

510.9
1787

КИЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

На правах рукописи

ШОЛОГОН
Роман Петрович

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА
КУРОРТЕ ТРУСКАВЕЦ

/№ 13.00.04 – теория и методика физического
воспитания и спортивной тренировки, включая
методику лечебной физкультуры/

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Киев - 1977

Работа выполнена в Киевском государственном институте физической культуры /ректор - профессор В.А.Парфенов/, на кафедре лечебной физкультуры и врачебного контроля /зав.кафедрой - профессор Г.В.Полеся/ и республиканском базовом санатории "Каштан" курорта Трускавец /главный врач - А.А.Гела/.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Г.В.Полеся;
кандидат медицинских наук, доцент М.А.Скоробогатов.

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель наук Литовской ССР,
доктор педагогических наук, профессор В.П.Стакионене
доктор медицинских наук, профессор С.М.Иванов

Ведущее учреждение - Волгоградский государственный институт физической культуры.

Защита диссертации состоится "26" октября 1977 г.
в 19,30 часов на заседании Ученого специализированного
Совета /К 046.02.01/ Киевского института физической культуры,
Киев, ул. Физкультуры I.

Автореферат разослан "21" сентября 1977 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Ученый секретарь специализированного
Совета

кандидат педагогических наук, доцент

А.В.Волков

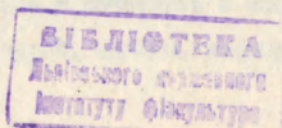
Актуальность темы. XXV съезд КПСС принял решения, имеющие исключительно важное значение для развития здравоохранения и физической культуры в нашей стране. В Директивах съезда об этом говорится как об единой задаче в охране здоровья народа, а также предусмотрено осуществление мер по дальнейшему улучшению здравоохранения, развитию физической культуры и спорта.

5517
Перед органами здравоохранения стоят большие задачи по усилению оздоровительной направленности физической культуры и спорта. Физическое воспитание должно осуществляться на научной основе и под постоянным медицинским контролем — в изучении влияния различных форм физической культуры на здорового и больного человека, на широкое внедрение в больницы, поликлиниках, санаториях и других медицинских учреждениях методов медицинской реабилитации с широким использованием лечебной гимнастики, массажа, трудотерапии, механотерапии, физиотерапии, различных бальнеологических и климатических факторов.

Для решения этой большой и важной задачи государственного значения одним из необходимых условий является наличие научно обоснованных методов применения лечебной физкультуры в комплексном лечении больных, четко и конкретно освещающих нужный материал.

Данная работа излагает анализ полученных данных и практические рекомендации по применению физических упражнений в форме лечебной гимнастики и правильном их использовании, обеспечивающем более успешное лечение больных мочекаменной болезнью.

Мочекаменная болезнь — одно из наиболее частых заболеваний органов мочевой системы. Среди методов консервативной терапии



с каждым годом все возрастающее значение придается санаторно-курортному лечению.

В настоящее время санаторно-курортное лечение является эффективной формой восстановительной терапии и важным средством профилактики рецидивов уролитиаза.

Среди питьевых курортов страны Трускавец является одним из ведущих, где успешно лечатся больные мочекаменной болезнью. Клинические наблюдения убедительно свидетельствуют, что в условиях курорта и в ближайшее время после курортного лечения спонтанное отхождение конкрементов мочевых путей наблюдается в 1,5-2 раза чаще, чем в стационарных и амбулаторных условиях /М.Е. Плистунов, 1957; М.А. Дудченко, 1957; Б.А. Хохлов, И.Т. Шимонко, 1975/.

Многолетний опыт лечения больных уролитиазом в условиях курорта убеждает в том, что благоприятные результаты санаторно-курортной терапии обусловлены не только применением природных лечебных факторов, аппаратной физиотерапии, но и широким использованием различных форм лечебной физической культуры. Установлено, что включение в лечебный комплекс физических упражнений способствует не только нормализации функционального состояния центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, но и улучшает функцию почек и мочевыводящих путей /В.И. Мошков, 1963; И.И. Саркизов-Серазини, 1960; И.П. Погорелко, 1961 и др./.

