

Истинная апостия – врожденное отсутствие крайней плоти без аномалий мочеиспускательного канала

С.А. Аллазов, Р.Р. Гафаров, Х.С. Аллазов

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Крайняя плоть (preputium) развивается у плода между 3 и 4 мес внутриутробного развития, причем дорсальный участок развивается быстрее. Как только закрывается головчатый отдел мочеиспускательного канала, формируется вентральный участок крайней плоти, симметрично покрывающая головку. Внутренний эпителий препуция и эпителий головки, представленные многослойным ороговевающим эпителием, разделяются. Разделение листков крайней плоти начинается с рождения и заканчивается к 10–14 годам. В период новорожденности головка полового члена выводится только у 4% детей, у половины крайняя плоть не может быть отодвинута до наружного отверстия мочеиспускательного канала. К 7-и месяцам крайняя плоть может быть полностью отодвинута у 20% детей, а к 3 годам только у 10% детей головка не выводится.

К редким аномалиям крайней плоти относится полное отсутствие (апостия) или частичное ее расщепление, что чаще всего происходит при гипо- или эписпадии. При этом апостия диагностируется и при нормально развитом мочеиспускательном канале, без гипо- или эписпадии – так называемая истинная апостия.

В соответствии с Американской классификацией различают 5 типов развития нормальной крайней плоти, причем отсутствие крайней плоти рассматривается как вариант нормы с выраженным нарушением чувствительности головки полового члена.

Тип I – хоботковая крайняя плоть. Полностью препятствует попаданию экзогенной патогенной флоры, обеспечивает дополнительную стимуляцию для интроитуса.

Тип II – глазковая крайняя плоть. Мочеиспускание изначально происходит правильно: через приоткрытую головку, нет задержки мочи в препуциальном мешке.

Тип III – приоткрытая крайняя плоть. Мочеиспускание изначально происходит правильно: через приоткрытую головку, нет задержки мочи в препуциальном мешке.

Тип IV – открытая крайняя плоть. Обеспечивается физиологическое «скатывание» крайней плоти назад при наступлении эрекции.

Тип V – отсутствие крайней плоти. Лишает мужчину 85–90% адекватной иннервации, создает дизоргастический половой акт, уменьшает объем афферентации.

Приводим клинический случай (октябрь 2018 г.) истинной апостии – полного отсутствия крайней плоти с нормальным развитием мочеиспускательного канала и головки полового члена. Больной С., 25 лет, обратился с жалобами на учащенное мочеиспускание малыми порциями, чувство жжения при мочеиспускании. Ранее был установлен диагноз «Хронический простатит».

При осмотре наблюдается полное отсутствие крайней плоти, головка полового члена обнажена, в целом половой член напоминает таковой после выполнения операции циркумцизио. Никаких проблем, связанных с половой жизнью, не имеет, чувствительность головки полового члена сохранена. Женат 3 года. Является отцом одного ребенка.

С учетом того, что по религиозным показаниям (в частности, у мусульман) у мальчиков в Узбекистане обязательно выполнение ритуального обрезания (циркумцизио) – в данном случае оно выполнено не было в связи с врожденным отсутствием препуция. У мусульман таким мальчикам при рождении дается имя Суннат или Суннатулла – что подразумевает врожденное отсутствие крайней плоти.

Таким образом, хотя общеизвестно, что для нормальной канализации дистальной части мочеиспускательного канала в процессе эмбрионального развития требуется одновременное нормальное развитие крайней плоти, гипоспадия и эписпадия могут встречаться и при нормально развитой крайней плоти. Соответственно и отсутствие крайней плоти (апостия) не всегда сопровождается аномалиями развития мочеиспускательного канала, в частности – гипоспадией. Все это свидетельствует о сложных взаимоотношениях эмбрионального развития крайней плоти и дистальной уретры.

Симультанная операция: удаление инкапсулированной пули из мышц боковой стенки живота и выполнение нефролитотомии (Случай из практики)

С.А. Аллазов, А.О. Латипов, Р.Р. Гафаров, О.А. Ишанкулов

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Инородные тела почки и окружающих почку тканей попадают в почечную паренхиму, чашечно-лоханочную систему, а также в ткани вокруг почки при проникающих слепых ранениях (пули, дробь, металлические осколки). Описан случай удаления инкапсулированного инородного тела (пули) из мышц боковой стенки живота, осуществленного в ходе оперативного вмешательства по поводу камня левой почки.

Больной Э.Ш., 52 года. Поступил 19.12.2018 г. в отделение экстренной урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

с жалобами на приступообразную боль в левой поясничной области с иррадиацией в левую подвздошную область.

Анамнез: больным себя считает в течение 3 дней, с момента, когда появились вышеуказанные жалобы. Со слов больного, в 2014 г., находясь в Российской Федерации, получил слепое пулевое ранение левой поясничной области. При первичной хирургической обработке раны после получения ранения пулю в поясничной области обнаружить не удалось.

Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки

бледно-розовой окраски. Пульс 82 удара в 1 мин, ритмичный, АД 120/80 мм рт.ст. Границы сердца – норма, тоны ясные. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Локально: при осмотре левой поясничной области определяется рубец от огнестрельного ранения – входное отверстие пули, размерами 2,0×1,5 см, безболезненный. Почки не пальпируются, левая почка при пальпации болезненная, правая безболезненная. Симптом Пастернацкого слева положительный, справа отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, безболезненный. Мочеиспускание свободное.

При ультразвуковом исследовании в лоханке левой почки определяется конкремент размером 11 мм, размеры обеих почек не изменены. Рентгеноскопия грудной клетки и обзорная уроскопия без особенностей. По данным мультиспиральной компьютерной томографии – в нижней чашечке, с распространением в лоханку отмечается тень конкремента размером 28×17 мм, в мышцах боковой брюшной стенки слева отмечается инородное тело размером 13×11 мм. Общий анализ крови без изменений.

Общий анализ мочи: белок – 0,033 г/л, свежие эритроциты – 4–6–8 в поле зрения, лейкоциты – в большом количестве, оксалаты – 4–8–10 в поле зрения. Биохимический анализ крови – без изменений.

Был установлен диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень левой почки. Левосторонний инфицированный гидронефроз II степени. Левосторонняя почечная колика. Сопутствующий диагноз: инородное тело левой поясничной области (пуля).

Больному проведена симультанная операция, в ходе которой было удалено инородное тело левой поясничной области

(пуля), выполнена нефролитомия. После выполнения ломботомного разреза по Федорову проведено послойное рассечение тканей. В толще *musculus obliquus internus abdominis* обнаружено инородное тело – инкапсулированная пуля размером 1,0×1,0 см, которая оказалась в ране после случайного вскрытия ее капсулы по мере рассечения мышц. Почка интимно спаяна с окружающими тканями. С техническими трудностями почка была выделена из окружающих тканей. Почка гидронефротически изменена. В проекции нижней чашечки, в участке, где паренхима почки была истончена, проведен нефролитотомный разрез длиной 1,5 см, удален камень размером 3,2×2,0 см, желтого цвета с неровной поверхностью. Нефролитотомный разрез герметично ушит кетгутom. В ране оставлена хлорвиниловая дренажная трубка. Рана послойно ушита.

