

STUDYING QUESTIONS OF SOCIO-MEDICAL PROPHYLAXIS IN THE EDUCATIONAL PROCESS

V.L. Tarallo, V.I. Ushakov

Abstract. The article deals with trends of improving the teaching of prophylactic issues in the field of social medicine and health service organization while training low-grade medical workers.

Key words: prophylaxis, health of communities, social medicine.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 12.09.2001 року

УДК 616.61-007.41-084.3.-008

Т.Л. Томусяк, О.С. Федорук

ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ТА СВОЄЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЧНО РУХОМОЮ НИРКОЮ

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

Резюме. На підставі комплексного обстеження 500 пацієнтів з патологічно рухомою ниркою одержані дані про те, що це захворювання трапляється в осіб молодого і середнього віку (20-50 років), характеризується несприятливим розвитком, ускладненнями з втратою працездатності. Основним завданням диспансеризації хворих з вказаною патологією є виявлення групи ризику захворювання, формування груп пацієнтів, які підлягають консервативному або оперативному лікуванню. Консервативне лікування хворих із патологічно рухомою ниркою повищо проводиться на початку розвитку захворювання, а оперативне - при ускладнених його формах. Після виписки зі стаціонару хворі повинні знаходитися на диспансерному обліку протягом 1-2 років з обов'язковим проведенням лікувально-профілактичних, соціальних і професійних заходів. Показанням до зняття з диспансерного обліку пацієнтів є відсутність клінічних і лабораторно-рентгенологічних даних про наявність захворювання.

Ключові слова: диспансеризація, патологічно рухома нирка, лікування, лікувально-оздоровчі заходи.

Вступ. Диспансеризація в наші дні, незважаючи на економічні, соціально-медичні і правові негаразди, повинна набути стрункої системи динамічного спостереження за станом здоров'я населення, стати одним із важливих методів роботи лікувально-профілактичних закладів різного типу й лікарів різного фаху, передбачати проведення періодичних контрольних оглядів як практично здорових осіб, так і пацієнтів з тривалим перебігом захворювання [1,3-5]. Диспансерний метод повинен виводити практичну охорону здоров'я на принципово новий рівень надання медичної допомоги хворим - профілактичний напрямок.

У зв'язку з цим серед урологічних хворих, які підлягають диспансеризації, привертають увагу пацієнти з патологією рухомої нирки [2,6,10-12]. Це пояснюється порівняно високою (від 0,07 до 10,6%) частотою захворювання, його поширеністю серед осіб працездатного віку (20-50 років), несприятливим прогнозом при прогресуванні й розвитком цілої низки ускладнень (близько 20% хворих втрачають працездатність) та необхідністю тривалого комплексного проведення лікувально-оздоровчих заходів [1-4,9-12].

Мета дослідження. Виявити групи ризику захворювання патологічно рухомою ниркою; сформувати групи хворих, які підлягають консервативному або оперативному лікуванню.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 500 хворих із патологічно рухомою ниркою з різними термінами захворювання - від 6 місяців до 8-10 років. Спостереження проводили в урологічних відділеннях обласної та міської лікарень. Вік хворих

від 18 до 65 років. Всім пацієнтам проведено клініко-лабораторне, рентгенологічне та ультразвукове обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. Надбаний нами досвід виявлення хворих із патологічно рухомою ниркою показав, що, як правило, вказане захворювання найчастіше трапляється в осіб із низьким рівнем фізичного розвитку, астеничною будовою тіла, у жінок з менструальними розладами, а також у тих пацієнток, які нехтують гігієнічними вимогами під час вагітності й після пологів. Вказані контингенти пацієнтів були віднесені до групи високого ризику виникнення патологічно рухомої нирки, а тому поряд з періодичними профілактичними оглядами їм проводили профілактичні заходи, які запобігали виникненню захворювання і його прогресуванню (правильне фізичне виховання дітей і підлітків, дотримання правил гігієни праці й відпочинку дорослих, гартування і зміцнення фізичного стану організму протягом всього життя, збереження правильного режиму під час вагітності й після пологів).

Пальпація нирок у трьох положеннях є цінним методом попередньої діагностики патологічно рухомої нирки, особливо якщо вона поєднувалася з вимірами артеріального тиску в горизонтальному й у вертикальному положенні, в тому числі після навантаження стрибками.