Вместе с тем вопросу применения лечебной гимнастики в комплексном санаторно-курортном лечении больных уролитиазом уделяется еще недостаточное внимание. До настоящего времени

нет научно обоснованной дифференцированной методики лечебной гимнастики, использование которой в санаторно-курортной практике проводилось бы с учетом формы мочекаменной болезни, функционального состояния почек и мочевых путей. Недостаточно изучены показания и противопоказания к назначению лечебной гимнастики, механизм влияния физических упражнений на организм больного, страдающего уролитиазом.

Все это и послужило основанием для проведения настоящей работы, основной целью которой явилось создание и применение оптимальной методики лечебной гимнастики в комплексной терапии больных мочекаменной болезнью.

В работе были поставлены следующие задачи:

1. Разработать дифференцированную методику лечебной гимнастики и специальный комплекс физических упражнений для больных мочекаменной болезнью, а также показания и противопоказания к ней.

2. Изучить влияние лечебной гимнастики в санаторно-курортном лечении больных уролитиазом на клиническое течение заболевания и функциональное состояние почек и мочевых путей.

3. Определить непосредственную эффективность применения лечебной гимнастики в комплексном лечении больных мочекаменной болезнью на курорте, а также в отдаленные сроки наблюдения.

Рабочая гипотеза. Высокая результативность санаторно-курортного лечения больных уролитиазом на курорте Трускавец в последние годы обусловлена рациональным использованием природных лечебных факторов в сочетании с аппаратной физиотерапией и лечебной физкультурой. Однако, лечебная гимнастика применялась,

как правило, без учета форм уролитиаза и функционального состояния почек и мочевых путей.

Учитывая, что среди всех форм мочекаменной болезни наиболее показанными для санаторно-курортного лечения являются больные с камнями мочеточника и с периодическим отхождением конкрементов, можно было предположить, что специально разработанная дифференцированная методика лечебной гимнастики, примененная в комплексной терапии больных этими формами уролитиаза позволит повысить непосредственную эффективность лечения больных на курорте Трускавец.

Научная новизна и практическая значимость работы заключается в разработке, апробации и внедрении новой дифференцированной методики лечебной гимнастики в комплексную терапию больных мочекаменной болезнью на курорте Трускавец.

Разработанная нами методика лечебной гимнастики строилась с учетом форм уролитиаза, функционального состояния почек и мочевых путей, локализации, размера конкремента в мочеточнике, наличия или отсутствия тенденции к его продвижению.

При оценке эффективности применения лечебной гимнастики в комплексном лечении больных нами, наряду с общепринятыми клиническими показателями учитывались данные современных методик функционально-лабораторных исследований /изотопная ренография, проба Реберга-Тареева и др./.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась в течение 1973-1975 гг. на курорте Трускавец, в республиканском базовом санатории "Каштан".

Под нашим специальным наблюдением находилось 286 больных мочекаменной болезнью в возрасте от 20 до 60 лет, из них - 189 /66% / мужчин и 97 /34% / женщин.

С целью выявления значения использования лечебной гимнастики в комплексной санаторно-курортной терапии все обследованные были разделены на две группы:

основную группу, включающую 186 больных уролитиазом, получавших комплексное санаторно-курортное лечение в сочетании с лечебной гимнастикой;

контрольную группу - 100 больных, которым проводилось аналогичное лечение, но лечебная гимнастика не назначалась.

Как в основную, так и в контрольную группы были включены больные с двумя формами уролитиаза: с камнями мочеточников и с отхождением конкрементов /т.н. "камневыделители"/, наиболее показанными для санаторно-курортного лечения.

Контингент больных в обеих группах был идентичен по давности заболевания, возрасту, полу, принадлежности к физической культуре, что позволило объективно оценить непосредственную эффективность комплексного лечения и сравнить полученные результаты в основной и контрольной группах. Средняя продолжительность лечения на курорте составляла 24-26 дней.

Наряду с общеклиническим обследованием у больных в первые

дни пребывания на курорте и в конце курсового лечения определялись следующие лабораторно-функциональные показатели:

1. Остаточный азот крови.
2. Проба по Зимницкому.
3. рН-метрия мочи на аппарате "рН-метр 340-М".
4. Проба Реберга-Тареева.
5. Изотопная рендография с ^{131}I гиппураном на аппарате УТУ-65.
6. Обзорная рентгенография почек и мочевых путей.