В день операции с учетом того, что капсула, окружающая пулю, была вскрыта, больному введен противостолбнячный анатоксин. Послеоперационный период протекал гладко. На 5-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Таким образом, небольшие инкапсулированные инородные тела при отсутствии клинических проявлений лечения не требуют. Однако в том случае, когда необходимо выполнение какого-либо оперативного вмешательства на заинтересованной стороне, такие инородные тела могут оказаться случайной интраоперационной находкой. Поэтому важно тщательно собирать анамнез у таких больных и проводить полноценное рентгенологическое обследование, поскольку металлические инородные тела могут напоминать тень конкремента.

Выбор тактики лечения больных с посттуберкулезными структурами мочеточника

Л.В. Арканов, Э.П. Бородин, Б.И. Новиков, С.Н. Скорняков

Уральский НИИ фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «НМИЦФиЗ» МЗ РФ

По нашим данным, нефротуберкулез (НТ) распространяется на мочеточник более чем в 31% случаев и приводит к наиболее тяжелым в клиническом течении формам заболевания. Процесс характеризуется высокой частотой гидроуретеронефроза (90,6%), почечной недостаточности (59,4%), поликавернозного туберкулеза (40,6%) и осложнений, сопутствующего пиелонефрита (42,2%). Установлено, что при интактных мочеточниках функция почек у больных НТ оказалась нарушенной в 1,5 раза реже и только у каждого четвертого в группе пациентов с неспецифическими стриктурами ($p < 0,05$).

Операции по восстановлению проходимости мочеточника являются единственным способом сохранения почки. До последнего времени основным вариантом восстановления уродинамики являлась реконструктивно-пластическая операция на мочеточнике. Дренаживание чашечно-лоханочной системы почки при нарушении пассажа мочи является залогом успешного лечения воспаления верхних мочевых путей (ВМП). При стриктурах мочеточника протяженностью до 12–15 см в н/3 и до 3 см в в/3 и с/3 возможна уретеропластика с использованием тканей мочевого тракта. При более протяженных и множественных стриктурах мочеточника, а также невозможности использования ткани мочевыводящих путей (сморщенный мочевой пузырь, забрюшинный фиброз) выполняется илюоуретеропластика или аппендикууретеропластика. При стойкой утрате функции почки выполняются органосохраняющие операции: нефрэктомия или нефроуретерэктомия.

Цель исследования: поиск оптимальных тактических и технических решений в лечении больных туберкулезом

почки и мочеточника, а также пациентов со стриктурами неспецифического генеза.

Материалы и методы. Предметом исследования послужило изучение клинического течения и результатов хирургического лечения больных НТ и пациентов с неспецифическими заболеваниями мочевой системы, осложненными стриктурами мочеточников, оперированных в отделениях для лечения больных урогенитальным туберкулезом Уральского НИИ фтизиопульмонологии и урологического отделения ГКБ № 14 г. Екатеринбурга с 2007 по 2017 гг. Критерием включения в исследование служило наличие специфического поражения мочевыводящих путей и/или стриктуры мочеточника на разных стадиях ее развития ($n=161$). Длительность специфической антибактериальной терапии (АБТ), предшествовавшей оперативному лечению, составила не менее 1 мес. Удельный вес больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ) оказался невысоким и составил 1,8%. Признаками активности считали наличие бактериовыделения, стерильной пиурии. Оперативное лечение осуществляли только при отсутствии обозначенных проявлений. У 47,3% пациента диагностирован специфический процесс других локализаций.

Результаты. Были изучены ближайшие и отдаленные результаты эндоскопического лечения 82 больных в возрасте от 18 до 80 лет (44 мужчин, 38 женщин), с короткими специфическими и неспецифическими стриктурами мочеточника. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 79 больных НТ с отсутствием или резким снижением почечной функции и вовлечением в рубцово-воспалитель-

ний процес мочеточника після проведення органоносящих операцій. Отдаленные результати вивчені в строки от 1 до 3 лет. Осуществлено 48 люмбальних нефрэктомий (1-я група, контрольная) и 31 нефроуретерэктомия (2-я група, основная). В 1-ю группу вошли 27 мужчин и 21 женщина в возрасте 52,5±2,7 года, во 2-ю группу – 17 мужчин и 14 женщин в возрасте 50,3±1,1 года.

Были проведены общепринятые для урологического отделения методы обследования. Использовались: клинические, лабораторные, радионуклидные, рентгенологические, ультразвуковые, инструментальные и эндоскопические методы исследования. Помимо рутинных методов выполнялась многофокусная биопсия стенки мочеточника туберкулезом почки и мочеточника. Состояние ВМП и функции почек оценивали с помощью пробы Реберга, УЗИ, экскреторной урографии, КТ, реносцинтиграфии, уретеронефроскопии. Была изучена динамика КФ после ЧПНС у 35 больных туберкулезом почки и мочеточника в группах с положительной и отрицательной динамикой ее функции. Установлено, что после ЧПНС у 15 (42,9%) пациентов парциальная составляющая КФ составила от 2,5 до 9,0 мл/мин, в среднем – 7,6±1,0 мл/мин. Доказано, что при исходном уровне КФ менее 10 мл/мин резервные возможности почки при гидроуретеронефрозе исчерпаны. Когда клиренс креатинина превышает эту величину, происходит восстановление функции деблокированной почки.

Таким образом, при уровне КФ менее 10 мл/мин показана нефрэктомия или нефроуретерэктомия, при уровне КФ более 10 мл/мин – реконструктивное вмешательство на мочеточнике. Уретеропиелоскопия с многофокусной биопсией стенки ВМП выполнена 11 больным туберкулезом почки и мочеточника (7 женщинам и 4 мужчинам). В ряде других случаев исследование осуществить не удалось из-за выраженного стеноза устья мочеточника. В ходе процедуры стриктуры, служившие препятствием для продвижения уретероскопа по мочеточнику, рассекались холодным ножом.

