



...манганата для приготовления раствора с целью промывания слизистых глаз (1:10000).

11. При попадании крови пациента на слизистую оболочку глаз, губ медицинского работника, ему необходимо немедленно обильно промыть их раствором калия перманганата (в разведении 1:10000). При травмах кожи (уколы, порезы) рану обрабатываю 70о спиртом, затем не останавливая кровотечения из повреждения выдавливают кровь, промывают рану и обрабатывают дезинфектантом или йодом и накладывают повязку.

12. Кровь, попавшую на кожные покровы рук и другие части тела, а также медицинский халат, убирают салфеткой, обильно смоченной 70о спиртом или любым дезинфектантом. При прямом контакте медицинского работника с кровью

ВИЧ-инфицированного пациента после проведения указанных мероприятий необходимо поставить в известность администрацию учреждения, которая сообщает о случившемся в центр по борьбе со СПИДом.

Литература:

1. Brezina A.J. Los odontologas y LSI. // D.A. Rev. As. odontol. argent. - 1987, - Vol. 75, № 3, - p.77-83.
2. Glik M., Trope M., Pliskin M.E. Defection of Hivinthe dental pulp of a patient with AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol. 119, № 5, P.649-650.
3. Hazelhorn H.M. The reactions of dentists to members of groups at rist of AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol.199, №5, - P.611-618.
4. Rink B. Stomatologiche Aspekte bei AIDS. // Stomatologie DDR. - 1988, -Vol.8, № 7, - P.446-451.

МЕТАФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДИЕТОТЕРАПИЕЙ

М.И.Нусратуллоева, К.Н.Дабуров (научный руководитель)
Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино, Таджикистан,г.Душанбе

Проведение метафилактики требует строгого диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов. Для ее проведения предложена схема рекомендаций по коррекции метаболических нарушений в виде алгоритма, который включает индивидуальное послеоперационное амбулаторное динамическое наблюдение и лечение больного МКБ, в том числе и диетотерапию, преследующие цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, рецидива камнеобразования, подбора и проведения литоксической и литолитической терапии на фоне воспалительного процесса в почке.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, рецидивирование, метафилактика, рекомендации по диетотерапии.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ), является одной из главных проблем современного здравоохранения, занимая второе место в структуре заболеваемости почек и мочевыводящих путей, третье - в структуре причин смерти и четвертое - среди причин инвалидности (1).

Проблема МКБ является актуальной и для Республики Таджикистан. Несмотря на широкую распространенность МКБ, все ранее проводимые в исследования в республике, касались проблем хирургического лечения больных. Вместе с тем необходимо большую роль отводить консервативному лечению направленных на метафилактику рецидивов, возникающих после

операции и профилактику камнеобразования на начальных стадиях развития МКБ (2).

Цель исследования. Разработка рекомендаций по проведению диетотерапии и медикаментозного лечения для метафилактики рецидивов МКБ и профилактики камнеобразования на ранней стадии ее развития.

Материал и методы исследования. Проведение метафилактики и профилактики камнеобразования проводили у 120 послеоперационных больных и 108 больных с ранней стадией МКБ, оценку эффективности судили по результатам хромато-масс-спектрометрического определения литогенных веществ в моче и минеральном



стве камня, содержания и активности в моче гидролитических ферментов, условий формирования матрицы камня в динамике.

Результаты исследования и их обсуждение. Профилактика камнеобразования у больного в ранней стадии МКБ болезни зависит в первую очередь, от ее ранней диагностики, состава литогенных веществ и нарушений обмена веществ. Результаты изучения фактического питания больных МКБ, хромато-масс-спектрометрического определения литогенных веществ в моче и минеральном составе камня, содержания и активности в моче гидролитических ферментов, условий формирования матрицы камня нами опубликованы (3,4), что позволило в данном сообщении остановиться на рекомендациях диетотерапии и медикаментозного лечения при проведении метафилактики рецидивов и профилактики камнеобразования на ранних стадиях заболевания МКБ

Проведение метафилактики требует строгого диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов. Для ее проведения предложена схема рекомендаций по коррекции метаболических нарушений в виде алгоритма, который включает индивидуальное послеоперационное амбулаторное динамическое наблюдение и лечение больного МКБ, в том числе и диетотерапию, преследующие цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, рецидива камнеобразования, подбора и проведения литокинетической и литолитической терапии на фоне воспалительного процесса в почке.

Метафилактика кальций-оксалатного литиаза была направлена на уменьшение экскреции почками кальция и оксалатов, что достигалось с помощью соответствующей диеты с преобладанием в пище клетчатки, ограничением животных жиров и рафинированных углеводов, продуктов богатых кальцием и оксалатами. Повышение диуреза достигалось водным режимом, растительными мочегонными и тиазидами.

Метафилактика кальций-фосфатного литиаза требовала диету с ограничением употребления молока, сыра, рыбных продуктов. Суточный прием жидкости не менее 2-2,5 литров. Лекарственные препараты - мочегонные, противовоспалительные и камнеизгоняющие средства.

Наиболее сложно было проведение метафи-

лактики мочекислрой формы МКБ, которая требовала коррекцию pH мочи, диета больных основывалась на ограничении молочных продуктов, жареного и копченого мяса, мясных бульонов, субпродуктов, бобовых, кофе, шоколада, алкоголя, исключении острых блюд, с употреблением большого количества жидкости и приема лекарственных препаратов для ощелачивания мочи.

