

2. Kinn A. C., Larsson S., Nelson E., Jakobson H. // *European Urology*. — 2000. — Vol. 37, N 3. — P. 334–338.
3. Podrigeus. A. // *Ibid.* — 2003. — Vol. 44. — P. 241–249.
4. Shoheir A. S. // *Ibid.* — 2001. — Vol. 39, N 3. — P. 241–249.
5. Zelyak N. V. // *Urology*. — 2003. — Vol. 12, N 3. — P. 103–104.

PRESCRIPTION OF PROSTAGLANDIN INHIBITOR DICLOBERL
FOR PATIENTS WITH RENAL COLIC

M. I. Ukhal, D. A. Melenewsky (Odessa)

75 patients have been given prostaglandin inhibitor dicloberl in a complex therapy. Comparative analysis of traditionally treated patients with renal stones and with dicloberl in a complex therapy is presented in the article. The combination of dicloberl with tramadol was found to be more effective drug treatment for patients with renal colic. This treatment has to be applied for patients with renal stones up to 6 mm. It is an effective pharmacotherapy for excreting renal stones.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 616.12-008.331:1.616.9-84/-22/

Надійшла 25.11.97

В. Е. КАРДАШ, Ц. В. ЯСИНСЬКИЙ, Г. Я. КАРДАШ (Чернівці)

СИСТЕМА МАСОВОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ, ЩО ВРАХОВУЄ БІОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО- КУЛЬТУРНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ, СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(зав. — проф. Ц. В. Ясинський) Буковинської медичної академії

У ХХ ст. проблема серцево-судинних захворювань привертає і дедалі більшу увагу дослідників у зв'язку з їх значним поширенням та основною причиною інвалідизації й смертності населення. Це зумовлює необхідність поєднання зусиль науки і практики щодо створення ефективних систем відповідного медичного забезпечення і дослідницьких програм. При цьому можливі профілактичні заходи повинні ґрунтуватись не стільки на загальних закономірностях виникнення і перебігу ряду серцево-судинних захворювань, скільки на обліку специфічних особливостей серед окремої популяції.

З урахуванням результатів комплексного дослідження диспансерної методики і профілактичних оглядів розроблена система прогнозування ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в сільській місцевості.

Найбільш впливовими щодо розвитку ГХ виявились такі фактори біологічного та соціально-культурного характеру, як професійне нервово-психічне напруження, стійке порушення сну, статеві та вікові особливості, зловживання спиртними напоями, сімейно-спадкова агрегація серцево-судинних захворювань, постійна конфліктність в сім'ї та колективі, нераціональний відпочинок, надлишкова маса тіла, невикористання засобів фізичної культури в режимі праці та відпочинку, низька медична активність населення, що значно проявляється в умовах сезонного напруження сільськогосподарських робіт та в кліматичних умовах весняно-літнього періоду.

Методом випадкової вибірки хворих на ГХ з ознаками ускладнень і без них розподілено на основну й контрольну групи. Хворі ГХ без ознак гострих ускладнень становили групу А, хворі на ГХ з ознаками гострих ускладнень — групу Б.

Після аналізу ознак було виділено для розробки програми прогнозування 69 факторів. В розробку включено тільки ознаки з корелятивним взаємозв'яз-

ком менше 0,5 коефіцієнта кореляції. У подальшому на основі методу лінійних дискримінантних функцій розраховані дискримінантні індекси.

На основі встановлених закономірностей розроблено і апробовано комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на вдосконалення профілактики ГХ та її ускладнень. Методика розроблена на основі дискримінантного аналізу.

Індивідуальний ризик гострих ускладнень при ГХ визначається за наявності у хворого ознак, перерахованих в робочій карті шляхом знаходження та ділення на 100 алгебраїчної суми прогностичних коефіцієнтів (ПК). Можливі три прогностичні групи: група сприятливого прогнозу (сума ПК < 36,1); група несприятливого прогнозу (значення суми ПК > 49,2); група, що потребує додаткового обстеження (значення суми знаходиться в діапазоні від 36,1 до 49,2).

Наприклад, хвора Д. віком 49 років, різноробоча, праця фізична з високим ступенем фізичного напруження; хвора конфліктна, запальна, образлива; харчування регулярне, надає перевагу пересоленій їжі, спиртні напої вживає рідко, не палить; відпочинок проводить нерационально, квартирні умови задовільні, страждає на безсоння, артеріальний тиск помірно підвищений. В анамнезі — біль в скронях та потиличній ділянці, який підсилюється при нарузі.

Мати померла від інсульту. В минулому лікувалася з приводу судинного кризу, в стаціонарі; маса тіла в межах норми. Гіпертонічна хвороба II стадії. Диспансерне спостереження нерегулярне.

Ризик гострих ускладнень гіпертонічної хвороби у даної хворої становить: $(726+516+50+21+92+138+184+10+192+262+113+192+41+1059+192+426+146+219+416+1230+175+690+426):100=7516:100=75,2$.