Кроме этого, по показаниям больным проводилась экскреторная урография и хромоцистоскопия.

Контроль за переносимостью однократной процедуры лечебной гимнастики осуществлялся на основании изучения артериального давления крови методом Н.С.Короткова, определения частоты пульса и дыхания, а также оценки субъективного самочувствия и общего анализа мочи.

Результаты, полученные при лабораторных и функциональных исследованиях больных в динамике, были подвергнуты вариационно-статистическому, а в ряде случаев - корреляционно-регрессионному анализу.

Используемые методики обследования больных и их статистическая обработка позволили объективно оценить результаты применения лечебной гимнастики и ее эффективность в комплексной санаторно-курортной терапии больных уролитиазом, как непосредственную, так и в отдаленные сроки наблюдения.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ

Разработанная и апробированная нами методика лечебной гимнастики строилась на основных обших методических принципах, принятых в лечебной физической культуре.

При составлении методики лечебной гимнастики мы не ограничивались только физическими упражнениями, применяемыми в условиях курорта, а на фоне режима труда и отдыха предлагали в домашних условиях закаливание, самостоятельные занятия по предложенным нами специальным комплексам физических упражнений.

Разработка методики лечебной гимнастики проводилась с учетом трех режимов двигательной активности, предложенных И.А.Крычко, И.И.Хитрик /1968/, Г.Н.Бжишкян-Бородина в соавт. /1968/, построенных по принципу постепенной адаптации больного к возрастающей физической нагрузке: от слабой, щадящего воздействия, до более выраженной, оказывающей тренирующее воздействие.

В соответствии с этими режимами и с целью строгого дифференцированного подхода к назначению допустимой физической нагрузки мы применяли три режима движения с последующим увеличением физической нагрузки: - режим движения № 1 - щадящий /слабого физического воздействия/; - режим движения № 2 - щадяще-тренирующий /умеренного физического воздействия/; - режим № 3 - тренирующий /выраженного физического воздействия/.

При назначении двигательных режимов /РД-I, РД-II, РД-III / мы исходили из общего состояния больного, формы уролитиаза, выраженности болевого синдрома, степени нарушения функции почек, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, состояния

сердечно-сосудистой системы, возраста и предшествующей физической тренированности больного.

Основной формой лечебной физкультуры и важным элементом режима движения, осуществляющим задачи специальной тренировки, является лечебная гимнастика. Дифференцированное использование в процедурах лечебной гимнастики физических упражнений различного характера, строгая дозировка их и выполнение методических указаний позволяет оказать целенаправленное благоприятное воздействие на организм больного с целью восстановления здоровья.

Процедуры лечебной гимнастики состояли из вводной, основной и заключительной частей.

Особенно благоприятно действуют физические упражнения на организм больного мочекаменной болезнью в сочетании с приемом минеральной воды "Нафтуса", ибо в основе заболевания лежат нарушения функционального состояния центральной нервной системы, обмена веществ, функции почек, мочевыводящих путей и т.д. Такое комплексное лечение способствует не только отхождению конкрементов, но и играет большую роль в предупреждении роста и образования камней.

Исходя из этого, основными задачами лечебной гимнастики в терапии больных уролитиазом являлись:

1. Благоприятное влияние на психо-эмоциональное состояние больного.
2. Положительное действие на обмен веществ, окислительно-восстановительные процессы в организме.
3. Улучшение функции почек, крово- и лимфообращения в них.
4. Увеличение диуреза и улучшение уродинамики верхних мочевых путей с целью быстрой эвакуации продуктов распада,

кристаллов солей, "гравия" и конкрементов.

5. Общеукрепляющее воздействие на организм больного и прежде всего на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Особенностью разработанной нами методики лечебной гимнастики является разработка и использование комплекса специальных физических упражнений различной интенсивности, применяемых к больным в зависимости от формы уролитиаза, функционального состояния почек и верхних мочевых путей, локализация, размера конкремента, способных вызвать усиление сократительной способности мочеточников и создать инерцию для более быстрого продвижения или отхождения конкремента.

