

Результаты внедрения медико-социальной профилактики среди больных хроническим пиелонефритом

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Казань

Aliev R.M.

Results of introduction of medical-social prevention in patients with chronic pyelonephritis

Резюме

Целью исследования явилось изучение эффективности разработанной нами медико-социальной профилактики среди больных хроническим пиелонефритом. В целях изучения эффективности была организована школа для больных хроническим пиелонефритом. Наблюдением были охвачены 138 больных хроническим пиелонефритом, которые наблюдались в школе в течении 2х лет. Из них 67 составили основную группу, а 71 контрольную. В основной группе проводились разработанные нами медико-социальные мероприятия по устранению (ослаблению) выявленных нами неблагоприятных факторов, на контрольную группу эти мероприятия не распространялись. Использование разработанной нами медико-социальной профилактики по устранению (ослаблению) влияния неблагоприятных социально-гигиенических и медико-биологических факторов позволит снизить частоту обострений хронического пиелонефрита, а также предотвратить неблагоприятный исход.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, социально-гигиенические факторы, медико-биологические факторы, медико-социальная профилактика

Summary

The aim of the study was to study the effectiveness of our medical and social prevention among patients with chronic pyelonephritis. In order to study the effectiveness, a school was organized for patients with chronic pyelonephritis. The observation covered 138 patients with chronic pyelonephritis, which were observed in school for 2 years. Of these, 67 were the main group, and 71 were the control group. In the main group, we carried out medical and social measures developed by us to eliminate (weaken) the adverse factors that we identified, these measures were not extended to the control group. The use of the medico-social prophylaxis developed by us to eliminate (weaken) the influence of unfavorable social-hygienic and medical-biological factors will reduce the frequency of exacerbations of chronic pyelonephritis, and also prevent an unfavorable outcome.

Keywords: chronic pyelonephritis, social and hygienic factors, medical and biological factors, medical and social prevention

Введение

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) в большинстве стран мира — одна из наиболее актуальных проблем. Так, в США ИМП становятся причиной обращения к врачу 7 миллионов пациентов в год, а для миллиона пациентов являются причиной госпитализации [1].

Патология почек и мочевых путей в РФ ежегодно приводит к смерти примерно 850 000 человек, занимает 12 место среди причин смерти и 17 место как причина утраты трудоспособности [2].

Согласно данным Г. Маждракова в среднем ежегодно около 1% населения Земли заболевает пиелонефритом [3].

В современной научной литературе прослеживается тенденция к широкому назначению высокоэффективных и дорогостоящих антибактериальных препаратов. Авторы обосновывают это ростом резистентности микрофлоры, а также значительными материальными затратами на повторные курсы антибактериальной терапии в лечении осложнений [4].

Исходом длительного инфекционно-воспалительного процесса в почках является вторичное сморщивание и развитие хронической почечной недостаточности. За последние годы в РФ отмечается рост доли пиелонефрита в структуре основных причин терминальной хронической почечной недостаточности, с 1998 по 2016 год этот по-

Таблица 1. Рекомендации по устранению (ослаблению) медико-социальных факторов среди больных хроническим пиелонефритом.

№ п/п	Факторы и их градации	Сила влияния и ранги	Мероприятия по устранению (ослаблению) факторов
1	Урологические заболевания - да	I 65,91	Разъяснить о необходимости обязательного устранения урологического заболевания, даже если нет жалоб. Объяснить о снижении эффективности лечения пиелонефрита и высоком риске неблагоприятного исхода заболевания. Направить на консультацию к урологу.
2	Сахарный диабет - да	II 15,3	Контроль уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина у больных пиелонефритом. Консультация эндокринолога.
3	Заболевания ЛОР органов - Да	III 12,88	Рекомендовать консультацию оториноларинголога, стоматолога, с целью санации очагов инфекции.
4	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание - 50 и более лет	IV 12,22	Объяснить о более неблагоприятном течении пиелонефрита у лиц в зрелой и пожилой возрастной группе. Проведение более тщательной диагностики с целью выявления сопутствующих заболеваний усугубляющих течение пиелонефрита. Необходимо более длительное диспансерное наблюдение (3 года) у врача уролога или нефролога.
5	Длительность заболевания - до 10 лет	V 11,85	Диспансерное наблюдение, лечение с обязательным проведением противорецидивных курсов на фоне нормальной или восстановленной уродинамики.
6	Частота обострений хронического пиелонефрита - 3 и более раз в год	VI 11,81	Объяснить о необходимости как можно раннего обращения за медицинской помощью при каждом обострении хронического пиелонефрита. Не заниматься самостоятельным лечением заболевания. Проведение противорецидивных курсов 2 раза в год. Фитотерапия. Санаторно-курортное лечение. Проведение общеукрепляющих мер (занятия физкультурой, правильный режим труда и отдыха).
7	Социальное положение больного - Рабочие	VII 10,68	Нормализовать трудовой режим, избегать переохлаждений. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Направлять данную категорию больных на санаторно-курортное лечение. Рекомендовать консультацию профпатолога.
8	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети - нерегулярное	VIII 9,05	Объяснить о необходимости регулярного наблюдения у врача в условиях амбулаторно-поликлинической сети по месту жительства. Предупредить о возможном отсутствии клинических проявлений даже в период обострения заболевания. В условиях поликлиники приглашать больных находящихся на диспансерном учете для прохождения необходимого обследования и лечения.

