.

Статья поступила в редакцию 04.04.2013