При морфологическом исследовании биоптатов (световой микроскопии) стенки мочеточника обнаружено, что степень выраженности клеточной инфильтрации варьировала. Морфологическое исследование биоптатов мочевых путей позволило установить туберкулезный характер поражения мочеточника у 2 больных. Органоносящим операциям подвергнуто 79 больных нефротуберкулезом с отсутствием или резким снижением почечной функции и вовлечением в рубцово-воспалительный процесс мочеточника. Длительность нефроуретерэктомии оказалась существенно большей, чем нефрэктомии не только за счет выполнения диссекции устья, которая продолжалась примерно 15 мин. Такой же промежуток времени занимала смена положения тела больного на операционном столе. Также дольше держали дренажи в забрюшинном пространстве у пациентов 2-й группы, что было связано с опасностью затеков мочи через перфорационное окно мочевого пузыря. Достоверных различий в кровопотере, сроках активизации пациента, потребности в наркотических анальгетиках и начала перорального приема жидкости и пищи после операции не обнаружено. Таким образом, повышение радикальности операции за счет ее дополнения эндоскопическим компонентом незначительно увеличило степень ее инвазивности.

Заключение. Изучение КФ деблокированной путем ЧПНС почки позволяет определить хирургическую тактику: при ее величине менее 10 мл/мин выбрать органоносящее (комбинированную уретернефрэктомия) вмешательство, при превышении этого показателя – органосохраняющее (реконструктивно-восстановительное, или пожизненное дренирование). Включение в лечебно-диагностический арсенал фтизиоуролога уретероскопии с многофокусной биопсией мочеточника вместе с клинико-рентгенологическим обследованием позволяет обосновать выполнение органзамещающих операций на мочеточнике при его тотальном фиброзе и эндоскопических – при локальном.

Особливості загального стану хворих з поєднаною патологією – сечокам'яною хворобою єдиної нирки та цукровим діабетом 2-го типу

С.О. Возіанов¹, Н.О. Сайдакова¹, Д.І. Купрін², А.І. Бойко²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Проблема лікування, а також, що є не менш важливим, метафілактика сечокам'яної хвороби (СКХ) у хворих з єдиною ниркою – окрема складова серед загальної когорти пацієнтів з даною патологією. Питання загострюється за умов наявності супутньої патології, особливо цукрового діабету (ЦД) 2-го типу у зв'язку з тим, що обидва захворювання, при яких задіяні патологічні процеси, обтяжують перебіг один одного. У таких випадках на перший план виступає потреба в об'єктивному оцінюванні загального стану пацієнтів з нефролітіазом єдиної нирки, при якому суттєве значення має ступінь тяжкості ЦД 2-го типу та компенсація гіперглікемії.

Матеріали та методи. Проаналізовані історії хвороби 109 хворих на СКХ, поєднану з ЦД 2-го типу, 31 з яких мали єдину нирку. Базами дослідження були ДУ «Інститут урології НАМН України» та Київській міський ендокринологічний центр; період вивчення – 2012–2017 роки. Інформація доповнювалася даними амбулаторних карт та результатами безпосереднього динамічного спостереження. Під час опрацювання клінічного матеріалу застосовували критерій Стюдента (t), критерій згоди χ^2 Пірсона, критерій Фішера (F), коефіцієнт рангової кореляції Спірмана (r).

Результати. У результаті порівняльного аналізу хворих з ЦД 2-го типу та однобічним нефролітіазом при двох функціонуючих та єдиній нирці, виявлена особливість, що проявилася достовірно тривалішим перебігом СКХ, прямим його зв'язком ($r=0,49$; $p<0,01$) з тривалістю ЦД 2-го типу, удвічі частішими випадками артеріальної гіпертензії та загостренням калькульозного пієлонефриту. Серед хворих з єдиною ниркою достовірно переважають випадки зі зниженою ШКФ та гломерулярною гіперфільтрацією. Доведений кореляційний зв'язок ($p<0,05$) між величиною показників ШКФ та такими несприятливими факторами, що притаманні обома патологіям, як тривалість їхнього перебігу, рівень протеїнурії, ступінь мікроангіопатії, наявність гіпостенурії. Важливими виявилися наступні незалежні фактори негативного впливу на ренальну функцію: вік, жіноча стать, єдина нирка. Виявлена перевага застосування таблетованих гіпоглікемічних лікарських засобів, при тому що деякі з них підвищують ризик рецидивного каменеутворення.

Заклучення. У хворих на СКХ єдиної нирки та ЦД 2-го типу об'єктивізовано високий шанс швидкого прогресування ХХН. Обґрунтована необхідність конкордатної дії урологів та ендокринологів до визначення персоналізованих схем лікування зазначеної категорії хворих.

Разрез по линии Веслинга при операциях на органах мошонки

Р.Р. Гафаров, С.А. Аллазов, И.С. Аллазов

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

В урологической практике часто встречаются случаи сочетанной патологии органов обеих половин мошонки, в связи с чем возникают показания для выполнения симультанных операций. Симультанные операции выполняются на разных органах через один доступ. Для осуществления симультанных операций на органах обеих половин мошонки наиболее удобным считается разрез по средней линии (raphe scroti) мошонки, которая называется по имени ученого, впервые описавшего ее – линией Веслинга.

Цель исследования: изучение возможностей оперативного лечения заболеваний органов обеих половин мошонки посредством единого трансскротального доступа по линии Веслинга.

Материалы и методы. С 2016 по 2018 гг. нами было прооперировано 19 больных с сочетанной патологией обеих половин мошонки и 2 больных с раком предстательной железы $T_{3-4}N_0M_0$. Оперативное лечение осуществлялось посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга (J. Vesling, 1598–1649, профессор анатомии, хирургии и ботаники Падуанского университета, который описал шов мошонки – raphe scroti, названную линией Веслинга).

Результаты. По данным объективного осмотра и ультразвукового исследования у 9 пациентов отмечались кисты придатков обоих яичек, у 4 пациентов – киста семенного канатика и киста придатка противоположного яичка, 6 больных было прооперировано по поводу гидроцеле с одной стороны и кисты придатка яичка с другой стороны. У 2 пациентов с раком предстательной железы $T_{3-4}N_0M_0$ указанным доступом

была произведена двусторонняя пульпэктомия с последующим лечением антиандрогенами. Использование доступа по линии Веслинга позволяет одновременно устранить все имеющиеся проблемы посредством единого доступа к органам мошонки. Необходимо отметить, что вне зависимости от способа ушивания кожи мошонки при едином оперативном доступе по линии Веслинга формировавшийся послеоперационный рубец выглядел как шов мошонки. При повторном осмотре больных через 1 и 3 мес после проведенного оперативного вмешательства был отмечен хороший косметический эффект, ни в одном из случаев не было рецидива патологий ни одной из половин мошонки.

Заключение. Таким образом, симультанное оперативное вмешательство посредством единого трансскротального доступа по линии Веслинга позволяет производить одновременно несколько операций на обеих сторонах мошонки и является наиболее оптимальным доступом при сочетанной патологии органов мошонки (двустороннее варикоцеле, киста придатка яичка, водянка, липома мошонки семенного канатика и др.). Использование подобного доступа оправданно при варикоцеле – для перевязки варикозно расширенных вен яичка. Особенно удобен этот доступ для выполнения двусторонней орхиэктомии или пульпэктомии на поздних стадиях рака предстательной железы или же при опухолях яичек. Кроме того, при ушивании кожи мошонки такой доступ оставляет совершенно незаметный послеоперационный рубец, напоминающий шов мошонки.