К специальным физическим упражнениям мы относили упражнения, при которых туловище и нижние конечности находились в различных исходных положениях: стоя, лежа на животе и спине, коленно-кистевом. Применялись упражнения со снарядами и без них, в чередовании напряжения и расслабления мышц различных частей тела /в частности, брюшного пресса/, а также упражнения динамического и циклического характера, ходьба ритмичная /с изменением темпа/ на носках, пятках, выпады, прыжки, различные сотрясения органов брюшной полости типа "вибрации" на пятках у гимнастической стенки с высокой частотой, семенящий бег.

Механизм действия специальных физических упражнений заключается в чередовании повышения и понижения внутрибрюшного давления, в умеренном ритмичном сотрясении органов брюшной полости и забрюшинного пространства по вертикальной оси и перемещении органов брюшной полости в различных направлениях, что усиливает сократительную способность гладкой мускулатуры почек

и мочеточников и, таким образом, способствует продвижению или отхождению камней.

Следует подчеркнуть важность включения в процедуру лечебной гимнастики дыхательных упражнений, а особенно диафрагмального дыхания. Дыхательные упражнения улучшают и активизируют функцию внешнего дыхания, способствуют правильному дозированию физической нагрузки при выполнении упражнений, а также увеличивают подвижность диафрагмы, что имеет большое значение в регуляции внутрибрюшного давления.

Процедуры лечебной гимнастики проводились в одно и то же время и с таким расчетом, чтобы прием минеральной воды "Нафтуса" предшествовал процедуре, а сама процедура лечебной гимнастики предшествовала приему пищи. Прием минеральной воды перед процедурой лечебной гимнастики считали целесообразным потому, что выпитая вода создает у больных своего рода "гидро-удар", вследствие чего усиленный ток мочи увлекает с собой имеющийся в мочеточнике песок, "гравий" или камень, а специальные физические упражнения увеличивают диуретическое действие "Нафтуса", усиливают сократительную и двигательную функцию мочеточников.

В зависимости от интенсивности физической нагрузки при РД-II, РД-III, внепочечные потери жидкости компенсировались дополнительным адекватным назначением минеральной воды "Нафтуса" до и после процедуры ЛГ.

Лечебную гимнастику назначали и проводили в соответствии с РД-II и РД-III. Процедуры лечебной гимнастики проводили малогрупповым и групповым методом. Количество занимающихся ограничивали до 12 человек для осуществления лучшего контроля за больными

при выполнении физических упражнений. Продолжительность процедуры составляла 30–35 минут. За курс лечения больные получали в среднем 12–16 процедур лечебной гимнастики.

Группы для проведения процедур лечебной гимнастики формировались в соответствии с нозологическими формами заболевания, фазы его развития и особенностями клинического течения. При комплектовании групп учитывались также возрастные, профессиональные особенности больных, степень предшествующей физической подготовленности, сопутствующие заболевания, а также состояние сердечно-сосудистой системы и других органов.

В связи со сходной симптоматикой и клиническим течением заболевания, мы сочли возможным больных с периодическим отхождением конкрементов и больных с камнями мочеточников объединить в одну группу. Однако, общая нагрузка в процедуре лечебной гимнастики назначалась дифференцированно с учетом наличия или отсутствия камня в мочеточнике, его локализации, размеров и формы, а также индивидуальных особенностей больного. Интенсивность физической нагрузки главным образом зависела от формы мочекаменной болезни: у больных с камнями мочеточника она была выше, чем у "камневыводителей". При этом у больных с отхождением конкрементов исключались следующие движения и упражнения: акцентированная ходьба на пятках /передвижение семенящим шагом/ и упражнения непосредственной целенаправленности /выпады, прыжки, различные сотрясения типа "вибрация" органов брюшной полости на пятках у гимнастической стенки/.

Упражнения выполнялись в среднем темпе, а акцентированная ходьба на пятках, бег, различные сотрясения и так называемая

"вибрация" - в быстром темпе.

В начале курса лечения часть упражнений назначалась в меньшей дозировке из облегченных исходных положений.

При выполнении физических упражнений дыхание было свободным, носовым, правильно сочеталось с движениями.

