

Макарян А.А., Берестецкий И.Е., Борзунов И.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет;

ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая больница №1, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В настоящее время одним из самых распространенных заболеваний мочевыводящих путей является мочекаменная болезнь. Ежегодно отмечается неуклонный рост выявления нефролитиаза. Чаще всего болезнь выявляется у пациентов в возрасте 35-50 лет, то есть в наиболее трудоспособном возрасте. Внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов удаления камня позволило снизить риск возникновения послеоперационных осложнений, а так же ускорить процесс восстановления функциональных показателей почек. Несмотря на это, имеет место высокая частота рецидивов нефролитиаза, связанная с неполным отхождением из почек песка и фрагментов камня после применения оперативного лечения.

Особую роль играют лечебные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде, такие как: увеличение количества потребляемой жидкости, увеличение физической активности пациента, прием растительных мочегонных препаратов. Данные меры позволяют ускорить процесс отхождения песка и мелких фрагментов камня из органов мочевыводящей системы, а, следовательно, снизить риск рецидива заболевания.

Реализация приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.08.2011 г. № 801-п «О реабилитационном лечении (долечивании) работающих граждан Свердловской области в санаторно-курортных организациях непосредственно после стационарной помощи в 2011 г.» позволила существенно улучшить результаты восстановительного лечения по сравнению с лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях. Целью данной работы является изучение возможности совершенствования организации реабилитации больных нефролитиазом в санаторно-курортных условиях.

Ключевые слова: нефролитиаз, клиническая реабилитация, санаторно-курортное лечение

Введение

На сегодняшний день актуальной является проблема лечения и клинической реабилитации больных нефролитиазом [1, 2]. С введением высокотехнологических методов обследования ежегодно наблюдается прирост данной группы пациентов. Активное применение малоинвазивных методов удаления конкрементов (дистанционная ударно-волновая литотрипсия, контактная литотрипсия, перкутанная нефролитотомия) существенно улучшило результаты оперативного лечения мочекаменной болезни, снизив количество случаев послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания [3].

Основную роль в послеоперационном периоде играют мероприятия по клинической реабилитации пациентов, задачей которых является стимуляция отхождения песка и фрагментов дезинтегрированного камня из органов мочевыводящей системы, уменьшение воспалительной картины, уменьшение выраженности болевого синдрома, а также нормализация функциональной способности почки. Наиболее соответствует данным задачам применение санаторно-курортного лечения в раннем послеоперационном периоде [4].

Министерством здравоохранения Свердловской области в 2011 году был подготовлен и реализован приказ №801-п от 16.08.2011 г. «О реабилитационном лечении (долечивании) работающих граждан Свердловской области в санаторно-курортных организациях непосредственно после стационарной помощи в 2011 г.». Согласно данному приказу больные, прошедшие оперативное лечение в условиях урологических отделений, после выписки направлялись на восстановительное лечение в Санаторий «Обуховский». В 2011 году восстановительное лечение по данному приказу прошло 120

человек. Срок лечения составлял 18 дней, на период пребывания в санатории больным выписывался листок нетрудоспособности, закрытый после проведенного лечения.

В 2012 и в 2013 гг. количество пациентов, направленных на реабилитацию после оперативного лечения нефролитиаза в санаторий «Обуховский» составило 170 и 200 человек соответственно. В 2014 году согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.03.2014 г. № 407-п «Об утверждении перечня санаторно-курортных организаций, осуществляющих реабилитационное лечение (долечивание) работающих граждан непосредственно после стационарной помощи в 2014 году», восстановительное лечение в санатории «Обуховский» прошло 240 больных мочекаменной болезнью.

Анализ результатов восстановительного лечения показал более высокие результаты по нормализации состояния пациентов и снижению частоты рецидивов заболевания по сравнению с группами больных, проходивших реабилитацию в амбулаторных условиях.

С целью совершенствования программы реабилитации больных мочекаменной болезнью в санаторно-курортных условиях, нами проведен анализ по возможности сокращения срока восстановительного лечения с 18 до 14 дней.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты восстановительного лечения 111 пациентов, проходивших оперативное лечение по поводу мочекаменной болезни в условиях урологических отделений лечебно-профилактических учреждений Свердловской области в 2014 году. 54 пациента проходили реабилитационное лечение в амбулаторных условиях (группа амб.), 57 (группа СКЛ) – были направлены на восстановительное лечение в Санаторий «Обуховский» согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области. Период восстановительного лечения в санаторно-курортных условиях составлял 18 дней. Всем пациентам назначалась индивидуальная схема приема гидрокарбонатно-хлоридной натриевой воды «Обуховская» непосредственно из питьевого бювета санатория. Кроме того проводилось физиотерапевтическое лечение с целью снижения болевого синдрома, улучшения гемо- и лимфоциркуляции почек, стимуляции отхождения фрагментов камней и песка из органов мочевыводящей системы а также лечебная физкультура. Пациентам, проходившим восстановительное лечение в амбулаторных условиях, назначался усиленный питьевой режим, прием растительных диуретиков, уроантисептиков.

