

УДК 616.613-007.63-089.168.1-036.8

В.І. Савенков

Харківський національний медичний університет

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ ТАКТИКИ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

У ході дослідження виділено диспансерні групи прооперованих хворих на гідронефроз, зумовлений обструкцією різної етіології, залежно від клінічної форми гідронефрозу та наявності патології сполучної тканини. Запропоновано оптимальний графік і обсяг досліджень у пацієнтів різних диспансерних груп. Визначено, що використання розробленого комплексу діагностичних та лікувальних диспансерних заходів відповідно до запропонованого розподілу хворих на диспансерні групи привело до позитивних результатів у 93,9 % на відміну від пацієнтів, які не використовували адекватні диспансерні заходи (73,4 %).

Ключові слова: *гідронефротична трансформація, диспансерні групи, диспансерні заходи, графік та обсяг досліджень.*

Сьогодні, на жаль, поступово дедалі менша увага приділяється урологами диспансеризації хворих, у тому числі й гідронефротичній трансформації після оперативних втручань. Це пов'язано як з організаційними та матеріальними складнощами, так і з відсутністю чітких стандартів лікувально-діагностичних заходів цього періоду [1].

На сучасному етапі розвитку урології виникли і розвиваються нові напрямки в програмах диспансеризації хворих. Однак грамотно проведена активна диспансеризація хворих на гідронефроз у терміни не більше 1 року після операції дозволяє своєчасно визначити індивідуальну діагностичну і лікувальну тактику, спрямовану на профілактику хронічної ниркової недостатності, рецидивного утворення стриктури, каменеутворення, відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів та усунення хронічної інфекції сечових шляхів, що врешті-решт сприяє відновленню здоров'я і працездатності даної категорії хворих [2, 3].

Метою нашої роботи було покращання результатів оперативного лікування хворих на гідронефроз, зумовлений обструкцією різної етіології, шляхом оптимізації основних підходів до вибору тактики диспансеризації.

© В.І. Савенков, 2014

Матеріал і методи. За період з 2007 по 2014 р. нами було досліджено 296 амбулаторних карт і розроблених нами анкет диспансерного хворого на гідронефроз II–III стадій, що був зумовлений обструкцією різної етіології. Шляхом використання карт та анкет оцінювали ефективність диспансерних заходів. Пацієнти були прооперовані в умовах стаціонара КУОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шаповала». Середній вік хворих становив (38,3±3,7) року. Жінок було 186 (62,8 %), чоловіків – 110 (37,2 %).

Для визначення обсягу диспансерних заходів хворі були розподілені на групи залежно від певної гідронефротичної трансформації, враховувалася наявність патології сполучної тканини (примітка «с» відповідно до групи):

Ід група – 106 хворих з однобічним гідронефрозом з неускладненим післяопераційним періодом із задовільною вивідною функцією (39,9 %); з патологією сполучної тканини (Ідс група) – 12 (4,05 %);

ІІд група – 31 хворий з однобічним гідронефрозом з ускладненим післяопераційним періодом, наприклад, вторинним пієлонефритом, рецидивом стриктури (22,0 %); з патологією сполучної тканини (ІІдс група) – 34 (11,5 %);

Шд група – 66 хворих на двобічний гідронефроз або на одnobічний гідронефроз та урологічну патологію у контралатеральній нирці (28,0 %); з патологією сполучної тканини (Шдс група) – 17 (5,7 %);

IVд група – 25 хворих на гідронефроз єдиної нирки (10 %); з патологією сполучної тканини (IVдс група) – 5 (1,7 %).

Для визначення ефективності розроблених принципів і підходів до диспансеризації зазначених хворих нами було досліджено дві терапевтичні групи. У I групу ввійшли 49 хворих пропорційно до зазначених диспансерних груп, що отримували розроблений комплекс діагностичних і лікувальних диспансерних заходів. II група – 49 осіб, була репрезентативною до I групи, але пацієнти цієї групи через різні причини зовсім не отримували диспансерні діагностично-лікувальні заходи або епізодично досліджувалися.