По мере повышения физической тренированности больных, постепенно увеличивалось число повторений и интенсивность выполнения упражнений. При появлении жалоб на слабость или недомогание дозировка физической нагрузки уменьшалась.

После лечебной гимнастики рекомендовались водные процедуры /обтирание или гигиенический душ/.

Для закрепления лечебного эффекта, мы рекомендовали нашим больным для проведения на дому занятия по лечебной гимнастике в виде индивидуальных заданий с включением специальных упражнений. Такой подход позволил закреплять и улучшать результаты лечения.

Основываясь на результатах проведенных специальных исследований, нами выработаны показания и противопоказания к назначению лечебной гимнастики больным уролитиазом.

ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

I. Мочекаменная болезнь с периодическим отхождением конкрементов и кристаллов солей, когда в организме остаются предпосылки к их рецидивированию; при нормальной или нарушенной функции одной из почек, при умеренном нарушении уродинамики без признаков обострения пиелонефрита, отсутствии выраженных

отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы.

2. Камни мочеточника, которые по своим размерам не превышают 1,2 см и имеют тенденцию к продвижению или отхождению. Нормальная или частично нарушенная функция одной из почек на стороне патологического процесса при незначительном нарушении уродинамики и отсутствии выраженных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРОТИВПОКАЗАНА:

а/ мочекаменной болезни с двусторонними нарушениями функции почек и уродинамики, осложненной: гидронефрозом, хронической почечной недостаточностью, часто рецидивирующим пиелонефритом, вторичной артериальной гипертензией, выраженных изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы;

б/ камнях мочеточника, форма, размеры и положение которых не позволяют надеяться на их продвижение или спонтанное отхождение.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения уже в первые недели наблюдалась положительная динамика субъективных и объективных признаков заболевания. Так, если в начале курса лечения 225 /79% / больных отмечали общее недомогание и повышенную утомляемость, у 63 /22% / имелось расстройство

сна, 87 /31% / жаловались на плохой аппетит, у 132 /46% / наблюдалась одышка при физической нагрузке, у 46 /16% / - сердцебиение, то в конце первой недели эти симптомы исчезли у 37% больных, уменьшились - у 42%, сохранились у 21% больных, главным образом, среди больных в контрольной группе.

Вместе с тем, при поступлении 176 /95% / больных основной группы жаловались на поясничные боли, 72 /39% / по ходу мочеточника на стороне патологического процесса, а у 140 /75% / - болезненное мочеиспускание. В результате курортной терапии болевые ощущения прекратились у 118 /67% /, уменьшились - у 44 /25% / и сохранились у 14 /8% / больных. Среди объективных признаков уролитиаза при поступлении отмечались: пальпаторная болезненность почки на стороне поражения у 98 /53% / больных, по ходу мочеточника - у 64 /34% / и т.н. симптом Пастернацкого у 37 /20% / человек. В конце курсового лечения патологические симптомы исчезли или уменьшились более чем у 3/4 больных.

Отмечено, что у больных основной группы чаще имело место улучшение самочувствия и состояния по сравнению с больными контрольной группы.

Существенные изменения претерпевали в результате лечения и некоторые лабораторные показатели. Так, наблюдалось снижение уровня остаточного азота крови у 70 /57% / больных. Среди больных основной группы в начале лечения отмечалась лейкоцитурия у 46 /25% / человек, эритроцитурия - у 72 /39% /, а у 121 /65% / - различной интенсивности кристаллурия. В процессе санаторного лечения интенсивность лейкоцитурии, эритроцитурии и кристаллурии снижалась у преимущественного числа больных, а

в конце лечения у 124 /67% / человек клеточный состав мочи становился нормальным и седиментация мочевых солей прекращалась полностью. Вместе с тем у 28 /15% / больных уролитиазом с сопутствующим мочевым диатезом кристаллурия оставалась выраженной на протяжении курса лечения. В контрольной группе положительная динамика лабораторных показателей наблюдалась реже. Активная реакция мочи /рН/ под влиянием лечения как в основной, так и в контрольной группе умеренно увеличивалась и не имела статистической значимости.