9	Курение - да	IX 8,43	Провести беседу о вреде курения и о негативном влиянии курения на функциональное состояние почек. Проведение санитарно-просветительной работы.
10	Питьевой режим - недостаточный	X 6,7	Рекомендовать оптимальный питьевой режим 30 мл/кг массы тела в сутки при отсутствии противопоказаний. Объяснить о связи питьевого режима с функциональным состоянием почек.
11	Занятия физкультурой, спортом - нет, нерегулярное	XI 4,87	Объяснить пациенту о благоприятном влиянии физкультуры на состояние мочевыводящих путей, улучшении уродинамики на фоне регулярных физических упражнений и снижении риска нефроптоза, в связи с укреплением мышц передней брюшной стенки и связочного аппарата почки. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Направить на консультацию к врачу по лечебной физкультуре.
12	Алкоголь - злоупотребление	XII 4,2	Провести беседу о негативном влиянии алкоголя на организм в целом. В том числе на функциональное состояние почек, токсическом влиянии суррогатов алкоголя на состояние нефронов.

казатель вырос с 11,9% до 17,1%. В структуре причин хронической почечной недостаточности пиелонефрит занимает второе место [5].

При сравнении данных РФ с данными Европы следует отметить, что по многолетним данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации, в Европе хронический пиелонефрит является причиной развития хронической почечной недостаточности не более чем в 10% случаев [6].

Разработка профилактических мероприятий позволяет снизить частоту рецидивов инфекций почек и мочевыводящих путей и тем самым снизить затраты на лечение [7].

Цель. Изучить медицинскую эффективность разработанной нами медико-социальной профилактики среди больных хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы

В целях изучения эффективности разработанной нами медико-социальной профилактики была организована школа для больных хроническим пиелонефритом. Наблюдением были охвачены 138 больных хроническим пиелонефритом, которые наблюдались в школе в течении 2х лет. Из них 67 составили основную группу, а 71 контрольную. Обследование больных хроническим пиелонефритом в обеих группах проводилось ежеквартально. В обеих группах были выявлены неблагоприятные факторы развития хронического пиелонефрита. В основной группе проводились разработанные нами медико-социальные мероприятия по устранению (ослаблению) выявленных нами неблагоприятных факторов, на контрольную группу эти мероприятия не распространялись.

Результаты и обсуждение

Нами проведен однофакторный дисперсионный анализ с определением силы влияния того или иного неблагоприятного фактора, что в дальнейшем позволило нам разработать медико-социальные мероприятия по устранению или ослаблению влияния этих факторов.

Рекомендации по устранению (ослаблению) медико-социальных факторов среди больных пиелонефритом представлены в таблице 1.

С целью изучения эффективности разработанной нами медико-социальной профилактики была организована школа для больных хроническим пиелонефритом. Наблюдением были охвачены 138 больных хроническим пиелонефритом, которые наблюдались в школе в течение года. Из них 67 составили основную группу, а 71 контрольную. В основной группе проводились разработанные нами медико-социальные мероприятия, на контрольную группу эти мероприятия не распространялись.

Из 67 человек составивших основную группу, обострения пиелонефрита 3 и более раза в год наблюдались у 31 больных (46,3%), 1-2 раза в год у 22 больных (32,8%) и менее 1 раза в год у 14 больных (20,9%).

Из контрольной группы (71 человек) обострения пиелонефрита 3 и более раза в год наблюдались у 29 больных (40,8%), 1-2 раза в год у 23 больных (32,4%) и менее 1 раза в год у 19 больных (26,8%).

Из таблицы №2 видно, что в результате применения разработанных нами медико-социальных мероприятий в основной группе снижается частота обострений хронического пиелонефрита, а в контрольной группе данной закономерности не наблюдается.

В основной группе количество больных с частотой

Таблица 2. Эффективность медико-социальной профилактики среди больных хроническим пиелонефритом в течение года (г. Казань, 2013-2014 гг.)

Частота обострений хронического пиелонефрита	Число больных до начала наблюдения		Число больных к концу наблюдения		Показатель эффективности
	Основная группа (67)	Контрольная группа (71)	Основная группа (67)	Контрольная группа (71)	
3 и более раза в год	31	29	26	28	16,1%
1-2 раза в год	22	23	14	27	36,4%
Менее 1 раза в год	14	19	8	16	42,8%
Значение P					<0,001

обострений пиелонефрита более 3х раз в год снизилось на 5 человек. А количество больных с частотой обострения менее 1 раза в год увеличилось на 13 человек.

В контрольной группе количество больных с частотой обострений пиелонефрита более 3х раз в год снизилось лишь на 1 человека, количество больных с частотой обострения 1-2 раза в год увеличилось на 4 человека.

Заключение

Из полученных нами данных можно сделать вывод о том, что разработанная нами медико-социальная

профилактика оказалась эффективной. Устранение или ослабление влияния наиболее значимых социально-гигиенических и медико-биологических факторов позволяет снизить частоту обострений хронического пиелонефрита и повысить эффективность медицинской помощи среди этих больных. ■

Алиев Р.М., ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Казань, e-mail: Ruslan_A_M@mail.ru

Литература:

1. Stratton C. W. *A practical approach to diagnosing and treating urinary tract infections in adult. Antimicrob. Inf. Dis.* 1996; 15 (6): 37-40.
2. Карпунин, И.В. *Основные направления и перспективы развития медицинско-ской реабилитации урологических и андрологических больных* 2007; 5: 4-8.
3. *Рациональная фармакотерапия в урологии. Руководство для врачей.* М.: Литтерра, 2011; 879
4. Перепанова, Т.С. *Трудности лечения рецидивирующей инфекции мочевых путей. Возможности фитопрепаратов.* Рос. мед. журн. 2009; 17 (12): 841-845.
5. *Сравнительная эффективность антибактериальных препаратов фторхинолонового и β-лактаминового рядов в комплексной терапии больных хроническим пиелонефритом.* Урология. 2012; 4: 8-12.
6. *Урология: Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина.* - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009; 1024.
7. *Состояние, проблемы и перспективы развития Российской урологической службы.* Урология. 2012; 5: 5-12.