Сучасний підхід до лікування ниркової кольки

М.В. Зеляк, Б.М. Зіняк, І.В. Білищук

Івано-Франківський національний медичний університет

Івано-Франківська обласна клінічна дитяча лікарня

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Ниркова колька – це одна із найтяжчих серед відомих форм болю у людини. Одразу після первинного оцінювання слід негайно провести знеболювання. Однак ідеальне лікування при нирковій кольці залишається невідомим. Доведено, що нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) ефективні для контролю болю та мають кращий анагетичний ефект, ніж опіоїди.

Мета дослідження: встановлення можливості застосування різних підходів до традиційного та альтернативного знеболювання при нирковій кольці.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням протягом 21 року перебували 3612 хворих з нападом ниркової кольки віком від 7 до 72 років. Пацієнтам були проведені клініко-діагностичні та лабораторні методи обстеження, УЗД сечовидільної системи, оглядову та видільну урограми, КТ органів черевної порожнини, як правило, без внутрішньовенного введення контрасту, для заперечення захворювання аорти, сечових і статевих органів. На сьогодні наявна велика кількість НПЗП. Головна різниця між ними полягає у частоті та типі побічної дії, переважно подразненні шлунка та появи виразки. Використання диклофенаку натрію та ібупрофену пов'язане з підвищеною частотою коронарних розладів. Тому, призначаючи їх, це слід брати до уваги. Вважають, що з метою зменшення ефектної дози, слід призначати ці

медичні засоби на найкоротший термін. Схема лікування включала парентеральне або пероральне введення ННЗП або традиційних спазмолітичних ліків, за потреби – наркотичних анагетиків.

Результати. В усіх обстежуваних пацієнтів було досягнуто повне послаблення болю. Найбільш ефективним воно було у хворих з повною обструкцією сечоводу шляхом спонтанного відходження конкременту, його видалення, встановлення сечовідного стенту чи черезшкірної нефростомі. Дискусійний кращий спосіб деблокування нирки застосовували дітям та дорослим шляхом дистанційного дроблення (SWL) чи уретероскопії та літотрипсії. Протягом 14 год після госпіталізації невагітних низка зарубіжних авторів наполягає на проведенні для з'ясування діагнозу КТ нирок, сечоводів і сечового міхура.

На щастя, більшість пацієнтів не мали повної обструкції, тому в них був зменшений ризик погіршення роботи нирки. Для багатьох хворих доречним було очікувальне лікування, дуже важливим було послаблення болю. Оскільки ниркову кольку частково пов'язують з підвищеною сечовідною м'язовою активністю, препарати, здатні розслабити гладкий м'яз, можуть бути найефективнішими. НПЗП для лікування гострої ниркової кольки такі ж ефективні, як і опіоїди. Проте хворі, які отримували морфін, повідомляють більше послаб-

лення болу через 10 хв. Але через 20–30 хв вже не було значущої різниці.

З появою селективних інгібіторів ЦОГ II виник значний ентузіазм щодо їхнього використання при лікуванні ниркової кольки, оскільки селективні інгібітори ЦОГ II підвищують шлунково-кишкову толерантність. Однак на сьогодні доведено, що вони мають шкідливий вплив на ниркову та серцеву функції у тих пацієнтів, які раніше хворіли. Зокрема під час дослідження VIGOR встановлено, що при застосуванні рофеноксиду частота виникнення інфаркту міокарда була у 5 разів вищою, достовірно вищою була й частота церебральної тромбоемболії. Вважають, що мелоксикам є вдалим засобом для тривалого застосування, однак не все так однозначно при тривалому застосуванні селективних інгібіторів ЦОГ II.

Традиційне лікування ниркової кольки може включати внутрішньом'язове введення папаверину гідрохлориду, ме-

тамізолу натрію + фенпіверину броміду + пітофенону гідрохлориду, но-шпи, баралгіну. Зрозуміло, що у випадку непереносимості НПЗП, опіоїдів або вагітності хворої можуть виникати великі труднощі. Альтернативне лікування може включати локальне активне зігрівання живота та попереку, яке є ефективним знеболюванням у хворих з підозрою на ниркову кольку. Так само може допомагати гаряча ванна, внутрішкірна ін'єкція стерильної води, призначення ін'єкції гідрохлориду папаверину тощо. Акупунктура не має побічних ефектів. Вона може діяти за рахунок збільшених рівнів ендогенних опіатів у цереброспінальній рідині, оскільки препарати, здатні блокувати морфін, так само пригнічують біль, однак у наших спостереженнях вона була недоступною.

Заключення. На сьогодні НПЗП та опіоїдні анагетика є найбільш ефективними загальноприйнятими лікарськими засобами при лікуванні ниркової кольки.

Лечебная тактика при изолированных и сочетанных травмах с формированием забрюшинной гематомы

Б.Т. Ишмурадов, Р.Р. Гафаров

Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Забрюшинные гематомы (ЗГ) часто сопровождают закрытые и открытые повреждения живота, в том числе и ранения поясничной области и органов забрюшинного пространства. Диагностика, хирургическая тактика, послеоперационное лечение ЗГ до настоящего времени остаются актуальными вопросами неотложной абдоминальной хирургии и урологии. ЗГ являются следствием переломов костей таза, повреждения позвоночника, крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства. Будучи грозным осложнением, ЗГ требует своевременной диагностики и соответствующего лечения. Однако в ряде случаев тяжелое шоковое состояние больных является противопоказанием к выполнению рентгенологических и инструментальных методов исследования, что затрудняет постановку правильного и своевременного диагноза. Все это приводит к запоздалому выявлению ЗГ или (урогематомы) с последующим возникновением осложнений, угрожающих жизни больного.

Цель исследования: осуществление своевременной диагностики, прогнозирование осложнений и оптимизация тактики лечения при сочетанной травме, осложненной ЗГ, путем выявления ранних признаков ЗГ.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы все случаи ретроперитонеальных гематом (урогематом), которые были пролечены с января 2015 года по февраль 2019 года в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Были проанализированы истории болезни 42 пациентов – 29 (69%) мужчин и 13 (31%) женщин, которым были проведены следующие обследования: общеклинические, УЗИ, рентгенологические, инструментальные, лапароскопические и КТ-исследования. Из них консервативным путем пролечены 11 больных, оперированы люмботомическим доступом 16 пострадавших и 8 больным произведена лапаротомия по поводу сочетанной

травмы органов брюшной полости. Остальные 7 случаев околопузырной и забрюшинной гематомы были связаны с последствиями закрытой травмы мочевого пузыря.