У горизонтальному положенні у хворих патологічно рухомою ниркою (22 %) виявилась як норма- і гіпотензія, так і виражена артеріальна гіпертензія. Але найбільш суттєвим є те, що перехід тіла з горизонтального у вертикальне положення, а також фізичне навантаження у 76% пацієнтів визначалось підвищенням на 2 кПа систолічного артеріального тиску протягом 5 хв і більше, що можна віднести до характерних ознак захворювання.

Поряд з рентгенологічними методами дослідження застосування ехографії дозволяло швидко здійснити диференційну діагностику між патологічно рухомою ниркою та іншими захворюваннями, а ниркова артеріографія в ряді випадків давала можливість з'ясувати патогенез гіпертензії.

Результати досліджень пресорно-депресорної функції нирок показали, що на початку захворювання патологічно рухома нирка характеризується активізацією депресорних систем, які забезпечують авторегуляцію артеріальної норма- або навіть гіпертензії. При прогресуванні захворювання, внаслідок постійного травмування судин ниркової ніжки, в них розвиваються органічні зміни, які призводять до хронічної ішемії органа, поступового виснаження депресорних систем і розвитку транзиторної, а пізніше стійкої артеріальної гіпертензії.

Наведені факти свідчать про те, що патологічно рухома нирка слід розглядати як патологічний процес, який характеризується певними функціональними й органічними змінами у кровоносному руслі органа. Тому при вирішенні питання про показання до консервативного або оперативного лікування обов'язково слід урахувати ступінь зазначених змін.

Вибір відповідного методу лікування здійснювався тільки після всебічного клінічного обстеження хворого в умовах стаціонару. При цьому до уваги брали стан особистості пацієнта, передньої черевної стінки, розвиток підшкірної клітковини, характер скарг, їх зв'язок з фізичним навантаженням, положенням тіла, можливі етіологічні чинники патологічно рухомої нирки, її ступінь, наявність ускладнень та супутніх урологічних захворювань.

Консервативне лікування, як правило, призначалося на початку розвитку захворювання, було комплексним і включало "фіксуєчий" нирку бандаж, масаж, гідротерапію, легку фізичну працю, повноцінне харчування, лікувальну фізкультуру. Основні принципи останньої зводилися до того, що по-перше, всі фізичні вправи виконувались у положенні лежачи на спині з трохи піднятою нижньою частиною тіла. По-друге, вправи підбирались таким чином, щоб при їх виконанні нирка зміщувалася в напрямку до склепіння діафрагми. Курс лікувальної фізкультури продовжувався не менше трьох місяців, а загартовування і вправи для зміцнення загального фізичного стану організму – впродовж життя.

Хворим з плунково-кишковими розладами призначали дієтичне харчування, із недостатнім харчуванням – анаболітичні стероїдні препарати, при невротичних розладах – препарати брому, барбітурати, транквілізатори; пацієнтам, у яких патологічно рухома нирка ускладнилася пієлонефритом – антисептики, антибіотики (відповідно до даних антибіотикограми) з одночасним призначенням комплексу консервативних заходів.

Вказаний комплекс лікувально-профілактичних заходів розпочинався в стаціонарі й продовжувався в амбулаторних умовах під наглядом уролога поліклініки, де хворі перебували на диспансерному обліку.

Показанням до хірургічного лікування вважали ускладнені форми патологічно рухомої нирки (часто рецидивний пієлонефрит, пієлоектазія, вазоренальна гіпертензія, макрогематурія, нефролітіаз) і нефроптоз із больовим синдромом.

Після виписки зі стаціонару оперовані хворі перебували на диспансерному обліку близько 1-2 років з обов'язковим проведенням вказаного комплексу лікувально-профілактичних, професійних, соціальних заходів реабілітаційного спрямування. Критеріями зняття з диспансерного обліку пацієнтів є відсутність больового синдрому, клінічних та рентгено-лабораторних проявів пієлонефриту, сечокам'яної хвороби, гіпертензії, пієлоектазії, гематурії.