Таким чином, ризик гострих ускладнень ГХ у даної хворої майже в 3 рази перевищує середній. Тому хвору слід включити до групи несприятливого прогнозу. Лікар, розрахувавши суму прогностичних коефіцієнтів, повинен визначити групу ризику, відмітити її в медичній карті амбулаторного хворого або історії хвороби і відповідно призначити план лікувально-оздоровчих заходів.

Робоча карта прогнозування ускладнень гіпертонічної хвороби

| Ознака | Порядковий номер фактора | Назва інформативних ознак | Прогностичний коефіцієнт |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Стать | 1 | Чоловіча | 363 |
| | 2 | Жіноча | 726 |
| Вік | 3 | До 20 років | 172 |
| | 4 | 20-39 | 344 |
| | 5 | 40-49 | 516 |
| | 6 | 50 і старше | 688 |
| Характер і особливості праці | 7 | Переважно фізичний | 50 |
| | 8 | Переважно розумовий | 100 |
| Ступінь фізичної напруги | 9 | Низький | 7 |
| | 10 | Середній | 14 |
| | 11 | Високий | 21 |
| Ступінь нервово-психічного напруження | 12 | Низький | 353 |
| | 13 | Середній | 706 |
| | 14 | Високий | 1059 |
| Характер взаємовідношень в сім'ї та колективі | 15 | Стриманий | 46 |
| | 16 | Конфліктний | 92 |
| | 17 | Загальний | 138 |
| | 18 | Образливий | 184 |
| Харчування | 19 | Регулярне | 10 |
| | 20 | Нерегулярне | 20 |
| Які продукти переважають в харчовому раціоні | 21 | Молочні | 48 |
| | 22 | Рослинні | 96 |
| | 23 | М'ясні | 144 |
| | 24 | Вживає багато солі | 192 |
| Паління | 25 | Не палить | 113 |
| | 26 | Помірно палить | 226 |
| | 27 | Багато палить | 339 |
| Вживання спиртних напоїв | 28 | Не вживає | 131 |
| | 29 | Рідко | 262 |
| | 30 | Помірно | 393 |
| | 31 | Зловживає | 524 |

Закінчення таблиці

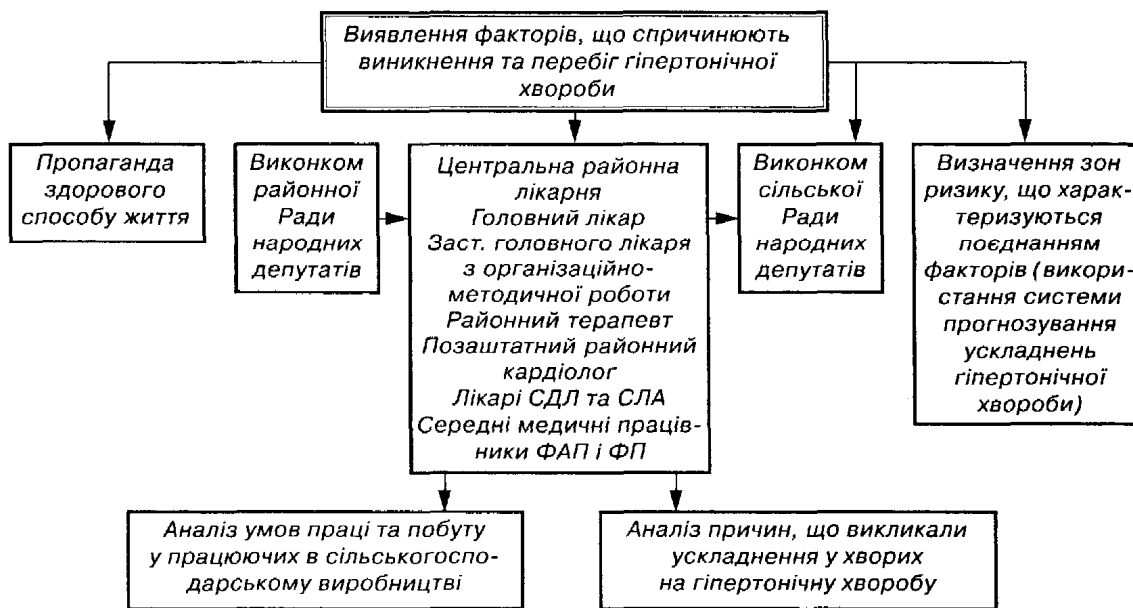
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|----|--|------|
| Фізична активність | 32 | Спорт | 40 |
| | 33 | Фіззарядка | 80 |
| | 34 | Щоденні прогулянки | 120 |
| | 35 | Сидячий спосіб життя | 160 |
| Щотижневий і щоденний відпочинок | 36 | Відпочиває | 48 |
| | 37 | Відпочинок поєднує з роботою | 96 |
| | 38 | Завжди працює | 144 |
| | 39 | Відпочинок проводить нерационально | 192 |
| Квартирні умови | 40 | Добрі | 41 |
| | 41 | Незадовільні | 82 |
| Наявність серцево-судинних захворювань у родичів | 42 | Немає | 138 |
| | 43 | По лінії батька | 276 |
| | 44 | По лінії матері | 416 |
| Сон | 45 | Регулярний | 353 |
| | 46 | Нерегулярний | 706 |
| | 47 | Страждає на безсоння | 1059 |
| | 48 | Немає | 64 |
| Супутні захворювання | 49 | Аритмія | 128 |
| | 50 | Стенокарція | 192 |
| | 51 | Цукровий діабет | 256 |
| | 52 | В нормі | 142 |
| Артеріальний тиск | 53 | Знижений | 284 |
| | 54 | Помірно підвищений | 426 |
| | 55 | Різко підвищений | 568 |
| | 56 | Не було | 410 |
| Судинні пароксизми та кризи | 57 | Рідкі | 820 |
| | 58 | Часті | 1230 |
| | 59 | I | 349 |
| | 60 | II | 690 |
| Стадії гіпертонічної хвороби | 61 | III | 1035 |
| | 62 | Відсутній | 73 |
| | 63 | З'являється у скронях та тім'яній ділянці наприкінці робочого дня | 146 |
| Головний біль | 64 | З'являється зранку в потиличній ділянці і підсилюється при напруженні | 219 |
| | 65 | Розлитий, підсилюється при горизонтальному положенні, з'являється вранці | 292 |
| | 66 | В межах норми | 175 |
| Маса тіла | 67 | Надлишкова | 350 |
| | 68 | Регулярний | 213 |
| Диспансерний нагляд | 69 | Нерегулярний | 426 |

