

коксартроза и остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Сб. трудов. Дегенеративно – дистрофические поражения крупных суставов.– Киев, 1985.– С.26 – 29. 4. *Твардовская С.П., Секер Т.М.* Лечение некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата препаратами Zeel T и Traumeel S. // Биол. терапия.– 2000.– №1.– С.32 – 34. 5. *Хвилюк О.М.* Hip-spine синдром: комплексний підхід до сумісної патології поперекового відділу хребта та кульшового суглоба // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здравоохоронення. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского.– 1999.– С.125–126. 6. *Хвилюк О.М.* Кульшово – поперековий синдром (патогенез, діагностика, принципи лікування): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.21/ Інстит. патології хребта та суглобів.– Харків, 2002.– 36с.

## CLINICAL SIGNS OF NEURODYSTROPHIC MANIFESTATIONS OF OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR PORTION IN ORTHOPEDIC PRACTICE AND PRINCIPLES OF THEIR TREATMENT

*S.P. Tvardovska, I.V. Roi, T.M. Seker*

**Abstract.** On the basis of a clinico-roengenologic examination and multimodality treatment of 248 patients with exacerbations of lumbar osteochondrosis specific signs of neuroorthopedic manifestations of the disease have been detected and new principles of their treatment have been recommended. Special attention of general practitioners should be turned to the necessity of assessing the gait, the condition of the spine and lower extremities and the presence of the vertebrogenic reflex syndromes, while examining patients with complaints of pain in the coxo-femoral and knee joints.

**Key words:** spine lumbar osteochondrosis, neuroosteoarthritis, coxo-femoral joint, knee joint.

Institute of Traumatology and Orthopedics of Ukraine's AMS (Kyiv)

*Buk. Med. Herald.– 2003.– Vol.7, №3.– P.80–87.*

*Надійшла до редакції 20.04.2003 року*

УДК 616.61-002-08-084.3

*Т.Л. Томусяк, О.С. Федорук, С.Г. Федорук*

## ОСОБЛИВОСТІ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОТИЧНУ ТРАНСФОРМАЦІЮ НИРКИ

Кафедра анестезіології, реанімації та урології (зав. – проф. В.М. Коновчук)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** За результатами дослідження 28 хворих на гідронефротичну трансформацію нирки різних вікових груп (19-45 років) встановлено, що активне виявлення пацієнтів із даною патологією в I і II стадіях і планує їх оздоровлення скорочують строки лікування, зменшують кількість післяопераційних ускладнень, покращують функціональні результати операції, відновлюють працездатність хворих.

**Ключові слова:** гідронефротична трансформація нирки, диспансеризація, реабілітація, працездатність.

**Вступ.** Диспансеризація, як відомо, передбачає постійне спостереження за здоровими особами і хворими з метою своєчасного запобігання і виявлення хвороби або лікування її ранніх стадій. Особливої уваги заслуговують хворі на гідронефротичну трансформацію нирки, які в структурі урологічних захворювань займають 10-те місце [1, 4-7]. Інтерес клініцистів до цієї патології пояснюється ще і тим, що вона трапляється, в основному, в осіб молодого працездатного віку і у 25% випадків спостерігається двобічне ураження або має місце споріднення з урологічними захворюваннями контрлатеральної нирки [2, 3, 8-12].

**Мета дослідження.** Визначити показники своєчасного виявлення (до виникнення ускладнень) і направлення хворих на гідронефротичну трансформацію нирки на операцію.

© Т.Л. Томусяк, О.С. Федорук, С.Г. Федорук, 2003

**Матеріал і методи.** Обстежені розподілені на 4 групи. До 1-ї групи увійшли хворі на гідронефротичну трансформацію нирки I стадії, у яких захворювання проявлялося тільки порушенням уродинаміки (9 осіб). Оперативне і медикаментозне лікування хворим цієї групи не показано. До 2-ї групи віднесли хворих на односторонню гідронефротичну трансформацію, які перенесли пластичну операцію (13 осіб). До 3-ї групи – хворих на односторонню гідронефротичну трансформацію із урологічною патологією у контралатеральній нирці (3 особи), та до 4 групи – хворих на гідронефротичну трансформацію єдиної нирки (3 особи).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основний метод лікування гідронефротичної трансформації нирки – оперативний. Однак у I стадії ми дотримувались очікувальної тактики, оскільки в цей період захворювання має сприятливий перебіг, протягом тривалого часу (2–5 років і більше) функції нирки залишаються в межах норми, сеча, не інфікована, працездатність хворих не порушена. Тим не менш, всі пацієнти гідронефрозом I стадії підлягали диспансеризації за сприятливого перебігу хвороби і 1–2 рази на рік клінічно обстежувалися в амбулаторних умовах.