Для оцінки ефективності розробленої тактики диспансеризації хворих віддалені результати розцінювали як добрі, задовільні та незадовільні [4]. Результати вважалися добрими, коли наставало вилікування від основного захворювання, його ускладнень при стійкій компенсації функціонального стану нирок і сечових шляхів. Пацієнти почували себе здоровими, скарг не висували. Аналізи сечі протягом усього періоду спостереження були у межах норми. Рентгенологічно спостерігалася повна прохідність сечовода, значне скорочення розширених порожнин нирки і сечовода, стан паренхіми нирки, за даними УЗД, був добрий. При дослідженні радіонуклідними методами визначалося значне поліпшення або нормалізація функції нирки. Хворі були працездатні.

Результати вважалися задовільними, коли відмічалася поліпшення стану нирки і сечових шляхів, але остаточної нормалізації їх функціонального стану не відбулося і залишалися окремі скарги (епізодичний тупий біль, іноді каламутна сеча). При порівняльній оцінці спостерігалася поліпшення функції сечових шляхів і нирок, визначалася помірна лейкоцитурія, відсутність або незначне скорочення порожнин нирки і сечовода. Паренхіма нирки, за даними УЗД, була помірно стоншена. Працездатність хворих була збережена або тимчасово втрачена у зв'язку з періодичним загостренням хронічного пієлонефриту.

Незадовільним вважали результат втручання при погіршенні стану верхніх сечовидних шляхів, формуванні рецидивної стриктури, прогресуванні ектазії сечовода або миски. Спостерігався біль у поперековій ділянці, субфебрильна температура, піурія, висівання мікроорганізмів із сечі. Клубкова фільтрація знижена, спостерігалася різного ступеня хронічна ниркова недостатність. На екскреторній урограмі контрастування порожнинної системи нирки відсутнє або загальмоване, чашково-мискова система нирки і сечовід розширені. Шар паренхіми нирки стоншений. Була стійка втрата працездатності.

Оцінку відмінностей у групах проводили на підставі аналізу двоходових таблиць спряженості 2×3 за допомогою критерію χ^2 [5]. Для уточнення груп, що значущо відрізняються в цих таблицях, у разі коли загальна кількість спостережень не перевищувала 50, використовували біноміальний критерій [6], а при загальній кількості спостережень понад 50 – критерій χ^2 .

Результати та їх обговорення. Профілактичні реабілітаційні заходи диспансерного періоду повинні бути спрямовані на попередження можливих ускладнень і рецидиву захворювання.

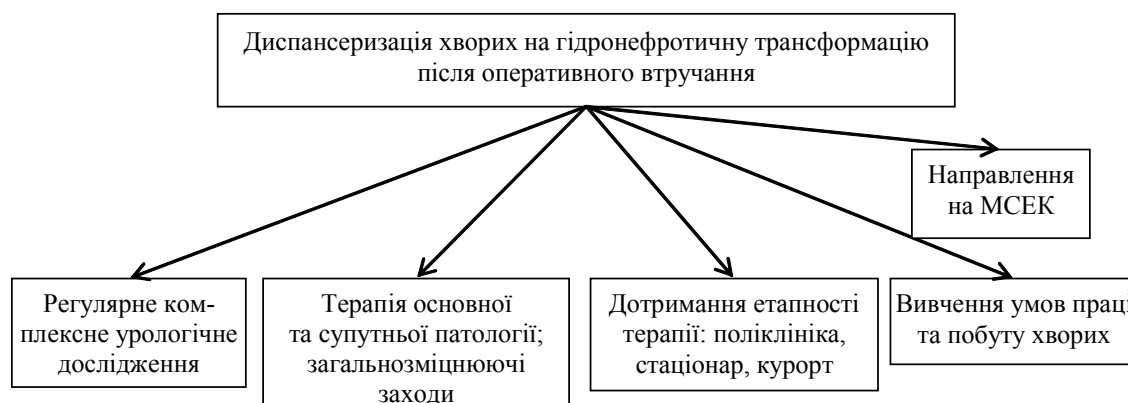
Уролог амбулаторно-поліклінічного прийоми повинен вести необхідну документацію відповідно до форми 025/о і 030/о.

Основні напрями роботи уролога з хворими диспансерних груп подано на рисунку.

Нами розроблено оптимальний графік та обсяг дослідження кожної з диспансерних груп пацієнтів після оперативних втручань, що дозволяє визначити стан і лікувальну тактику хворих (табл. 1).