Результаты. Закрытая травма почки наблюдалась в 5% случаев, мочевого пузыря – в 17% случаев. 78% случаев сопровождалось повреждением органов брюшной полости. При кровоизлиянии, превышающем 800 мл, возможно образование предбрюшинных и надбрюшинных гематом, что отмечалось у 2 больных. При таких гематомах выражен симптом Джойса – перкуторно определяется тупость в боковом отделе живота, не смещающаяся при поворачивании больного на бок. Симптомы острого живота диагностированы у 24 больных. Одиннадцати больным с изолированным забрюшинным кровоизлиянием проводили консервативное лечение: строгий постельный режим, противовоспалительные мероприятия, гемостатическая, дезинтоксикационная терапия, сердечные и общеукрепляющие средства. При нарастании гематомы и продолжающемся внутреннем кровотечении 16 больным было выполнено срочное оперативное вмешательство: люмботомия, ревизия забрюшинного пространства, остановка кровотечения и широкое дренирование.

Сочетанное повреждение почек и органов брюшной полости дифференцировать достаточно сложно. В таких случаях у 8 больных после тщательного обследования выполнялась срочная лапаротомия с ревизией органов брюшной полости, а затем – забрюшинного пространства.

Заключение. В дифференцировке забрюшинных гематом от закрытых повреждений органов брюшной полости в ранний период после травмы особое значение имеют тщательно собранный анамнез, жалобы больного, осмотр, пальпация, своевременное применение лабораторных исследований – УЗИ, инструментальных, рентгенологических, а также цистоскопия и компьютерная томография.

Діагностичне значення дослідження рівня С-реактивного білка у вагітних, хворих на хронічний пієлонефрит

В.Є. Литвинець

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На сьогодні хронічний пієлонефрит (ХП) є найбільш поширеною екстрагенітальною патологією вагітних [4, 5]. Частота даного захворювання становить, за даними різних авторів, від 6% до 15% і, як правило, загострення виникає у II–III триместрах вагітності (частіше у терміни 20–28 тиж).

Мета дослідження: оцінювання діагностичного і прогностичного значення визначення С-реактивного білка (СРБ) у крові та сечі вагітних, хворих на хронічний пієлонефрит, і можливість використання цього тесту для моніторингу перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 58 вагітних з хронічним пієлонефритом віком від 18 до 40 років (основна група) і 25 здорових вагітних аналогічного віку (контрольна група).

Результати. Аналізуючи отримані дані, спостерігаємо, що у контрольній групі практично здорових вагітних середній рівень СРБ у сироватці крові і сечі практично не відрізнявся і становив $5,8 \pm 1,06$ мг/л і $5,9 \pm 0,98$ мг/л відповідно. У сироватці крові вагітних, хворих на ХП, при зверненні реєстрували підвищення рівня СРБ, практично у всіх хворих він досягав «гострозапального» діапазону і становив у середньому $13,98 \pm 3,82$ мг/л ($p < 0,001$). Одночасне визначення СРБ у сечі вагітних, хворих на ХП, у стадії загострення виявило концентрації біомаркера, що у 4,5 разу перевищували

показники у крові і становили у середньому $63,86 \pm 4,92$ мг/л ($p_1 < 0,001$).

Завдяки проведеним дослідженням встановлено значне підвищення рівня СРБ у сечі при загостренні хронічного пієлонефриту у вагітних, яке у декілька разів перевищує рівень цього протеїну у крові, що може бути оцінено як ознака активних запальних реакцій у тканині нирки у відповідь на пошкодження патогенами. Отже, дослідження вмісту С-реактивного білка може розглядатись як перспективний метод розпізнавання запальних уражень нирок. Беручи до уваги загальну біологічну функцію СРБ, слід вважати закономірним знаходження цього білка безпосередньо в «осередках ураження», тому ми досліджували даний протеїн як у сироватці крові, так і у сечі.

Заключення. 1. У вагітних, хворих на хронічний пієлонефрит, при загостренні захворювання виявлено значне підвищення С-реактивного білка у сечі, яке в декілька разів перевищувало його вміст у сироватці крові, що дозволило припустити можливість локального синтезу біомаркера при ураженні нирок.

2. Одночасне визначення С-реактивного білка у крові і сечі дає можливість моніторингу прогнозу та оцінки ефективності лікування при загостренні хронічного пієлонефриту у вагітних.

Стан імунітету у пацієнтів з хронічним абактеріальним простатитом, зумовленим герпесвірусною інфекцією

Є.А. Литвинець, А.І. Федорів

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На сьогодні триває пошук нових етіологічних чинників хронічного абактеріального простатиту або хронічного тазового болю. Лікарі усе частіше звертають увагу на вірусну етіологію даного захворювання. Герпесвіруси володіють феноменальною здатністю у фазі реплікації виробляти білки, які блокують рецептори лімфоцитів, що координують і направляють імунну відповідь. Важлива роль в активації інфекції відводиться стану місцевого імунітету, у разі пригнічення якого виникають умови для реплікації вірусу.

Мета дослідження: вивчення стану місцевого та системного імунітету у пацієнтів з хронічним абактеріальним простатитом, зумовленим герпесвірусною інфекцією.

Матеріали та методи. Було обстежено 150 чоловіків віком від 20–45 років з хронічним абактеріальним простатитом, зумовленим герпесвірусною інфекцією. Серопозитивними до герпесвірусів виявлено 126 (84%) пацієнтів. З них об'єктом дослідження стали 73 пацієнтів з високоавідними IgG до герпесвірусів, відповідною симптоматикою та наявними ДНК вірусів у секреті/еякуляті. Вони були розподілені на три групи. До 1-ї групи увійшли 27 пацієнтів, у яких виявлено ДНК вірусу простого герпесу, до 2-ї групи – 23 хворих з наявною ДНК цитомегаловірусу, до 3-ї групи – 23 особи з наявни-

ми ДНК обох вірусів у секреті/еякуляті. У контрольну групу увійшли 20 осіб. Для визначення стану імунної системи у пацієнтів був визначений стан системного імунітету шляхом визначення ІФН- γ у сироватці крові. Для дослідження стану місцевого імунітету визначали вміст sIgA в еякуляті/спермі пацієнтів.

Результати. За результатами дослідження у контрольній групі рівень ІФН- γ утримувався на рівні $23,6 \pm 2,5$ пг/мл. Відповідно у 1-ї групі, де у пацієнтів виявлено ДНК вірусу герпесу, рівень ІФН- γ утримувався у межах $17,6 \pm 1,5$ пг/мл ($p < 0,05$), у 2 групі – $16,8 \pm 2,5$ пг/мл ($p < 0,05$), у 3-ї групі – $15,8 \pm 1,5$ пг/мл ($p < 0,05$). Під час дослідження рівня секреторного імуноглобуліну А (sIgA) отримано наступні результати: контрольна група – $75,87$ мг/л, у 1-ї групі рівень sIgA становив $60,55$ мг/л ($p < 0,05$), у 2-ї групі – $58,45$ мг/л ($p < 0,05$), 3-ї групі – $56,05$ мг/л ($p < 0,05$).