Пацієнти з односторонньою гідронефротичною трансформацією нирки, які перенесли операцію, за сприятливого перебігу післяопераційного періоду підлягали контрольованому обстеженню: у перші півроку – 1 раз в місяць, у подальшому – 1–2 рази в рік. У перші 6 міс. після операції обстеження пацієнтів передбачало вивчення скарг, огляд хворого, проведення лабораторних аналізів крові та сечі. У цей період хворих нерідко турбував постійний ниючий біль у поперековій ділянці, який зумовлений хронічним пієлонефритом і гемодинамічними розладами в нирці.

Хворі на односторонню гідронефротичну трансформацію нирки, у яких мало місце те чи інше захворювання в контралатеральній нирці, потребували постійного спостереження, оскільки в них нерідко з'являлись ознаки ниркової недостатності. При встановленні діагнозу пацієнтів негайно направляли на операцію, яка завершувалась відновленням пасажу сечі з обох боків (2 хворих), або видаленням однієї з нирок (1 хворий). Після виписки зі стаціонару хворі перебували на активному диспансерному спостереженні. Окрім аналізів сечі (клінічних і бактеріологічних) у даного контингенту хворих визначали вміст креатиніну та сечовини в плазмі крові, проводились кліренс-тести або радіонуклідні дослідження.

Гідронефротична трансформація єдиної функціонуючої нирки була уродженою в 1 хворого і набутою у 2 хворих. Такі пацієнти підлягали обов'язковому стаціонарному обстеженню, при якому встановлювали причини змін у нефункционуючій нирці.

Диспансерне спостереження зводилося до періодичного дослідження сечі, визначення креатиніну в плазмі крові, хворим також проводили кліренс-тести, призначали відповідну дієту. Зниження функції нирки, підсилення болю, загострення пієлонефриту, виникнення або посилення проявів хронічної ниркової недостатності були показаннями для стаціонарного обстеження й оперативного лікування.

Антибактеріальна терапія в період диспансерного спостереження була продовженням післяопераційного лікування. Вона проводилася курсами і чергувалась призначенням сечогінних і дезінтоксикаційних препаратів. При активізації запального процесу в нирці хворих госпіталізували та проводили курс інтенсивної антибіотикотерапії.

Реабілітація за даної патології має важливе значення, оскільки операцію в більшості випадків проводили з приводу ускладненої гідронефротичної трансформації. Тому не можна було розраховувати, що за 2–4 тижні, протягом яких хворі перебувають у стаціонарі й на амбулаторному спостереженні, вони повністю виліковуються від хвороби. За цей період часу в них тільки загоюється післяопераційна рана, відновлюється пасаж сечі по верхніх сечових шляхах. Як правило, залишкові явища пієлонефриту негативно впливають на відновлення функції нирок, тому необхідно постійне амбулаторне лікування протягом значного періоду часу.

У реабілітаційному лікуванні хворих на гідронефротичну трансформацію нирки важливе місце відводилося зміцненню здоров'я пацієнтів. Спочатку рекомендували масаж і фізіотерапевтичні процедури, у подальшому – дозовані фізичні вправи і ходьбу. Після операції, особливо в осіб з єдиною ниркою, не рекомендували обмежувати вживання рідини, оскільки розведення концентрованої сечі запобігає каменеутворенню.

При вирішенні питання про працездатність осіб, які перенесли операцію, виникла необхідність розподілити їх на три групи: 1 група – пацієнти, які могли працювати на попередньому місці, 2 група – пацієнти, які могли працювати на попередньому місці, але з обмеженням фізичних навантажень, і 3 група – особи, яким необхідно змінити роботу.

1-шу групу склали 10 пацієнтів, у яких були відсутні будь-які клінічні прояви зі сторони оперованої нирки, не було змін в аналізах сечі; у 2-гу групу увійшли пацієнти (11 осіб) зі скаргами на періодично помірний біль у поперековій ділянці, який посилювався при тривалій ходьбі, фізичному навантаженні; і 3-тю групу склали 7 чоловік, у яких було несприятливе споріднення виражених функціональних змін в оперованій нирці, пов'язаних із значними фізичними напруженнями.

Тимчасова непрацездатність охоплювала період від госпіталізації до виписки із стаціонару після операції. Тривалість цього періоду залежала від стадії гідронефротичної трансформації, наявності патології в іншій нирці, післяопераційних ускладнень. У середньому, тимчасова непрацездатність продовжувалась від 40 до 75 днів.

Значно швидше відновлювалась працездатність (через 25–40 днів) у хворих на гідронефроз II стадії, у яких була радикально відновлена прохідність мисково-сечовідного сегмента.