У хворих Iдс, IIдс, IIIдс і IVдс груп визначаються маркери патології сполучної тканини (остеопротегерин, RANKL, оксипролін, сечовий трансформуючий фактор росту β та ін.) 2 рази на рік протягом 4 років. При нормалізації дослідних показників протягом 2 років пацієнт у подальшому проходить обстеження 1 раз на рік.

Хворі Iд групи повинні проходити огляд уролога 2 рази на рік (перші чотири роки), а решта хворих – 4 рази протягом першого року, потім 2 рази на рік протягом 3 років. При спостереженні за хворими оцінюються скарги, стан пацієнтів та зазначені аналізи. Залеж-



Основні напрямки роботи уролога з диспансерними групами після оперативного втручання з приводу гідронефротичної трансформації

Таблиця 1. Оптимальний графік та обсяг досліджень у диспансерних групах без патології сполучної тканини

Дослідження	Кратність дослідження у диспансерних групах			
	Iд	IIд	IIIд	IVд
Клінічний аналіз крові	Двічі на рік протягом 4 років	Двічі на рік протягом 5 років	Двічі на рік протягом усього життя	Двічі на рік протягом усього життя
Клінічний аналіз сечі	Двічі на рік протягом 4 років	Один раз на 3 місяці протягом року, потім 2 рази на рік протягом 4 років	Один раз на 3 місяці протягом 3 років, потім 2 рази на рік протягом усього життя	Один раз на 3 місяці протягом року, потім 2 рази на рік протягом усього життя
Аналіз сечі за Зимницьким, Нечипоренком, проба Реберга	Двічі на рік протягом року, потім 1 раз на рік протягом 3 років	Двічі на рік протягом року, потім 1 раз на рік протягом 4 років	Один раз на 2 місяці протягом року, потім 2 рази на рік протягом 2 років, потім 1 раз на рік протягом усього життя	Один раз на 3 місяці протягом року, потім 2 рази на рік протягом 2 років, потім 1 раз на рік протягом усього життя
Біохімічний аналіз крові (креатинін, сечовина, кліренс-тест)	Двічі на рік протягом року, потім 1 раз на рік протягом 3 років	Двічі на рік протягом року, потім 1 раз на рік протягом 4 років	Один раз на 3 місяці протягом року, потім двічі на рік протягом 2 років, потім 1 раз на рік протягом усього життя	Один раз на 3 місяці протягом року, потім двічі на рік протягом 2 років, потім 1 раз на рік протягом усього життя
Бакзасів сечі	—	Один раз на рік протягом 4 років	Двічі на рік протягом 3 років, потім 1 раз на рік протягом усього життя	Один раз на рік протягом усього життя
УЗД	Двічі на рік протягом 4 років	Двічі на рік протягом 5 років	Двічі на рік протягом усього життя	Двічі на рік протягом усього життя
Оглядова, екскреторна урографія або комп'ютерна томографія	Один раз на рік протягом року, потім 1 раз на 2 роки протягом 3 років	Один раз на рік протягом року, потім 1 раз на 2 роки протягом 4 років	Один раз на рік протягом 5 років	Один раз на рік протягом року, потім 1 раз на 2 роки протягом 4 років

Примітка. Зазначений графік і обсяг обстежень виконується лише при результатах, що характеризують нормальну функцію нирок або при кращих відповідно до стану.

но від отриманих показників хворим усіх досліджених груп при нормалізації клінічного аналізу крові, зниженні лейкоцитурії (нижче 40–50 лейкоцитів), відсутності еритроцитів у сечі пацієнтам на тлі дієти, що потребує виключення гострої та пряної їжі, призначають мінеральні води, лікарські препарати та фізіотерапевтичні заходи (магнітно-лазерна зовнішня терапія, фонофорез із протисклеротичними засобами), сечогінні препарати рослинного походження.

При збереженій лейкоцитурії чи при її підвищенні, збереженні еритроцитів у сечі або їх підвищенні призначають пульс-терапію, що включає антибіотики або протимікробні засоби з урахуванням чутливості курсами по 7–10 днів 1 раз на місяць (№ 6–10) з подальшим застосуванням сечогінних трав протягом 20 днів. Зазначена терапія проводиться під контролем аналізів сечі, крові кожні два–чотири тижні. При ознаках ниркової недостатності досліджують аналіз сечі за Зимницьким, Нечипоренком, пробу Реберга, креатинін сироватки крові, сечовину, кліренс-тест кожні два–чотири тижні та призначають відповідний терапевтичний комплекс. Щомісячно або за показаннями проводять УЗД, оглядову урографію, екскреторну урографію, радіоізотопну ренографію, динамічну нефросцинтиграфію, комп'ютерну томографію, МРТ.