Розроблені та впроваджені в клінічну практику лікувально-профілактичні заходи й принципи диспансеризації дозволили добитися відновлення здоров'я і працездатності у 84,6 % пацієнтів.

Висновки.

1. Захворювання патологічно рухомою ниркою, як правило, трапляється в осіб молодого та середнього віку.

2. Обов'язковою умовою лікування хворих патологічно рухомою ниркою є їх диспансеризація, запобігання загостренням і прогресуванню хвороби, розвитку пієлонефриту, пієлоектазії, форнікальної кровотечі, артеріальної гіпертензії, хронічної недостатності нирок.

3. Хворим, прооперованим з приводу ускладнених форм патологічно рухомої нирки, доцільно продовжити цілеспрямовану, специфічну та консервативну терапію в амбулаторних умовах, тривалість якої визначається індивідуально.

Література. 1. Баран С.С. Диспансеризация и реабилитация больных нефроптозом. Урология – Киев, 1996. – Вып. 24. – С. 35 - 39. 2. Бараш М.Р., Старуева Л.Н., Лутай Т.И. Научное обоснование интенсификации диспансерного наблюдения детей с нефропатиями. Урология – К., 1996. – Вып. 24. – С. 22 - 25. 3. Возианов А.Ф., Павлова Л.П., Сайдакова Н.А. Особенности организационных форм диспансеризации в урологии. - К., 1990. – Вып. 24. - С. 3 - 7. 4. Галуз Н.М. Диспансеризация больных нефроптозом // Урология - К., 1990. - Вып. 24. – 22 - 25. 5. Доровских В.А., Фигурнов В.А. Из опыта работы медицинского института по всеобщей диспансеризации // Сов. Здравоохр. - 1990. - № 8. - С. 65 - 67. 6. Кошецкий Т.В. О двух подходах к проблеме диспансеризации больных // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1990. - № 8. - С. 17-20. 7. Минутин О.Н., Иценко Н.С. Ультразвуковое исследование и некоторые аспекты диспансеризации // Терап. арх. - 1991. - Т. 3. - № 1. - С. 112 - 116. 8. Попова Т.Б., Зерцалов В.Л. Периодические медицинские осмотры рабочих условиях ежегодной диспансеризации населения // Гигиена труда и проф. заболевания. – 1997 - № 1. - С. 7 - 11. 9. Benowitz N.L., Zevin S., Carlsen S., Wright J. et al. Hypertension due to vascular adrenergic hypersensitivity // Hypertension. – 1998. - V. 28. - № 1. - P. 42 – 46. 10. Elashry O.M., Nakada S.Y., McDougall E.M., Clayman R.V. Laparoscopic nephropexy: Washington University experience // J. Urol. – 1995. – V. 154. – № 5. – P. 1655 – 1659. 11. Hightower J.M. Diell's crisis revisited - the enigma of nephroptosis // West. J. – 2000. - V. 162. - № 5. – P. 471 - 475. 12. Petrishin V.L. The surgical anatomical characteristics of the ureteral arteries and veins in nephroptosis and defects requiring surgical correction // Morfoloogia. - 1997. - V. 104. – № 3 – 4. – P. 96 – 103.

ORGANIZATION OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION AND TIMELY TREATMENT OF PATIENTS WITH A PATHOLOGICALLY MOVABLE KIDNEY

T.L.Tomusiak, O.S.Fedoruk

Abstract. On the basis of a complex examination of 500 patients with a pathologically movable kidney the authors have obtained data indicating that this disease occurs in persons of young and middle age (20-50 years) and are characterized by an unfavourable development, complications associated with the loss of the working ability. The chief purpose of a mass health examination of patients with the mentioned pathology is the detection a group of morbidity risk subject to conservative and surgical treatment. The conservative treatment of patients with a pathologically movable kidney must be carried out at the incipient stage of the disease, while the surgical one is performed in case of its complicated forms. Upon discharging from the in – patient department patients must be followed up during 1-2 years with an obligatory implementation of remedial – preventive, social and professional measures. Indications for striking off the follow-up register is the absence of clinical and laboratory – radiologic evidence suggesting the presence of the disease.

Key words: prophylactic medical examination, pathologically movable kidney, treatment, remedial-sanitizing measures.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 16.03.2001 року