

2001.-342с. 9. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. - М.: Медицина. 1997. 352 с. 10. Лабораторная неинвазивная технология доклинической диагностики мочекаменной болезни: В.Л. Эмануэль Н.А. Лисовая, Л.А. Хоровская, Л.А. Носкин // Мед. панорама: - 2002.-№.3-с.54. 11. Лазерная корреляционная спектроскопия в диагностике плазменного гомеостаза при остром воспалении // А.В. Зубаренко, Ю.И. Бажора, Д.Ю. Андронов, Н.Б. Коваленко, А.П. Ромагчук. - Мед. реабілітація, курортол. і фізіотерапія - 1998. - №3(15). - С.49-50. 12. Ларина Т. А. Состояние органов дыхания у больных гипертонической болезнью // Клип.мед.- 2002. -№1. - С. 33-36. 13. Лисовая Н.А. Новый подход к лабораторной диагностике нарушений гомеостаза: диагностические возможности лазерной корреляционной спектроскопии в детской нефрологии // Нефрол. и диализ.-2001.-Т.3, №1.-С. 67-72. 14. Папенко А.В., Носкин Л.О., Ромагчук О.П. Індивідуальне санотипування як основа адресатних корекційно-реабілітаційних заходів // Одеський медичний ж. - №1, 2004.-С.65-68. 15. Руководство по клинической физиологии дыхания // Л.Л. Шика, Н.Н. Канаев и др. - Л.: Медицина, 1980.-375с. 16. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. - СПб.: «Невский Диалект», 1998.-С. 11-25. 17. Эмануэль В.Л., Генкин А.А., Носкин Л.А., Эмануэль Ю.В. Интегральные технологии оценки саногенеза // Лаб. мед. №3. - 2000.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ МЕТОДАМИ САНОГЕНЕТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

А. В. Папенко

Резюме. Показана возможность дифференциации клинической отягощенности патологии системы внешнего дыхания методами саногенетического мониторинга. С

использованием спироартериокардиоритмографа и лазерной корреляционной спектроскопии получены результаты, которые свидетельствуют об уровне функционального напряжения в кардиореспираторной системе и системах гуморального и тканевого метаболизма. Данные особенности саногенеза предопределяют клиническое течение патологии системы внешнего дыхания.

Ключевые слова: саногенез, патология, система внешнего дыхания, спироартериокардиоритмография, лазерная корреляционная спектроскопия.

DIFFERENTIATION OF CLINICAL AGGRAVATION OF ABNORMAL EXTERNAL RESPIRATION SYSTEM BY METHODS OF SANOGENETIC MONITORING

A. V. Panenko

Abstract. A possibility of the differentiating clinical aggravation of abnormal external respiration system by methods of sanogenetic monitoring has been shown. The results indicative of the level of functional effort in the cardiorespiratory system and the system of humoral and tissue metabolism have been obtained using a spiroarteriocardiorhythmograph and laser correlative spectroscopy. These peculiarities of sanogenesis predetermine a clinical course of abnormal external respiration system.

Key words: sanogenesis, external respiratory system, spiroarteriocardiorhythmography, laser correlative spectroscopy.

State Medical University (Odessa)
Chkalov Clinical Sanatorium (Odessa)

Clin and experim. pathol. 2004. Vol.3, №1. P.102-106.

Надійшла до редакції 12.01.2004

УДК 616. 61-089.87

Т. Л. Томусяк¹
О. С. Федорук²
М. В. Зеляк³
Г. А. Литвинець³

НЕФРЕКТОМІЯ: ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ

¹ – Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, м. Чернівці, ² – Буковинська державна медична академія, м. Чернівці
³ – Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ

Ключові слова: нефректомія, органозберігаючі і органовидаляючі операції, функціональна здатність єдиної нирки.

Резюме. Порівняльний аналіз результатів виконаних нефректомії у 134 хворих свідчить про їх доцільність і обгрунтованість. Найчастіше нефректомія виконувалась при пухлинах нирок (49 хворих), сечокам'яній хворобі (39 хворих), гідронефрозі (27 хворих) і децю рідше при піонефрозі (9 хворих), туберкульозі (6 хворих) і травмі нирки (4 хворих). Функціональна здатність єдиної нирки, яка залишилася після нефректомії, залежить від особливостей початкового патологічного процесу. Тактика реабілітації пацієнтів визначається індивідуально.