Нами анализировались следующие параметры:

1. Снижение выраженности болевого синдрома;
2. Стабилизация показателей общего анализа мочи (лейкоцитурия, эритроцигурия, бактериурия, экскреция солей);
3. Наличие и выраженность гидронефротической трансформации почек.

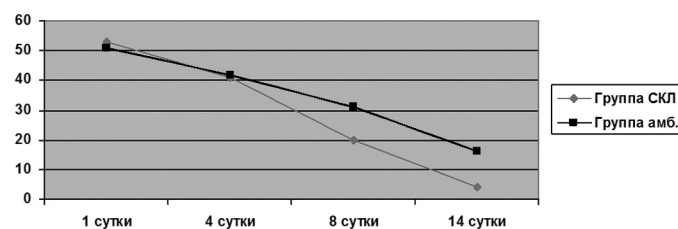


Рисунок 1. Динамика уменьшения выраженности болевого синдрома.

Результаты и их обсуждение

Исследование выраженности болевого синдрома показало, что в первые сутки начала восстановительного лечения, наличие тянущей боли средней интенсивности отмечалось у 53 человек, входивших в группу СКЛ, в группе пациентов, проходивших восстановительное лечение в амбулаторных условиях, болевой синдром присутствовал у 51 человека. Динамика снижения выраженности болевого синдрома представлена на рис. 1.

Так, на четвертые сутки восстановительного лечения в группе СКЛ наличие жалоб отмечалось у 71,9% больных, в амбулаторной группе — 77,7%. На 8 сутки — 35% и 57,5% соответственно. При контрольном обследовании на 14 сутки восстановительного лечения 4 пациента, входившие в группу, проходившую лечение в санаторно-курортных условиях, предъявляли жалобы на слабо-интенсивную боль в поясничной области, в то время как в группе амбулаторных больных жалобы сохранялись у 16 пациентов (29,6%).

Оценка нормализации показателей общего анализа мочи демонстрируется в таб. 1. В группе, проходившей санаторно-курортное лечение, наблюдалась максимальное снижение выраженности лейкоцитурии, эритроцитурии, бактериурии и экскреции солей на 18-е сутки лечения.

Таблица 1
Сроки нормализации показателей общего анализа мочи в исследуемых группах.

Показатель	2 сутки		7 сутки		14 сутки	
	СКЛ	Амб.	СКЛ	Амб.	СКЛ	Амб.
Лейкоцитурия	64,9%	83,3%	35%	72,2%	3,5%	25,9%
Гематурия	58,9%	61,1%	24,6%	38,9%	1,8%	20,4%
Экскреция солей	45,6%	35,2%	66,7%	55,5%	24,6%	31,5%
Бактериурия	31,6%	29,6%	12,3%	24,1%	0	12,9%

УЗИ почек и мочевого пузыря, проводимое с целью выявления наличия и выраженности гидронефротической трансформации почек, выполнялось в день выписки из стационара, на 7-е и 14-е сутки восстановительного лечения (таб. 2).

Таблица 2
Динамика снижения расширения чашечно-лоханочной системы почки.

Группа	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки
СКЛ	45,6%	19,3%	3,5%
Амб.	40,7%	27,8%	11,1%

Так, в группе, в дальнейшем проходившей восстановительное лечение, наличие расширения чашечно-лоханочной системы наблюдалось у 26 больных (45,5%), в группе, направленной на амбулаторное лечение — у 22 пациентов (40,7%). Проведение физиотерапевтических процедур в условиях Санатория «Обуховский» позволило добиться существенного снижения количества больных с пиелозктазией: на 7-й день лечения — 11 человек (19,3%), на 14-й день — 2 человека (3,5%). В группе, проходившей реабилитацию в амбулаторных условиях, пиелозктазия присутствовала на 7-й день лечения у 15 человек (27,8%), на 14-й день у 6 больных (11,1%).

Выводы

1. Применение санаторно-курортного лечения в раннем послеоперационном периоде является более эффективным методом по сравнению с лечебными мероприятиями, проводимыми в амбулаторных условиях, за счет более скорой нормализации показателей общего анализа мочи, раннего снижения гидронефротической трансформации почек, а также в более эффективной нормализации качества жизни пациентов за счет уменьшения болевого синдрома.

