

Література. 1. Бондаренко В.М., Боев Б.В., Лыкова Е.А., Воробьев А.А. Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – №1. – С66-70. 2. Гриневиц Ю.А., Каменец Л.А., Билинский Б.Т. Иммунология и иммунотерапия опухолей молочной железы.-К.: Здоровье, 1990.-174с. 3. Одум Ю. Экология. В 2-х т.: Пер. с англ. – М.: Мир, 1986. – 740с. 4. Парфенов А.И. Микробная флора кишечника и дисбактериоз // Русский мед. журнал. – 1998. – №6. – С.1170-1173. 5. Парфенов А.И., Калось Ю.К., Сафронова С.А., Федотова Н.Г. Дисбактериоз кишечника // Укр. медичний часопис.-1998. -№3(5). – С.65-71. 6. Пинегин Б.В., Мальцев В.Н., Коршунов В.М. Дисбактериозы кишечника. – М.: Медицина, 1984. –143с. 7. Сидорчук И.И. Антагонистическая активность протионовокислой палочки Шермана и эффективность ее использования в лечении дисбактериозов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. -03.00.07. – Киев. – 36с. 8. Bonadonna G., Valagussa P. Dose-responce effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer // Engl. J. Med. – 1981.– №304. – P.10-15.

THE INFLUENCE OF INFRA-RED LASER IRRADIATION ON THE LARGE INTESTINE MICROFLORA IN PATIENTS WITH BREAST CANCER WHILE CONDUCTING THE ADJUVANT CHEMOTHERAPY

V.V.Stankevych

Abstract. The influence of infra-red laser per cutaneous blood irradiation on the specific composition and population level of the large intestine microflora was studied in 49 breast cancer patients while conducting the adjuvant chemotherapy. Infra-red per cutaneous laser blood irradiation contributes to preservation of physiologically useful bacteria, prevents from the contamination of the large intestine cavity by pathogenic microorganisms and averts the development of severe dysbacteriosis degrees.

Key words: infra-red laser irradiation, adjuvant chemotherapy, microflora, large intestine.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

УДК 616.61 – 089.87

Т.Л.Томусяк, О.С.Федорук

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРТИЗИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕФРЕКТОМІЮ

Кафедра факультетської хірургії, очних та ЛОР-хвороб
(зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Аналіз клініко-лабораторних показників у післяопераційному періоді дав змогу виділити особливості оцінки працездатності у 183 хворих, що перенесли нефректомію. Показано, що критерієм встановлення групи інвалідності або ступеня непрацездатності у хворих після нефректомії повинна бути стадія ХНН та активність запального процесу єдиної нирки, частота загострень захворювання, вираженість болювого синдрому й артеріальної гіпертензії, вік хворого, характер виконання роботи, умови праці і професія.

Ключові слова: нефректомія, хронічна ниркова недостатність, працездатність.

Вступ. Накопичено багато цінних даних, що базуються на значній кількості клінічних досліджень і стосуються хворих, які перенесли нефректомію [2,3,10].

Травматичність операції, субопераційні (масивні кровотечі) та післяопераційні ускладнення (гостра ниркова недостатність, гострі або загострення хронічних запальних захворювань протилежної єдиної нирки, сечокам'яна хвороба) на фоні раптового збільшення функціонального навантаження на єдину нирку зумовлюють декомпенсацію ниркових функцій із поступовим розвитком хронічної ниркової недостатності [5,6,7,8,9]. Разом з тим, питання експертизи працездатності хворих з єдиною ниркою висвітлені недостатньо [1,4].

Мета дослідження. На основі комплексного аналізу клініко-лабораторних показників провести експертизу працездатності хворих після нефректомії для виявлення особливостей функціонування єдиної нирки при патології.

Матеріал і методи. За 10 років у нашій клініці виконано 183 нефректомії з приводу тих чи інших захворювань або різноманітних ускладнень патологічних процесів (пухлини паренхіми нирки і сечових шляхів – 53 хворих, гідронефроз і піонефроз – 51, сечокам'яна хвороба – 44, вторинний нефросклероз – 22, туберкульоз нирки – 26). Прооперовано 134 жінки і 49 чоловіків віком від 35 до 67 років. Всіх обстежених розділено на 3 групи: в першу групу ввійшли хворі після нефректомії зі здоровою протилежною ниркою (94 хворих), у другу групу – хворі з хронічним піелонефритом єдиної нирки (69) і в третю групу – хворі зі сечокам'яною хворобою єдиної нирки.

Функціональні можливості єдиної нирки оцінювали комплексно, за допомогою вивчення загальноклінічних, біохімічних, бактеріологічних аналізів сечі і крові, концентраційної здатності нирки, стану іонного гомеостазу, електролітного складу крові, її білкових фракцій, показників концентрації креатиніну та сечовини, результатів екскреторної урографії, радіологічних методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. При визначенні тимчасової або стійкої непрацездатності хворих, які перенесли нефректомію, насамперед бралися до уваги характер патологічного процесу, що зумовив нефректомію, ступінь функціональних можливостей протилежної нирки, активність запального процесу та частота його загострень, вік хворих, інтенсивність больового синдрому, термін після операції та вид трудової діяльності хворих.