Учитывая первичный характер жалоб, неотягощенный урологический анамнез, отсутствие значимых изменений в клинико-лабораторных показателях, указывающих на отсутствие сопутствующего воспалительного процесса, у больных с МКБ достаточно было проведение комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение продолжения камнеобразования, в частности предлагалась соответствующая диета направленная на снижение аномальной экскреции метаболитов с мочой. При этом количество принимаемой жидкости увеличивали до 2-2,5 л.

Оценивая динамику колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей в группе больных с кальций-оксалатной формой МКБ в ответ на проводимые медико-профилактические мероприятия в течение последующих 3 лет, выявлена ежегодная тенденция к снижению уровня щавелевой кислоты в диапазонах от 4,82 до 3,25 ммоль/сут ($p < 0,05$). Не было отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания мочевой и фосфорной кислот. Размеры агрегатов уменьшились до 7,8 - 11,6 мкм, при исходных 14,6 - 19,1 мкм. Несмотря на аккуратное исполнение, лечебно-профилактических рекомендаций в течение диспансерного наблюдения, повторное обращение в стационар потребовалось 5,2 % пациентам.

У больных с кальций-фосфатной формой МКБ выявлена тенденция к снижению уровня фосфорной кислоты в диапазонах от 8,78 до 6,58 ммоль/сут ($p < 0,05$). Не отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания мочевой и щавелевой кислот. Размеры агрегатов уменьшились до 4,8-7,6 мкм при исходных значениях 8,3-11,2. Повторное обращение в стационар с приступом почечной колики зарегистрировано у 12,5% пациентов.

В группе больных с мочекислрой формой МКБ отмечена аналогичная тенденция в динамике



колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей. Суммарное снижение уровня мочевой кислоты у обследуемых больных по итогам 4 лет составило 2,18 ммоль/сут, и колебалось в диапазоне 5,70 - 3,52 ммоль/сут ($p < 0,05$). При этом не отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания фосфорной и щавелевой кислот. Отмечено прогрессивное снижение скорости и времени максимальной агрегации и размеров агрегатов. Последние по итогам лечения колебались в пределах нормальных диапазонов - от 0,98 до 1,68 мкм. В течение исследуемого промежутка времени, повторное обращение в стационар потребовалось 7,9% пациентам.

Наименее эффективной по оценке колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей (уровня литогенных веществ и гидролитических ферментов) была группа больных со "смешанными" формами МКБ - с выраженными клиническими проявлениями, крайне высоким уровнем содержания в моче литогенных веществ (концентрация щавелевой кислоты - $7,59 \pm 0,68$ ммоль/сут, мочевой - $6,26 \pm 0,57$ ммоль/сут и фосфорной - $8,11 \pm 0,76$ ммоль/сут). Повторное обращение в стационар потребовалось 37,6% пациентам.

Таким образом, использование предлагаемых рекомендаций по диетотерапии и медикаментозному лечению в профилактике камнеобразования позволяет существенно снизить частоту обращений больных с тяжелыми формами МКБ в стационар.

Литература:

1. Дзсранов Н. К. Мочекаменная болезнь (клинические рекомендации) / Дзсранов Н. К., Лопаткин Н. А. - М: Оверлей, 2007. - 296 с.
2. Биогсохимические и экологические факторы и уровень заболеваемости мочекаменной болезни / Нусратуллоев И.Н. [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана.- 2008.- № 3.- С. 14-20
3. Нусратуллоева М.И. Изучение особенностей камнеобразования у больных мочекаменной болезнью в Таджикистане / Нусратуллоева М.И., Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н. // Вопросы питания и регуляции гомеостаза, выпуск 9.- Душанбе, Адиб.- 2008.- С.248-253.
4. Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н., Нусратуллоева М.И. Влияние особенностей питания на развитие мочекаменной болззни у населения в Таджикистане / Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н., Нусратуллоева М.И. // Здоровье и болезнь.-2009.-№2 (78), спецвыпуск.-Алматы.-С.152-154.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "БАЙТАЧ" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ

З. Аминов, И.Н.Нусратуллоев (научный руководитель)

Республиканский клинический центр "Урология" МЗ РТ г.Душанбе, Республика Таджикистан)

Резюме. Проведенные исследования по применению лекарственного препарата "Байтач" при консервативном лечении показали, что он является эффективным средством для ускорения процесса отхождения фрагментов разрушенного камня из верхних мочевыводящих путей и мелких камней почки и мочеточника после проведения дистанционной литотрипсии и его можно рекомендовать при консервативном лечении.

Ключевые слова. Байтач, мочекаменная болезнь, воспалительный процесс, фрагменты камней, консервативное лечение

Введение. Проблема консервативного лечения мочекаменной болезни остается актуальной, несмотря на повсеместное внедрение малоинвазивных методов удаления камней. Консервативная терапия МКБ, основанная на обезболивающем, спазмолитическом, диуретическом эффектах и лекарственном растворении уратных и уратно-оксалатных мочевых камней,

повышают эффективность лечения больных нефролитиазом особенно после проведенных сеансов ДЛТ. Наряду с ранее широко применяемыми препаратами для консервативного лечения МКБ появились новые препараты, в том числе "Байтач".

Цель данной работы. Определение целесообразности показаний к назначению препара-