Заключення. Результати даного дослідження свідчать, що у пацієнтів з хронічним абактеріальним простатитом, зумовленим герпесвірусною інфекцією, наявні значні зміни в імунному статусі як системного так і місцевого імунітету. Вищі показники імуносупресії виявлені у пацієнтів з ураженням простати при поєднанні вірусів простого герпесу та цитомегаловірусу.

Особливості формування в Україні груп осіб, що первинно визнані інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи

С.П. Пасечніков¹, Н.О. Сайдакова¹, С.П. Дмитришин²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Інвалідність – складна медико-соціальна проблема, уникнути якої неможливо, її зниження є пріоритетним напрямом державної політики. Динаміка її поширеності, повікові особливості та тяжкість вважаються визначальними базовими даними для прийняття відповідних клініко-організаційних та управлінських рішень.

Матеріали та методи. Здійснено аналіз інвалідності внаслідок хвороб сечостатевої системи (ССС) серед дорослого населення України (2008–2017 рр.) за даними офіційної статистики (форма № 14). Були вивчені абсолютні і відносні величини; тенденції формування первинно визнаних осіб з інвалідністю за віком: до 40 років; 40–45 (жінки) та 40–60 (чоловіки), а також за групами (I, II, III). Під час статистичного оброблення матеріалу задіяні показники: абсолютний приріст (зниження), темп приросту (спаду) і середня похибка для середніх величин; критерій Стьюдента.

Результати. В Україні спостерігається зменшення кількості хворих, первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб ССС. У 2017 році їх було 17 700 осіб, що менше на 28,9%, ніж у 2013 році; 86,2% з них працездатного віку. Виявлені

регіональні особливості. Найбільша кількість випадків у Львівській, Рівненській, Вінницькій, Київській, Полтавській, Дніпропетровській, Харківській, Запорізькій, Одеській областях. Повікова структура наступна: до 40 років – 33,1%, 40–55 (жінки) та 40–60 (чоловіки) – 52,5%, старше – 14,4%. За останні 5 років на 15,3% стало менше випадків серед осіб молодшого віку та збільшилось в двох інших вікових групах (на 10,0% в кожній). Виявлено вірогідне зростання питомої ваги осіб з інвалідністю I групи (до 20,7±1,7%), зменшенням пацієнтів II групи (до 17,1±2,1%) при незмінному показнику III групи (60,0±2,3%). Загалом по Україні інвалідність в розрахунку на 10 тис. дорослого населення за окремими роками стабільно тримається на рівні 0,6. За роки вивчення найвищі показники були у Західному регіоні країни.

Заключення. Визначені основні тенденції формування груп осіб, первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб ССС, загалом по Україні, а також в її регіонах, що є підґрунтям для розроблення регіональних програм профілактики розвитку та ускладнень перебігу урологічних захворювань, а також реабілітації інвалідів.

Черезшкірна нефролітотрипсія у лікуванні нефролітіазу обох нирок у поєднанні з важкою коморбідністю

М.Д. Соснін¹, В.А. Слободянюк², А.А. Грицаюк²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

² ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) продовжує на сьогодні залишатися однією із самих актуальних проблем урології. Вона посідає одне із провідних місць у структурі урологічних захворювань. У лікуванні СКХ останнім часом досягнутий безперечний прогрес. Перевага надається малоінвазивним методикам, зокрема черезшкірній нефролітотрипсії (ЧНЛТ), яка є «золотим» стандартом лікування за наявності крупних та коралоподібних конкрементів нирки. Коралоподібний нефролітіаз є однією із самих складних форм СКХ.

Наводимо власне клінічне спостереження успішного лікування пацієнта із двобічним нефролітіазом, що супроводжувався важкою коморбідністю. Хворий Ч., 65 р., поступив у клініку у плановому порядку. МСКТ виявила у правій нирці у двох чашечках нижньої групи 7 конкрементів (7×5 мм), один камінь був розташований на рівні мисково-сечовідного сегмента (МСС). В усіх чашечках лівої нирки зафіксовані конкременти розміром 17×16 мм, у мисці – коралоподібний камінь розміром 21×11×11 мм, три камені – у просвіті газового сегмента лівого сечоводу.

Клінічний діагноз. Основний: СКХ. Камені обох нирок. Камінь МСС справа. Камені нижньої третини лівого сечоводу. *Ускладнення* основного: Хронічний пієлонефрит. ХНН, I ст. *Супутний:* Гіперплазія передміхурової залози. Цукровий діабет 2-го типу. Гіпертонічна хвороба III ст. Постінфарктний міокардіосклероз. Тромбоз глибоких вен лівої нижньої кінцівки. Ожиріння III ст.

Під час вибору лікувальної тактики ми враховували низку аспектів: вік хворого, наявність серйозних супутніх захворювань, розмір, локалізацію, структурну щільність каменів тощо. Було

вирішено проводити лікування у два етапи. Хворому була проведена комплексна передопераційна підготовка, адекватне знеболювання. На першому етапі виконана контактна літотрипсія МСС справа та ЧНЛТ справа. Через 1 міс був проведений другий етап операції – контактна уретеролітотрипсія нижньої третини лівого сечоводу та перкутанна нефролітотрипсія зліва. Оперативне втручання проведено за стандартною схемою. Завдяки двом успішним операціям усі камені були видалені. Проведена комплексна передопераційна підготовка, післяопераційний догляд, відповідна терапія, враховуючи тяжку коморбідність у хворого, дозволили запобігти виникненню ускладнень.

Для профілактики повторного утворення конкрементів ми призначали препарати, які мають антибактеріальну, спазмолітичну, протизапальну дію та забезпечують виведення кристалоутворювальних субстанцій. Також пацієнту рекомендовані зміни у способі життя: збалансоване харчування, фізичні навантаження, зниження маси тіла, дотримання питного режиму. Враховуючи серйозні супутні захворювання, пацієнту необхідно перебувати під постійним наглядом ендокринолога, терапевта з метою проведення корекції метаболічних і інших зрушень і лікаря-уролога.

Отже, усе зазначене вище ще раз довело, що черезшкірна нефролітотрипсія – високоефективний, малоінвазивний метод видалення крупних і коралоподібних каменів, завдяки якому досягається можливість максимального видалення конкрементів та забезпечується поліпшення і стабілізація функціонального стану нирки.