Особое место в оценке результативности санаторно-курортного лечения больных мочекаменной болезнью занимает изучение функционального состояния почек и мочевыводящих путей. Действие отдельных лечебных факторов курорта Трускавец на организм больного, страдающего уролитиазом, весьма многообразно, однако увеличение диуреза, снижение концентрации мочи, улучшение пацальных функций почек и уродинамики были и остаются основными и неперемными условиями санаторно-курортного лечения этого заболевания /Е.Н. Линде, 1958; Г.С. Гребенчиков, 1965/.

Анализ результатов исследования пробы по Зимницкому показал, что курсовое лечение увеличивает суточный диурез /от 1653,4 мл до 1810 мл., $P < 0,01$ /, как у больных с камнями мочеточников, так и с отхождением конкрементов /от 1673 мл. до 1796 мл., $P < 0,05$ /. Рост суточного диуреза происходил главным образом за счет увеличения дневного количества мочи /от 830,3 мл., до 959,2 мл., $P < 0,05$ / и в меньшей мере - за счет ночного диуреза /от 824 мл. до 844 мл., $P < 0,05$ /. При этом соотношение дневного диуреза к ночному имело тенденцию к увеличению

в конце лечения /от 1,08 мл., до 1,16 мл., $P < 0,05$ /,

Наряду с увеличением диуреза параллельно наблюдалось снижение удельного веса мочи, как максимальных /от 1020 до 1018, $P < 0,05$ /, так и минимальных показателей /от 1010 до 1008, $P < 0,001$ /.

У больных контрольной группы происходили аналогичные изменения диуреза и удельного веса мочи, однако они не имели статистически достоверной значимости.

Изучение фильтрационно-реабсорбционной функции почек по пробе Реберга-Тареева показало, что в результате комплексного лечения происходило увеличение клубочковой фильтрации / $P < 0,05$ / и снижение канальцевой реабсорбции / $P < 0,05$ /, что и обуславливало значительное увеличение диуреза. Корреляционный и регрессионный анализ, проведенный между диурезом и гломерулярной фильтрацией у больных основной группы подтвердил прямую взаимосвязь между показателями / $r = + 0,61$ / $r = + 0,7$ /. У больных контрольной группы коэффициенты ранговой корреляции и регрессии статистически не были достоверными.

Анализ данных изотопной ренографии в начале курса лечения позволил установить, что у 85 /72% / больных основной группы имелись нарушения секреторно-эксреторной функции почек и уродинамики верхних мочевых путей, причем эксреторные нарушения, как правило, превалировали над секреторными. В конце курса лечения у 35 /41% / больных основной группы наблюдалась полная нормализация показателей изотопных ренограмм, а у 40 /47% / - улучшение и только у 10 /12% / нарушения сохранились. В большинстве случаев /75% / нарушения секреторно-эксреторной функ-

ции почек имели место у больных с камнями мочеточника, когда продвижение или отхождение конкрементов наблюдалось в последние дни лечения на курорте. В контрольной группе улучшение секреторно-высекреторной функции почек по данным изотопной ренографии было реже.

Комплексное санаторно-курортное лечение больных уролитиазом с применением лечебной гимнастики позволило получить достаточно хорошие непосредственные результаты. Так с оценкой "значительное улучшение" выписано 59 /32% / больных, с "улучшением" - 125 /67% / и "без изменения" только 2 /1% / больных, как это представлено на табл. I.

Таблица I

Эффективность комплексного лечения
больных уролитиазом

Группы больных	Результаты лечения					
	значительное улучшение		улучшение		без изменения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная	59	/32/	125	/67/	2	/1/
Контрольная	12	/12/	82	/82/	6	/6/

Среди больных с камнями мочеточника у 31 /33% / имело место отхождение конкрементов в процессе лечения на курорте, а у 14 /15% / продвижение по просвету мочеточника, как это следует из данных табл. 2.

Таблица 2.

Частота отхождения и продвижения конкрементов
у больных уретеролитиазом

Группы больных	Результаты лечения					
	отхождение		продвижение		без изменения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная	31	/33/	14	/15/	48	/52/
Контрольная	8	/16/	3	/6/	39	/78/

Наиболее часто отхождение камней наблюдалось при локализации в нижней трети мочеточника, когда размеры конкрементов не превышали 1,2 см. В большинстве случаев эвакуация камней из мочеточника происходила без выраженной почечной или мочеточниковой колики, особенно у женщин. Среди больных "камневыведителей" у 26 человек также имело место спонтанное отхождение мочевого песка, "гравия" и мелких камней.