Посилення скарг, що вказують на загострення пієлонефриту та наростання хронічної ниркової недостатності, є показанням до стаціонарного лікування і при необхідності до повторної операції.

Хворим з патологією сполучної тканини залежно від її тяжкості, що характеризується діагностичними маркерами, призначають пеніцилін G як поліфункціональний, у тому числі й протисклеротичний, захід по 3–5 млн ОД на 100,0 мл фізрозчину внутрішньовенно краплинно протягом 20–30 хв № 7–10 і актовегін, препарат, що впливає на гомеостаз, по 2 таблетці 2 рази на день протягом 20 днів, при тяжкому перебігу по 10,0 мл внутрішньовенно краплинно № 10, у подальшому по 2 таблетки 2 рази на день протягом 20 днів (1 курс на 6–9 місяців). Як протиспайковий препарат використовують лонгідазу по 3000 МО (ректальні супозиторії) № 20 1 раз на 3–5 днів при легкому ступені тяжкості, а при тяжкому – розчин лонгідази від 10 до 15 внутрішньом'язових ін'єкцій (1 курс на 3–6 місяців).

При нормалізації досліджуваних параметрів протягом 4 років хворих Ід групи знімають з диспансерного обліку, а хворих Пд групи – через 5 років. Хворі Шд і ІVд груп проходять довічну диспансеризацію.

Санаторно-курортному лікуванню підлягають пацієнти із загальною раною, задовільною функцією нирок, відновленим пасажем сечі. Зазвичай це 1–1,5 місяця після відкритого оперативного втручання. У разі застосування малоінвазивних хірургічних методів цей період скорочується до 2–4 тижнів. Після цих термінів оптимальним є санаторно-курортне лікування, наприклад, курорт Бермінводи, Трускавець, Обухівський. Протипоказанням до його проведення є наявність нефростоми, двобічна патологія нирок, що ускладнена пієлонефритом, інтермітуюча і декомпенсована хронічна ниркова недостатність.

У комплекс санаторно-курортного лікування входить: використання відповідних мінеральних вод, частіше за все хлоридно-гідрокарбонатно-натрієвої води; дієта № 5; призначення фізіотерапевтичних процедур (фонофорез із розсмоктуючими засобами, ампліпульстерапія); застосування ванн (мінеральні або хвойні); отримання аплікацій озокериту на післяопераційний рубець; лікувальна гімнастика (лікувальна хода). При санаторно-курортному лікуванні хворий продовжує призначений лікарем комплекс лікувальних заходів (уросептики, фітопрепарати, імуномодулятори та ін.).

При диспансерному нагляді необхідно приділяти увагу санації інших запальних осередків (тонзиліт, синусит, простатит та ін.).

У ході досліджень нами з'ясовано, що 32 (65,3 %) пацієнти II групи, які через різні причини не отримували або епізодично отримували диспансерні діагностично-лікувальні заходи, серед причин, чому вони не були під диспансерним спостереженням, вказували на недостатню їх усвідомленість про його необхідність, причому 13 (40,6 %) з них вказували на недостатню інформованість їх лікарями; 9 (18,4 %) – у зв'язку з віддаленістю їх проживання від медичного закладу; 6 (12,2 %) – через брак коштів; 2 (4,1 %) – інші причини.

Встановлено, що використання розробленого графіка та обсягу досліджень і комплексу лікувальних заходів диспансеризації дало можливість досягти доброго результату у 73,5 %

пацієнтів I групи, задовільного – у 20,4 %, незадовільного – у 6,1 %, а у хворих II групи, де не використовували зазначені заходи, – відповідно лише у 61,2; 16,3 і 22,5 % пацієнтів (табл. 2).