Вступ

Проблема нефректомії, як поширеної операції в нашій країні, заслуговує на особливу увагу,

оскільки кількість цих інвалідизуючих хірургічних втручань неухильно зростає [2-5, 9]. У той же час, застосування сучасних методів діаг-

© Т. Л. Томусяк, О. С. Федорук, М. В. Зеляк, Г. А. Литвинець, 2004

ностики, бережлива техніка операцій, наявність високо ефективних антибактеріальних препаратів, здавалося б, навпаки, повинні вести до збільшення органозберігаючих оперативних втручань і зменшення органовидаляючих. Однак тенденції до зменшення кількості нефректomій, за нашими і літературними даними, не спостерігається [1, 8]. Окрім того, важливим питанням є оцінка клінічного стану хворих з єдиною залишеною після нефректomії ниркою, їх диспансеризація та лікування. Отже, вирішення цих питань потребує їх ретельного аналізу та відповідних висновків.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Провести аналіз обґрунтованості виконаних нефректomій та впливу нефректomії на функціональний стан єдиної залишеної нирки.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

За останні 5 років (1998-2002 рр.) в урологічній клініці Івано-Франківської державної медичної академії було виконано 2612 операцій, у тому числі в 134 пацієнтів - нефректomія. У 1998 році вказане оперативне втручання мало місце у 24 хворих, у 1999 р. - у 32, у 2000 р. - у 26, у 2001 р. - у 28 та у 2002 р. - у 26. Вік пацієнтів коливався в межах від 25 до 65 років. Тривалість захворювання - від 5-6 місяців до 4-5 років. Значна кількість прооперованих (41 хворий) неодноразово лікувались як амбулаторно, так і в умовах стаціонару.

Усім хворим проводили комплексне обстеження: загальноклінічні та біохімічні дослідження крові та сечі, ультразвукове сканування сечових шляхів, екскреторну урографію, комп'ютерну томографію, морфологічні дослідження.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Порівняльний аналіз виконаних нефректomій безперечно свідчить про їх істотне зростання, хоча в кожному конкретному випадку не можуть виникати сумніви щодо обґрунтованості таких операцій. Так, нефректomія з приводу пухлини паренхіми та сечових шляхів була виконана в 49 хворих, сечокам'яної хвороби - в 39, термінального гідронефрозу - в 27, піонефрозу - в 9, туберкульозу - в 6, травми нирки - в 4. З цього переліку оперативних втручань найчастіше нефректomія виконувалася при пухлинах нирок і сечокам'яній хворобі.

Слід відзначити, що із 39 нефректomій, які були виконані для хворих з сечокам'яною хворобою та гідронефрозом, у 16 пацієнтів вона була проведена після попередніх операцій, тобто "вторинною".

Найчастішими показаннями таких повторних операцій були: вторинне зморщення нирки - в 6 хворих, рецидив каменя - в 7, стриктури сечовідно - мискового сегменту з піонефрозом - у 3.

Патологічний процес (особливо гнійного характеру), з приводу якого виконується нефректomія, згубно впливає на контрлатеральну хвору нирку шляхом інтоксикації та рефлекторного спазму судини [6]. Перебуваючи і без того в умовах обмеженої компенсації, єдина хвора нирка може не справитися з таким навантаженням. Явища декомпенсації гіпертрофії нирки, що залишилася, спостерігаються одразу ж, як тільки починає виснажуватися функція нирки. Механізми компенсаторної гіпертрофії у віддалені строки після нефректomії добре вивчені [7], однак пристосувальні реакції в перші години після видалення нирки вивчені недостатньо. Це питання є одним із актуальних, оскільки вивчення функції нирки найближчого після нефректomії періоду може пояснити ті реакції, за допомогою яких вона здатна підвищувати клубочкову фільтрацію та значно посилювати реабсорбцію в каналцях.

Функціональна здатність єдиної нирки повністю залежить від початкового патофізіологічного процесу. Якщо до операції нирка, що залишилася, забезпечує нормальні показники азотистого обміну та рівень клубочкової фільтрації близький до норми, при обстеженні фіксується нормальна ренограма та активна скорочувальна діяльність чашково-мискової системи - післяопераційний період, як правило, перебігає без ускладнень, немає ознак виснаження функціональних резервів єдиної нирки.