При оценке непосредственных результатов санаторно-курортного лечения учитывалось не только улучшение клинического течения уролитиаза, частота отхождения конкрементов, но и динамика лабораторных показателей, отражающих функциональное состояние почек и уродинамики верхних мочевых путей.

При оценке эффективности санаторно-курортной терапии больных уролитиазом большое значение имело изучение результатов в отдаленные сроки наблюдения. Табл. 3.

Таблица 3.

Эффективность санаторно-курортного лечения
больных уролитиазом основной группы в
отдаленные сроки наблюдения

Результаты лечения						
Значительное улучшение :		Улучшение :		Без изменения		
абс.	%	абс.	%	абс.	%	
23	/26/	57	/65/	8	/9/	

Из таблицы 3 видно, что эффективность санаторно-курортного лечения больных уролитиазом в отдаленные сроки наблюдения была отмечена: у 26 % больных - значительное улучшение, у 65 % - улучшение и у 9 % больных - без изменения.

Учет отдаленных результатов санаторно-курортного лечения, проведенный у 88 больных в сроки от 3 до 12 месяцев свидетельствует о том, что большинство больных по возвращению из санатория вернулось к трудовой деятельности и обычному режиму жизни. Вместе с тем 26 /30% / больных в домашних условиях систематически занимались рекомендованными нами специальными физическими упражнениями, а 50 /57 % / - занимались периодически с интервалом в 1-2 месяца.

У 17 /34 % / больных с камнями мочеточника в домашних условиях наблюдалось спонтанное отхождение конкрементов, при том у 5 /10 % / - в первые 6 месяцев, а у 12 /24 % / - в срок от 6 до 9 месяцев после курортного лечения.

Наряду с этим обращает на себя внимание тот факт, что если до курортного лечения временная утрата трудоспособности по поводу обострения уролитиаза была отмечена у 34 /39 % / больных и составила 238 дней, то после курортного лечения - лишь у 13 /15 % / больных и составила 52 дня. В целом у 80 /90,9 % / больных в отдаленные сроки наблюдения самочувствие и состояние здоровья было хорошим и только у 8 /9,1 % / больных имели место обострения.

Таким образом, применение занятия лечебной гимнастикой по научно обоснованной дифференцированной методике и использование комплекса специальных физических упражнений в условиях курорта и после выписки из санатория больными уролитиазом позволяет добиться благоприятных непосредственных результатов лечения, так и в отдаленные сроки наблюдения.

ВЫВОДЫ

1. Применение лечебной гимнастики в комплексном санаторно-курортном лечении больных с камнями мочеточника и отхождением конкрементов значительно улучшает клиническое течение заболевания, уменьшая выраженность болевого синдрома и дизурические расстройства.

2. Особенностью разработанной нами методики лечебной гимнастики является применение специальных физических упражнений /выпады, прыжки, различные сотрясения брюшной полости типа "вибрации" и др./ различной интенсивности направленных на усиление перистальтики мочеточника и ускорение эвакуации конкремента.

3. Под влиянием курсового лечения с использованием лечебной гимнастики происходит нормализация или улучшение цитологического состава мочи /снижение лейкоцитурии, эритроцитурии и кристаллурии/.

4. Комплексное лечение больных уролитиазом с применением научно обоснованной дифференцированной методики лечебной гимнастики улучшает функциональное состояние почек. Наблюдается статистически достоверное увеличение суточного диуреза, главным образом за счет дневного и в меньшей мере ночного количества мочи. Пропорционально росту диуреза наблюдается снижение показателей удельного веса мочи. Увеличение диуреза обусловлено как повышением клубочковой фильтрации, так и снижением канальцевой реабсорбции воды.

5. Применение лечебной гимнастики в комплексной терапии

больных мочекаменной болезнью на курорте Трускавец улучшает отдельную секреторно-экскреторную функцию почек /по данным изотопной ренографии/.