Особливе значення щодо подальшого вдосконалення системи заходів, спрямованих на боротьбу з ГХ, мають організаційні методи, які забезпечували раннє виявлення цього захворювання та його ускладнень з урахуванням факторів ризику.

З позицій прийняття рішень та вибору керуючого впливу на фактори їх можна розподілити на дві великі групи: керовані (контрольовані) та некеровані (неконтрольовані). Керовані фактори, в свою чергу, можна розподілити на залежні від органів влади, сільських спілок, агрофірм, закладів та організацій, від населення й органів та установ охорони здоров'я. Модель таких заходів наведена на смехі.

Здійснений спостережний комплекс та складові його одномоментного, проспективного і ретроспективного дослідження в умовах організаційного медичного експерименту дозволили розробити систему масової профілактики та лікування ГХ. Вона включає облік ризик-факторів біологічного та соціально-культурного характеру запобігання розвитку ГХ та її ускладненням. Її можна застосувати серед різних контингентів працюючих у сільськогосподарському виробництві. Ця система відрізняється високою адаптацією до реальних мож-

Схема масової профілактики гіпертонічної хвороби та її ускладнень, біологічних та соціально-культурних ризик-факторів, що включає облік серед сільського населення



ливостей практики охорони здоров'я, а також соціально-медичною ефективністю, що полягає у зниженні захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідності та смертності.

С п и с о к л і т е р а т у р и

1. Ботнар В. И., Сокурка Т. М., Мартынюк К. И. и др. // Терапевт. арх. — 1989. — Т. 61, № 1. — С. 13–15.
2. Ботнар В. И., Мартынюк К. И. // Там же. — 1992. — Т. 64, № 1. — С. 19–21.
3. Брисков А. Н. // Кардиология. — 1996. — № 8. — С. 86–94.
4. Горбась И. М. // Гипертоическая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность. — К., 1990. — Вып. 22. — С. 118–122.
5. Жюгжда А. Ю., Стяпюкене М. А., Пяткявичене Р. И., Бацювичюс Е. В. // Терапев. арх. — 1992. — Т. 64, № 1. — С. 6–10.
6. Коломиец В. В. // Укр. кардіол. журнал. — 1996. — № 1. — С. 75–79.
7. Лещенко И. А., Писаренко З. Ф. // Лік. справа. Врачеб. дело. — 1996. — № 5–6. — С. 157–158.
8. Розанов В. Б., Александров А. А., Белокозь Н. А. и др. // Генетика. — 1990. — Т. 26, № 10. — С. 1847–1851.

СИСТЕМА МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В. Э. Кардаш, Ц. В. Ясинский, Г. Я. Кардаш (Черновцы)

Авторами разработана система массовой профилактики и лечения гипертонической болезни (ГБ), которая включает учёт факторов риска биологического и социально-культурного характера по предупреждению развития ГБ и её осложнений. Система отличается высокой адаптацией к возможностям практики охраны здоровья, а также социально-медицинской эффективностью, заключающейся в снижении заболеваемости с временной потерей трудоспособности, инвалидности и смертности.

SYSTEM OF MASS PROPHYLAXIS OF ESSENTIAL HYPERTENSION DISEASE AND ITS COMPLICATIONS, CONSIDERING BIOLOGICAL AND SOCIO-CULTURAL RISK FACTORS AMONG RURAL POPULATION

V. E. Kardash, I. V. Yasinskiy, G. Ya. Kardash (Chernovchi)

The authors developed system of mass prophylaxis of essential hypertension disease and its complications. It considers biological and socio-cultural risk factors of essential hypertension disease and its complications. This system is of particular interest by its realistic approach to real situation in health care and its efficiency resulted in decreasing the temporary disability, disablement and death rate caused by the disease.