У діагностиці функціональної недостатності єдиної нирки ведучими методами є лабораторні дослідження, зокрема визначення показників азотистого обміну та проведення кліренс - тестів. Якщо після нефректomії з єдиної функціонуючої нирки продовжується бактеріурія та лейкоцитурія, які не піддаються антибактеріальній терапії - необхідно провести рентгеноурологічне обстеження, включаючи методи, які уточнюють скоротливу активність сечових шляхів. Наявність або відсутність перешкод для відтоку сечі від нирки зумовлюють подальшу лікувальну тактику.

ВИСНОВОК

Особи з захворюванням єдиної нирки потребують постійного лікарського нагляду, особливо оперовані з приводу туберкульозу й злоякісних пухлин, та повинні знаходитися під диспансерним наглядом.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Хворі з єдиною здоровою ниркою, в яких нефректомію проведено з приводу сечокам'яної хвороби, повинні періодично обстежуватися впродовж перших 1-2 років для можливого виявлення етіологічних і патогенетичних факторів каменеутворення і виникнення післонефриту.

Література. 1. Возіанов А.Ф., Павлова Л.П., Сайдакова Н.А. О нефректомии при воспалительных заболеваниях почек. // Тез. докл. научно-практ. конф. – Днепропетровск, 1998. – С. 170–271. 2. Возіанов О.Ф., Насечніков С.П., Павлова Л.П. Стан та завдання урологічної допомоги населенню України // Ж. практич. лікаря. – 2001. – №6. – С.12-14. 3. Возіанов О.Ф., Насечніков С.П., Павлова Л.П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України // Урологія. – 2001. – №4. – С.1-6. 4. Горбачев В.Г. Врачебно-трудовая экспертиза при урологических болезнях. – Л: Медицина, 1986. – С.224. 5. Карпенко В.С., Стаховський Е.О., Вукалович П.С. та ін. Функция шаренхіми нирок та уродинаміка при односторонних пухлинах перед нефректомією // Урологія. – 2002. – №2. – С. 28-32. 6. Лялько О.В., Котлярів В.С., Бойко О.В. та ін. Особливості лімфомікроциркуляторного русла єдиної нирки, яка залишилась після нефректомії // Мед. перспективи. – 2002. – №1. – С. 81-92. 7. Лялько А.В. Функциональное состояние единственной почки. – К.: Здоров'я. – 1982. – С. 245-254. 8. Павлова Л.П., Сайдакова Н.О. Характеристика проблеми нефректомії в Україні // Урологія. – 2002. – №3. – С. 21-26. 9. Янсон Р.М. Нефректомиа. – Минск, 1998. – С.323-328.

НЕФРЕКТОМИЯ: ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ

Т.Л.Томусьяк, А.С.Федорук, Н. В.Зеляк, Г.А.Литвинец

Резюме. Сравнительный анализ результатов проведенных нефректоми у 134 больных свидетельствует об их целесообразности и обоснованности. Чаще всего нефректомиа выполнялась при опухолях почек (49 больных), мочекаменной болезни (39 больных), гидронефрозе (27 больных) и реже при пионефрозе (9 больных), туберкулезе (6 больных) и травме почки (4 больных). Функциональное состояние единственной почки, оставшейся после нефректомии, зависит от особенностей начального патологического процесса. Тактика реабилитации пациентов определяется индивидуально.

Ключевые слова: нефректомиа, органосохраняющие и органорезецирующие операции, функциональное состояние почки.

NEPHRECTOMY: CAUSES AND CONSEQUENCES.

T.L.Tomusiak, O.S.Fedoruk, M.V.Zeliak, G.A.Litvinets

Abstract. A comparative analysis of the results of performed nephrectomies in 134 patients is indicative of their expediency and substantiation. Nephrectomy was performed most frequently in case of renal tumors (49 patients), urolithiasis (39 patients), hydronephrosis (27 patients) and somewhat less frequently in pyonephrosis (9 patients), tuberculosis (6 patients) and renal injury (4 patients). The functional capacity of the sole kidney that has remained following nephrectomies depends on the specific features of the incipient pathologic process. A rehabilitation policy for patients is planned individually.

Key words: nephrectomy, organ-removing, operations, functional capacity of sole kidney.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2004. – Vol.3. №1. – P.106-108.

Прийшла до редакції 08.01.2004