HIFU-терапия в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

З.Р. Шодмонова, Р.Б. Нарзикулов, Р.Р. Гафаров, Дж.Ф. Юсупов
Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Сегодня все более возрастающий интерес вызывает технология высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (high-intensity focused ultrasound – HIFU), которая имеет большой диапазон возможных точек применения, характеризуется минимальной инвазивностью, минимальным воздействием на организм больного, а также коротким периодом реабилитации. Также данный метод лечения обладает высокой воспроизводимостью, что, в свою очередь, способствует быстрому распространению HIFU-терапии в практике.

На современном этапе HIFU-терапия применяется главным образом для лечения локализованных форм рака предстательной железы. Однако весьма перспективным является применение данного метода при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). HIFU вызывает абляцию доброкачественно гиперплазированных тканей простаты малоинвазивным путем с минимальным числом осложнений.

Цель исследования: изучение эффективности HIFU-терапии у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), обусловленными ДГПЖ.

Материалы и методы. Было проведено обследование и лечение 82 мужчин в возрасте от 52 до 84 лет с СНМП, вызванными ДГПЖ. Всем больным проводилась оценка симптоматики, урофлоуметрия, определялся объем остаточной мочи. По результатам проведенных клинико-лабораторных и инструментальных обследований отобрано 49 пациентов, которым была проведена HIFU-терапия на аппарате Sonablate-500. При этом критериями отбора являлись: пи-

ковая скорость потока мочи ≤ 15 мл/с, оценка по шкале IPSS ≥ 18 баллов, объем простаты ≤ 80 мл.

Результаты. У 49 пациентов, которым проводилась HIFU-терапия, после 2 мес лечения симптоматика снизилась с 19,7 до 8,1 (-59%) балла по шкале IPSS. По окончании двухлетнего периода HIFU-терапии колебания показателей были незначительными. Максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) в течение 2 мес увеличилась с 8,5 мл/с до 12,6 мл/с (+32%), но затем постепенно к концу двухлетнего периода снизилась до 10,1 мл/с. Оценка качества жизни улучшилась на 65%. Осложнения HIFU-терапии были минимальными и включали гемоспермию (10,2%), легкую или умеренную гематурию (8,1%), острую задержку мочи (4,1%), промежностную боль (12,2%) и эпидидимиты (6,1%). Повторная катетеризация понадобилась 4 (8,1%) пациентам. Одиннадцати пациентам была произведена трансуретральная резекция простаты по поводу симптомов инфравезикальной обструкции после HIFU-терапии.

Закключение. Таким образом, HIFU-терапию – это один из малоинвазивных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), сопоставимый по своей эффективности с хирургическими методами лечения, но имеющий при этом меньшее число осложнений. HIFU-терапия является безопасным, эффективным методом лечения ДГПЖ, который в кратчайшие сроки после проведения вмешательства снижает интенсивность симптомов нижних мочевых путей и способствует улучшению качества жизни пациентов.

Критерии прогнозирования результатов экстракорпоральной литотрипсии в лечении мочекаменной болезни

З.Р. Шодмонова, Ж.Я. Нуруллаев, Ш.Ш. Хамраев
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Несмотря на всестороннее глубокое многолетнее изучение проблема лечения мочекаменной болезни (МКБ) актуальна и в настоящее время. Это связано с ростом частоты заболеваемости МКБ во всем мире, уровень которой ежегодно составляет 0,5–5,3% [1, 2, 5, 7, 8, 9].

Особые успехи в лечении больных МКБ достигнуты благодаря разработке новых технологий и широкому применению малоинвазивных методов, таких, как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), перкутанная нефролитотрипсия, эндоскопическая контактная литотрипсия и т.п. [1, 3, 4, 6].

ДУВЛ в связи малой инвазивностью и эффективностью особенно у больных нефроуретеролитиазом даже при больших камнях (размером до 3 см) является одним из оптимальных вариантов лечения. Но практическому врачу не всегда под силу предсказать исход литотрипсии, спрогнозировать эффективность лечения и тем более предупредить возможные осложнения, которые зависят от множества факторов [3, 4, 5, 6, 9].

Цель исследования: изучение результатов обследования больных нефроуретеролитиазом, разработка критериев про-

гнозирования эффективности ДУВЛ и профилактика возможных осложнений.

Материалы и методы. За период 2014–2018 гг. были обследованы 293 больных нефроуретеролитиазом в возрасте от 16 до 68 лет. Из них 137 (46,7%) женщин и 156 (53,3%) мужчин. Для прогнозирования результатов ДУВЛ мы оценивали анамнез, объективные, лабораторные, ультразвуковые исследования (УЗИ) и рентгенологические данные, а также изучали изменение кристаллизационных процессов в зависимости от фрагментации камня. ДУВЛ проводили на аппаратах «Kompakt Delta II» компании Dornier MedTex и «ASADAL-M 1». Визуализация конкремента осуществлялась ультразвуковым или рентгенологическим методом. Размеры конкрементов варьировали от 0,6 до 2,8 см. Для фрагментации камня использовали мощность в режиме 16 кВ до 2500 импульсов.

Учитывая влияние локализации конкрементов на исход ДУВЛ, всех больных разделили на 3 группы:

- 1-я группа (n=102) – с камнями почек,
- 2-я группа (n=107) – с камнями верхней трети мочеточников,

- 3-я группа (n=84) – с камнями нижней трети мочеточников.

Результаты. При изучении анамнеза было установлено наличие инфекции мочевого тракта (ИМТ) у 39 больных, приступов почечной колики – у 43 пациентов, самостоятельное отхождение камня – у 24 больных. Была выполнена оценка результатов предыдущих ДУВЛ (проводилась в 27 случаях), на основании чего прогнозировались возможные осложнения и эффективность литотрипсии.

При объективном исследовании были определены наличие и степень ожирения у 31 больного, а также деформация скелета у 18 пациентов, которые определенно могут ухудшать результаты ДУВЛ. Больные, перенесшие открытые операции на почке и мочевых путях, осложненные нарушением уродинамики в той или иной степени, исключались из списка исследуемых.

Лабораторные исследования включали как общий, так и биохимический анализ крови и мочи. Для выявления ИМТ проводили бактериологические исследование мочи с антибиотикограммой, согласно которой назначали противоспалительное лечение (19 больных) до сеанса ДУВЛ и после операции. Определяли содержание литогенных веществ (кристаллов солей, макро- и микроэлементов) в суточной моче.

УЗИ и рентгенологические исследования, в том числе и мультиспиральная компьютерная томография, позволили определить наличие аномалий развития почек (дистопия – 3, удвоение почки – 5, поликистоз – 14, гипоплазия почки – 6, единственная почка – 11) и деформаций скелета (позвочника – 5, тазобедренного сустава – 3). Были определены размер, локализация, однородность, интенсивность, форма краев камня, изучены состояние уродинамики, денситометрических показателей – плотность камня (в условных единицах по Hounsfield), а также возраст камней.