Водночас у хворих на гідронефротичну трансформацію нирки III стадії після операції довший час зберігався хронічний пієлонефрит, який в окремих випадках (3 хворих) загострювався і був причиною повторних госпіталізацій для проведення курсу антибактеріальної терапії. У даній категорії пацієнтів періоди працездатності чергувалися з періодами тимчасової непрацездатності. У таких випадках вони могли виконувати лише легку фізичну працю в сухих і теплих приміщеннях.

Отже, соціально-профілактичні заходи щодо диспансеризації прооперованих необхідно конкретизувати залежно від стану здоров'я, працездатності і характеру трудової діяльності в комплексі з лікувально-оздоровчими заходами повинні знаходитися в центрі уваги лікарів.

**Висновки.** 1. Своєчасна діагностика гідронефротичної трансформації нирки і виконання радикальних операцій у ранніх стадіях хвороби не тільки виліковує, але і значно знижує інвалідизацію хворих.

2. Хворі на гідронефротичну трансформацію нирки після проведеного оперативного лікування підлягають тривалому диспансерному спостереженню.

3. Строки диспансерного спостереження за хворими після операції доцільно планувати індивідуально з урахуванням ступеня негативного порушення уродинаміки сечових шляхів і загального стану пацієнта.

4. Працездатність при гідронефротичній трансформації нирки повинна визначатись індивідуально в кожного хворого з урахуванням загального стану здоров'я, функції нирок і фаху пацієнта.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективною є подальша розробка нових та удосконалення існуючих методів оперативного лікування гідронефротичної трансформації нирки в ранніх стадіях хвороби для запобігання виникнення незворотних змін у нирках та покращення ефективності лікування.

**Література.** 1. *Возианов А.Ф., Павлова Л.А., Сайдакова Н.А.* Особенности организационных форм диспансеризации в урологии. – Київ, 1990. – Вип. 24. – С.3–7. 2. *Джавад-Заде М.Д., Гусейнов Е.Я.* Отдаленные результаты пластических операций при гидронефрозе у детей // Урол. и нефрол. – 1998. – №3. – С.15–17. 3. *Дмитряков В.А.* Способ лечения гидронефроза в поздней стадии у детей // Клин. хирургия. – 1993. – №6. – С.36–38. 4. *Доровских В.А., Фигурков В.А.* Из опыта работы медицинского института по всеобщей диспансеризации // Сов. здравоохр. – 1990. – №8. – С.65–67. 5. *Карпенко В.С.* Гидронефроз. – К.: Здоров'я, 1991. – 236 с. 6. *Кошечкин Т.В.* О двух подходах к проблеме диспансеризации больных // Здравоохр. Рос. Федерации. – 1996. – №2. – С.32–34. 7. *Попова Т.Б., Зеруалов В.Л.* Периодические медицинские осмотры рабочих в условиях ежегодной диспансеризации населения // Медиц. труда и проф. заболевания. – 1997. – №1. – С.7–11. 8. *Пугачов А.Т., Кудрявцев Ю.Л., Ларионов И.Н.* Гидронефроз у детей // Урол. и нефрол. – 1995. – №5. – С.2–4. 9. *Пугачов А.Т., Кудрявцев И.Н., Чумаков А.М.* Выбор вида операции при гидронефрозе у детей // Урол. и нефрол. – 1996. – №3. – С.3–5. 10. *Ческис А.Л., Виноградов В.И., Леонов Л.В.* Хирургическая коррекция гидронефроза у детей // Урол. и нефрол. – 1996. – №6. – С.3–7. 11. *Ческис А.Л., Виноградов В.И., Леонов Л.В.* Реконструктивные операции при гидронефрозе подковоподобной почки у детей // Урол. и нефрол. – 1999. – №2. – С.11–14. 12. *Ческис А.Л., Виноградов В.И.* Принцип оперативной коррекции врожденных пороков развития лоханочно-мочеточникового сегмента у детей // Урол. и нефрол. – 2000. – №2. – С.34–38.

## SPECIFIC FEATURES OF MASS HEALTH EXAMINATION, REHABILITATION, WORKING ABILITY OF PATIENTS SUFFERING FROM RENAL HYDRONEPHROTIC TRANSFORMATION

*T.L. Tomusiak, O.S. Fedoruk, S.G. Fedoruk*

**Abstract.** The authors have established according to the results of studying 28 patients with hydronephrotic transformation of the kidney of different age groups (19-45 years) that active case

finding with the given pathology at the first and second stages and their planned health improvement reduce the terms of treatment, decrease the number of postoperative complications, improve the functional results of an operation, restore the working capacity of patients.

**Key words:** renal hydronephrotic transformation, mass health examination, rehabilitation, working ability.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Buk. Med. Herald.* – 2003. – Vol. 7, №3. – P.87–90.

*Надійшла до редакції 22.05.2003 року*

---