2. Оптимальным сроком пребывания больных на восстановительном лечении в Санатории «Обуховский» являются 14 дней, так как за этот срок достигается максимальный лечебный эффект от лечебных мероприятий.

3. Сокращение сроков пребывания пациентов в условиях санаторно-курортного лечения с 18 до 14 дней позволяет сократить финансовые расходы на 19,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А., Яненко Э.К. Мочекаменная болезнь. Русский мед. журн. – 2000.-№ 3.-С.117-121.
2. Оранский И.Е. Механизмы действия бальнеофактора и пути его познания. Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2007; 3: 3-5.
3. Журавлев В.Н., Вахлов С.Г., Макарян А.А. Клиническая и трудовая реабилитация больных при крупных камнях почек после ДУВЛ в условиях санатория «Обуховский». Уральский медицинский журнал 2009; 11: 19-21.
4. Неймарк А.И., Давыдов А.А. Адресная реабилитация больных нефролитиазом на курортах алтайского края. Саратовский НМЖ 2011; 7-2: 57-61.

Авторская справка
Макарян Альберт Альбертович
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России
Ассистент кафедры урологии, к.м.н.
Российская Федерация, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, кафедра урологии
walter2711@mail.ru

Берестецкий Илья Евгеньевич
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
уролог, урологическое отделение №3
Российская Федерация, 620102, г. Екатеринбург, ул.Волгоградская 185, ГБУЗ СО «СОКБ №1»
berest-ilya@ya.ru
Борзунов Игорь Викторович
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский Университет Минздрава России
Профессор кафедры урологии, д.м.н.
Российская Федерация, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина 3, кафедра урологии
ivborzunov@e1.ru

Makaryan A.A., Berestetskiy I.E., Borzunov I.V. **OPTIMIZATION OF METHODS OF CLINICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF NEPHROLITHIASIS IN SANATORIUM CONDITIONS**

Ural State Medical University; Sverdlovsk regional Clinical Hospital
No. 1, Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract. Currently, one of the most common diseases of the urinary tract is urolithiasis. Every year, steady growth detection nephrolithiasis. Most often, the disease is diagnosed in patients aged 35–50 years, that is, in most working age. Introduction into clinical practice of minimally invasive stone removal, reduced the risk of postoperative complications, as well as accelerate the process of recovery of renal functional parameters. Despite this, there is a high rate of recurrence of nephrolithiasis associated with incomplete discharge of kidney sand and stone fragments after application of surgical treatment.

A special role is played by medical activities carried out in the postoperative period, such as: increased fluid intake, increasing physical activity of the patient, taking herbal diuretics. These measures allow to accelerate the discharge of sand and small stone fragments from the bodies of the urinary system, and thus reduce the risk of disease recurrence.

Implementation of the order of the Ministry of Health of the Sverdlovsk region of 16.08.2011 g. Number 801-p «On rehabilitation treatment (aftercare) working citizens of the Sverdlovsk region in the sanatorium organizations immediately after hospital care in 2011.» Helped to significantly improve the results of rehabilitation treatment as compared to treatment interventions in the outpatient setting. The aim of this work is to study the possibility of improving the organization of rehabilitation of patients with nephrolithiasis in sanatorium conditions.

Key words: nephrolithiasis, clinical rehabilitation, rehabilitation treatment

REFERENCES

1. Lopatkin N.A., Yanenko E.K. Urolithiasis. Russian medical magazine - 2000. - № 3. - S.117-121.
2. Oranski I.E. Mechanisms of action balneo factors and ways of knowing. Questions balneology, physiotherapy and exercise therapy. 2007; P: 3-5.
3. Zhuravlev V.N., Vahlov S.G., Makaryan A.A. Clinical rehabilitation of patients with large kidney stones after ESWL in a sanatorium «OBUKHOVSKY.» Ural Medical Journal 2009; 11. P: 19-21.
4. Neumark A.I., Davydov A.A. Targeted rehabilitation of patients with nephrolithiasis in the resorts of Altai Region. Saratov NWM 2011; 7-2: P. 57-61.