ходів з оптимально визначеною частотою їх проведення є ефективним і може бути рекомендований до використання у практичній охороні здоров'я.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика впливу тактики диспансерних заходів у хворих на гідронефроз після оперативних втручань

Дослідження	Кратність дослідження у диспансерних групах			
	Iд	IIд	IIIд	IVд
Клінічний аналіз крові	Двічі на рік протягом 4 років	Двічі на рік протягом 5 років	Двічі на рік протягом усього життя	Двічі на рік протягом усього життя
Клінічний аналіз	Півроку на рік	Один раз на рік	Один раз на рік	Один раз на рік

Аналіз таблиці за допомогою критерію χ^2 показує, що між групами хворих і результатами використання диспансерних заходів існує значущий зв'язок ($\chi^2=7,47$; $p=0,0238$).

З використанням біноміального критерію при довірчій імовірності 95 % можна підтвердити такі гіпотези.

- Кількість пацієнтів у незадовільному стані значущо більше у II групі, ніж у I групі.
- У I групі кількість пацієнтів у доброму стані значущо більше, ніж пацієнтів у всіх інших станах разом узятих.
- У II групі кількість пацієнтів у доброму стані значущо не відрізняється від кількості пацієнтів у всіх інших станах разом узятих.

Таким чином, розроблений комплекс лікувально-діагностичних диспансерних за-

Висновки

1. Запропоновано розподіл хворих на диспансерні групи залежно від клінічної форми гідронефрозу та наявності патології сполучної тканини після оперативних втручань.

2. Визначено оптимальний графік і обсяг досліджень у пацієнтів різних диспансерних груп.

3. Використання розробленого комплексу діагностичних та лікувальних диспансерних заходів відповідно до запропонованого розподілу хворих на диспансерні групи привело до позитивних результатів у 93,9 %, що становить статистично значущу кількість на відміну від пацієнтів, які не використовували адекватні диспансерні заходи (73,4 %).

Список літератури

1. Гидронефроз : руководство / [под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 208 с.
2. Хірургія : у 3 т. / [за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського]. – Дніпропетровськ : РВА «Дніпро-VAL», 2007. – Т. 1. – 445 с.
3. Урологія / [под ред. С. Х. Аль-Шухри, В. Н. Ткачука и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 480 с.
4. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с гидронефрозом / Р. Г. Шиблиев, Б. К. Комяков, Б. Г. Гулиев, А. С. Шипилов // Международная научно-практическая конференция, посвященная 110-летию кафедры урологии и андрологии СПбМАПО : материалы. – СПб., 2011. – С. 231–234.
5. Кобзарь А. И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников / А. И. Кобзарь. – М. : Физматлит, 2006. – 816 с.
6. Рунион Р. Справочник по непараметрической статистике. Современный подход / Р. Рунион ; [пер. с англ. Е. З. Демиденко]. – М. : Финансы и статистика, 1982. – 198 с.

В.И. Савенков

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИДРОНЕФРОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

В ходе исследования выделены диспансерные группы прооперированных больных гидронефрозом, обусловленного обструкцией различной этиологии, в зависимости от клинической формы

гидронефроза и наличия патологии соединительной ткани. Предложен оптимальный график и объем исследований у пациентов различных диспансерных групп. Определено, что использование разработанного комплекса диагностических и лечебных диспансерных мероприятий в соответствии с предложенным распределением больных диспансерных групп привело к положительным результатам у 93,9 % в отличие от пациентов, не использовавших адекватные диспансерные мероприятия (73,4 %).

Ключевые слова: гидронефротическая трансформация, диспансерные группы, диспансерные мероприятия, график и объем исследований.

V.I. Savenkov

BASIC APPROACHES TO THE CHOICE OF DISPANSERISATION TACTICS OF PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS AFTER SURGICAL INTERVENTION

The study identified dispensary groups of operated patients with hydronephrosis, caused by the obstruction of various etiologies, depending upon the clinical form of hydronephrosis and the presence of connective tissue pathology. Were proposed an optimal schedule and scope of studies in different dispensary groups of patients. It is determined, that the use of the developed complex of diagnostic and therapeutic dispensary acts, according to the proposed distribution of patients in dispensary groups has led to positive results in 93,9 %, in contrast with patients who did not use adequate dispensary acts (73,4 %).

Key words: hydronephrotic transformation, dispensary groups, dispensary acts, schedule and scope of studies.

Поступила 03.04.14