Після всебічного клініко-експертного обстеження у 94 хворих будь-яких зрушень із боку єдиної нирки виявлено не було, що дало можливість більшості із них (87 хворих - 92,2%) визнати працездатними, 3 хворих (3%) – інвалідами III групи, 4 хворих (4,1%) – інвалідами II групи (у зв'язку з наявністю численних супровідних захворювань).

Із загальної кількості хворих хронічним піелонефритом (2 група) – 11 хворих визнано працездатними, а інші – інвалідами I групи (7 хворих), II групи (18) та III групи (33 хворих), оскільки у кожного з них виявлено хронічну ниркову недостатність (ХНН) різного ступеня важкості. Аналіз показав наявність інтермітуючої стадії ХНН у 7 хворих, компенсовану – у 18 хворих і латентну – у 33 хворих. Слід зазначити, що у 5 хворих, визнаних інвалідами I групи та у 8 хворих інвалідів II групи в післяопераційному періоді (після нефректомії) розвилась гостра ниркова недостатність неолігуричного типу, а в 2 хворих (інвалідів I групи) – олігоануричного типу, що на нашу думку стало однією з основних причин розвитку в них у подальшому ХНН.

Разом з тим, якщо впродовж п'яти-шести років у хворих з латентною стадією ХНН результати дослідження свідчили про задовільну функцію єдиної нирки та відсутність у ній активного запального процесу, то хворі визнавались обмежено працездатними.

Особливість експертизи працездатності хворих із сечокам'яною хворобою єдиної нирки була зумовлена перш за все важкістю захворювання. Даний контингент хворих вимагав постійного лікарського спостереження і періодичного обстеження упродовж одного-двох років для можливого виявлення або виключення етіологічних та патогенетичних факторів каменеутворення і піелонефриту. Наявність або відсутність останніх, а також ХНН, вираженість больового синдрому й артеріальної гіпертензії в багатьох випадках давали змогу визнати пацієнтів працездатними.

У результаті всебічного комплексного обстеження хворих на сечокам'яну хворобу єдиної нирки визнано працездатними четверо хворих, обмежено працездатними – 11, непрацездатними – п'ять, з яких двоє хворих – інвалідами І групи.

Висновки.

1. Потрібний індивідуальний підхід до визначення працездатності хворих з єдиною ниркою в кожному окремому випадку.

2. Критерієм встановлення групи інвалідності або ступеня працездатності є ХНН, активність запального процесу, частота загострень захворювання, вираженість больового синдрому й артеріальної гіпертензії, вік хворого, характер та умови праці і професія.

Література. 1. Джаудат Р., Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Мочекаменная болезнь единственной почки. – М.: Медицина, 1972. – 184 с. 2. Карпенко В.С., Переверзев А.С. Нефрэктомия и заболевания контрлатеральной почки // Урол. и нефрол. – 1983. – №6. – С. 54 – 56. 3. Люлько А.В. Функциональное состояние и патология единственной почки. – К.: Здоров'я, 1982. – 248 с. 4. Орлов А.П. Оценка трудоспособности больных с единственной почкой // Урол. и нефрол. – 1979. – №3. – С. 25 – 29. 5. Пытель А.Я., Гришин М.А. Заболевания единственной почки. – М., 1973. – 184с. 6. Ратнер М.Я., Стенина И.И., Фёдорова И.Д. Значение клинического и морфологического типов хронического гломерулонефрита и тубулоинтерстициальных изменений для прогноза прогрессирования заболевания // Клини. медицина. – 1999. – №1. – С. 30-34. 7. Федорук О.С. Гостра ниркова недостатність за сечокам'яною хвороби // Буковинський мед. вісник. – 1999. – Т. 3, № 1. – С. 116 – 121. 8. Bretheau D., Koutani A., Lechevallier E., Coulange C. A French national epidemiologic survey on renal cell carcinoma. Oncology Committee of the Association Francaise d'Urologie // Cancer. – 1998. – V. 82, № 3. – P. 538 – 544. 9. Narita I., Nakayama H., Goto S. et al. Identification of genes specifically expressed in chronic and progressive glomerulosclerosis // Kidney Int. Suppl. – 1997. – №63. – P. 215 – 217. 10. Silver D.A., Morash C., Brenner P. et al. Pathologic findings at the time of nephrectomy for renal mass // Ann. Surg. Oncol. – 1997. – V. 4, № 7. – P. 570 – 574.

PECULIARITIES OF MEDICAL LABOR EXAMINATION OF PATIENTS AFTER NEPHRECTOMY

T.L. Tomusiak, O.S. Fedoruk

Abstract. An analysis of clinico-laboratory parameters during the postoperative period made it possible to single out the peculiarities of evaluating the capacity for work of 183 patients who underwent nephrectomy. It was shown that the stage of chronic renal failure and the activity of the inflammatory process of the remaining kidney, the rate of disease exacerbations, the frankness of the pain syndrome and arterial hypertension, the character of performed work, the work conditions and profession served as the criteria of establishing the group of invalidism and the degree of disability in patients following nephrectomy.

Key words: nephrectomy, chronic renal failure, capacity for work.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)