6. Включение лечебной гимнастики в комплексное санаторно-курортное лечение больных с камнями мочеточника позволило добиться их спонтанного отхождения у 33 % больных и продвижение у 15 % больных.

7. Наибольшая эффективность использования лечебной гимнастики при лечении больных уретеролитиазом достигается при камнях, локализованных в нижней трети мочеточника и не превышающих 1,2 см.

8. Санаторно-курортное лечение больных мочекаменной болезнью с применением лечебной гимнастики способствует повышению непосредственных результатов лечения, а также позволяет получить значительный экономический эффект в отдаленные сроки наблюдения за счет снижения продолжительности временной нетрудоспособности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В комплексном санаторно-курортном лечении больных уретеролитиазом следует шире применять разработанную дифференцированную методику лечебной гимнастики, особенно при камнях мочеточника, не превышающих максимального размера 1,2 см., а также у больных "камневыделителей".

Считать нецелесообразным назначение лечебной гимнастики больным: с двусторонними нарушениями почек и уродинамики, а

также при уролитиазе, осложненном часто рецидивирующим пиелонефритом, гидронефрозом, ренальной гипертензией и хронической почечной недостаточностью; с камнями мочеточника, размеры, форма которых и длительность нахождения в просвете не позволяет надеяться на их спонтанное отхождение или продвижение.

2. Процедуры лечебной гимнастики необходимо проводить дифференцированно, малогрупповым и групповым методом с учетом формы и клинического течения мочекаменной болезни, а также функционального состояния почек и мочевыводящих путей.

3. В зависимости от интенсивности физической нагрузки при РД-II, РД-III целесообразно компенсировать экстраренальные потери жидкости дополнительным адекватным назначением минеральной воды "Нафтуса" до и после лечебной гимнастики.

Диссертация написана на русском языке на 148 страницах машинописи /в том числе 118 стр. текста/, иллюстрирована 21 таблицей, 10 рисунками, 9 наблюдениями с краткими выписками из историй болезни с фотоснимками рентгенограмм, отошедших камней, изотопных ренограмм. Комплекс физических упражнений иллюстрированный 30 рисунками. В библиографическом списке 120 работ отечественных и 13 иностранных авторов.

X X X

Работа посвящена разработке и внедрению в курортную практику комплекса специальных физических упражнений лечебной гимнастики при лечении больных с камнями мочеточника и с отхождением конкрементов.

Применение дифференцированной лечебной гимнастики в комплексном санаторно-курортном лечении больных этими формами уролитиаза позволило улучшить клиническое течение заболевания, функциональное состояние почек и верхних мочевых путей. Использование лечебной гимнастики дало возможность повысить в два раза частоту спонтанного отхождения конкрементов на курорте, улучшить непосредственные результаты санаторно-курортного лечения, а также и в отдаленные сроки наблюдения.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лечебная гимнастика в комплексе санаторно-курортной терапии больных с камнями мочеточника. Тезисы докладов I Всесоюзного съезда по врачебному контролю и лечебной физкультуре. В сб.: Лечебная физкультура в клинике внутренних болезней у взрослых и детей /Киев, 22-26 сентября 1975 г./, Москва, 1975, 112.
2. Комплексное курортное лечение больных уролитиазом, осложненным пиелонефритом с использованием лечебной гимнастики. Тезисы докладов межтерриториальной научно-практической врачебной

конференции. В сб.: Вопросы санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями почек. Уфа, август 1976, 86-88 /в соавторстве/.

3. Лечебная гимнастика в комплексной терапии больных мочекаменной болезнью. Методические рекомендации. Трускавец, 1976, 1,5 печатных листа.

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ НА:

1. I Всесоюзном съезде по врачебному контролю и лечебной физкультуре. Киев, 1975 г.

2. Межтерриториальной научно-практической врачебной конференции "Вопросы санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями почек". Уфа, 1976.

3. Львовской областной научно-практической конференции урологов. Трускавец, 1976 г.

4. Совместном заседании Львовского и Трускавецкого научном обществе урологов. Трускавец, 1976 г.

5. Областной научно-практической конференции урологов. Трускавец, 1977 г.