Authors

Makaryan Albert A.
Ural State Medical University
Repin str., 3, Yekaterinburg, Russian Federation
Walter2711@mail.ru

Berestetskiy Ilya E.
Sverdlovsk regional clinical hospital №1, urology department №3
Volgogradskaya str., 185, Yekaterinburg, Russian Federation
berest-ilya@ya.ru

Borzunov Igor V.
Ural State Medical University
Repin str., 3, Yekaterinburg, Russian Federation
ivborzunov@e1.ru

УДК 614.1

Ощепков А.В., Цаур Г.А., Есева С.С., Хакимова С.А., Каракина М.Л.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ КРОНА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая больница №1;

ГБУЗ СО Областная детская клиническая больница №1;

ФГБУН Институт иммунологии и физиологии УрО РАН;

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. Болезнь Крона (БК) — тяжелое хроническое заболевание, которым страдают преимущественно лица молодого и среднего возраста. Данное заболевание имеет как медицинские, так и немедицинские последствия, что значительно влияет на качество жизни таких пациентов. В статье проанализирован опыт ведения пациентов с БК в ГБУЗ СО СОКБ №1, сделаны выводы об оптимизации диагностики и ведения таких пациентов.

Ключевые слова: болезнь Крона, эпидемиологические аспекты, факторы риска

Болезнь Крона (Crohn's disease, БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных проявлений [1]. Более 80 лет прошло с тех пор, как Burrill Crohn впервые описал эту болезнь, которая впоследствии стала носить его имя. Он вместе со своими коллегами Ginzburg I. и Oppenheimer G.D. в 1932 г. опубликовал описание 14 случаев этого заболевания с локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки [2]. Наряду с язвенным колитом, БК составляет воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). Согласно современным представлениям БК — мультифакториальное заболевание. Предрасположенность к нему определяют генетические, иммунные и средовые факторы [3, 4].

При БК могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта — от полости рта до анального канала [3, 5].

БК представляет значительное бремя на общество и систему здравоохранения [6, 8, 9]. Распространенность этого заболевания колеблется от 10 до 150 случаев на 100 тыс. населения [10]. Это заболевание наиболее распространено в странах Европы и в США, достигая 198,5 на 100 тыс. населения в Канаде и США [11]. Так, БК страдает до 500,000 американцев, а ежегодные затраты на пациента БК в Америке составляют 8265 долларов [6, 7].

В Великобритании распространенность БК составляет 145 на 100 тыс. населения. Распространенность этой болезни прогрессивно увеличивалась в 50–80-е гг., а с 1980 г. этот рост замедлился [12]. Колэктомия ежегодно проводится 2000 человек. Стоимость ведения пациентов с БК сопоставима с ведением онкологических пациентов и пациентов с болезнями сердца в данной стране [13].

В целом, в европейской популяции распространенность составляет 26–200 на 100 тыс. чел. [10, 14]. При этом, заболеваемость и распространенность БК меняется во всем мире, стабилизируясь в районах с «традиционно» высокой заболеваемостью, таких как Северная Америка и Европа, но вырастая в районах с низкой заболеваемостью, таких областях, как Восточная Европа, Азия и Африка [15].

Это, вероятно, может быть связано с западным образом жизни, изменениями в диете, улучшением гигиенических условий. Кроме того, существуют различия БК в азиатских странах: более высокая распространенность у мужчин, локализация БК — подвздошная, восходящая ободочная кишки, отсутствие семейного анамнеза БК и ВЗК, меньшая необходимость в оперативных вмешательствах и меньшая частота внекишечных проявлений [15].

Кроме того, БК имеет вторичные медицинские последствия, связанные с лечением (задержка роста, импотенция, кишечная непроходимость, повышенный риск развития лимфомы [9]). Велики также социальные и психологические проблемы пациентов, что нередко влечет за собой потерю учебы, работы, сложности страхования [16, 17].

Данных по эпидемиологии БК в России недостаточно [4]. Согласно данным Государственного научного центра колопроктологии в нашей стране распространенность БК составляет 3,5 человек на 100 тыс. жителей [18]. Первые эпидемиологические исследования БК были проведены в Московской области [4]. Все это подтверждает важность исследования эпидемиологии БК в нашем регионе.

Цель работы: исследование социо-эпидемиологических особенностей болезни Крона в Свердловской области.

Методы: клинический, статистический.

Диагноз БК устанавливался на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений. Всем пациентам проводился подробный опрос пациента со сбором информации о характере начала заболевания, поездках в южные страны, непереносимости пищевых продуктов, приеме лекарственных препаратов (включая антибиотики и нестероидные противовоспалительные средства), наличии аппендицитомии в анамнезе, статусе курения и семейном анамнезе. Проводился физикальный осмотр, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, тотальная колоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза анализ кала для исключения острой кишечной инфекции, исследование крови (общий анализ крови, СОЭ, С-реактивный белок, биохимический анализ крови), общий анализ мочи, биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения. Капсульная эндоскопия проводилась у 4 чел. (3,27%).

Диагноз у всех пациентов отвечал критериям достоверного диагноза БК по Lennard-Jones [1, 19].

Результаты

На учете в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1» (ГБУЗ СО СОКБ №1) состоит 122 пациента с БК.