При оценке результатов обращали внимание на длительность нахождения камня в почках и мочеточниках, на результаты предварительно проведенной антибактериальной, лито-

гонной и литолитической терапии, наличие или отсутствие в анамнезе операции со стороны предстоящей ДУВЛ, которые, влияя на уродинамику верхних мочевых путей, также определенным образом могут положительно или отрицательно воздействовать на миграцию фрагментов после литотрипсии.

Известно, что длительное пребывание конкремента на одном из участков мочеточника сопровождается обострением воспалительного процесса, перифокальной инфильтрацией вокруг мочеточника, что влияет как на эффективность дезинтеграции, так и на миграцию конкрементов вниз.

Анализ результатов исследования продемонстрировал, что камни неоднородной структуры, низкой или высокой интенсивности, с неровными шероховатыми краями (66 случаев – 22,5%) фрагментировались после одного, иногда после двух сеансов. Камни однородной структуры, с ровными краями, средней интенсивности (у 227 больных – 77,5%) разрушались после 3–4 (в 3 случаях – 5%) сеансов.

Также было установлено, что на результаты ДУВЛ влияют размеры, локализация, форма, длительность пребывания камня и состояние уродинамики. Выявлено, что наиболее легко фрагментировались плоские камни, неправильной формы и сформировавшиеся в течение не более 5–6 мес, находящиеся в почечной лоханке и верхней трети мочеточника. В то время хуже разрушались камни, диагностированные более 6 мес, круглой формы, плотной консистенции и находящиеся в нижней трети мочеточника, что имело большой процент осложнений у 24 больных. Кроме того, также положительное воздействие оказало на результаты ДУВЛ предварительная проведенная противоспалительная, литолитическая и литокинетическая терапия.

Заключение. Таким образом, на результаты дистанционной ударно-волновой литотрипсии большое влияние оказывают не только химические свойства конкремента, немаловажную роль играют анамнестические данные, состояние структурно-функциональных изменений почек и мочевыводящих путей, наличие ИМТ, возраст камня, размер и локализация.

Оказание неотложной медицинской помощи при тупых травмах почек

З.Р. Шодмонова

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Травма почки составляет 1–5% всех случаев травм и чаще встречается в молодом возрасте преимущественно у мужчин [4, 6, 8]. Оказание и объем неотложной медицинской помощи больным с тупой травмой почек (ТТП), проведение лечебных мероприятий после завершения острого периода травмы до сегодняшнего дня остается не до конца решенным вопросом урологии [1, 6, 7].

В проанализированной нами литературе встречаются различные мнения в отношении оказания неотложной помощи при ТТП. Ряд авторов придерживаются тактики консервативного ведения при ТТП и считают необходимым проведение оперативного лечения лишь при жизнеугрожающем кровотечении [6]. По мнению других авторов, необходимо расширять показания к оперативному лечению, проводить органосохраняющие операции [1, 2]. К сожалению, при ТТП остается значительным (23–74%) число нефрэктомий [1, 7].

Также недостаточно информации в доступной нам литературе о последствиях ТТП в зависимости от методов лечения (оперативного или консервативного). Неадекватное оказание экстренной помощи пострадавшим с ТТП, что в дальнейшем может приводить к тяжелым осложнениям, связано с

недостаточным знанием особенностей клинического течения, вопросов ранней диагностики ТТП и не всегда полноценным оказанием помощи пострадавшим [1, 7].

Цель исследования: изучение симптомов и особенностей клинического течения ТТП в зависимости от степени тяжести повреждения и обоснование критериев выбора оперативного и консервативного лечения больных ТТП.

Материалы и методы. В отделении экстренной урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) с 2012 по 2018 гг. под нашим наблюдением находились 64 больных с изолированными и сочетанными травмами почек в возрасте от 18 до 72 лет (49 мужчин и 15 женщин).

Изучение причин и обстоятельств повреждений показало, что в большинстве случаев причиной были автотравмы – 38 (59,4%), спортивные травмы – 4 (6,25%), бытовые травмы – 22 (34,4%). Травматический шок наблюдали у 6 (9,3%) пострадавших. Службой скорой помощи доставлены 43 (67,1%) больных, остальные 21 (32,8%) поступили самостоятельно. Все больные в приемном отделении СФ РНЦЭМП при первичном осмотре консультировались необходимыми смежны-

ми специалистами. В дальнейшем согласно выработанному алгоритму диагностики проводили необходимые исследования. Оценивали состояние гемодинамических показателей, производили УЗИ почек и мочевыводящих путей, органов брюшной полости, а также рентгенологические исследования, в том числе и КТ.

Результаты. Клиническая картина ТТП зависела от степени тяжести. В данном исследовании основное клиническое проявление при травме почек – гематурия – наблюдалась у 92% больных, на боль в поясничной области пораженной стороны жаловались 75%, наличие припухлости в поясничной области отмечали у 41% пострадавших. Наряду с клинико-лабораторными исследованиями, рентгенологические методы, в особенности применение МСКТ, при политравме дали возможность окончательно установить диагноз и определить степень повреждения почек и других органов.

При подозрении на наличие субкапсулярной, забрюшинной гематомы, ограничение подвижности почек, «размытость» контуров почек в 23 (35,9%) случаях наряду с обзорной МСКТ выполняли также контрастное исследование. У 9 из них выделительная функция обеих почек не была нарушена. У остальных 14 выявлены повреждения почек различной степени. У 15 больных травма почек сочетались с травмами органов брюшной полости, у 13 пациентов с травмами костно-суставной системы, в 10 случаях с черепно-мозговой травмой и у 3 пострадавших была тяжелая политравма, несовместимая с жизнью. Всем больным оказана соответствующая квалифицированная специализированная помощь.

Нами определены критерии для выбора показаний к оперативному и консервативному лечению пострадавших с тупыми травмами почек. Так, при изолированных повреждениях почек при удовлетворительном общем состоянии, отсутствии массивного кровотечения и мочевого инфильтрации проводилась консервативная терапия:

- постельный режим в течение 10–20 сут,
- принятие мер по прекращению кровотечения (введение гемостатических средств, переливание крови и плазмы),
- назначение обезболивающих средств, антибиотиков широкого спектра действия,
- динамическое наблюдение за показателями гемодинамики (пульс, артериальное давление).

Интенсивная гематурия, ухудшение состояния больного, подозрение на сочетанное повреждение почек и органов

брюшной полости или грудной клетки являлись показанием для немедленного хирургического вмешательства. В каждом конкретном случае травмы устанавливался факт наличия контрлатеральной почки и оценивалось ее функциональное состояние. Поскольку своевременное хирургическое вмешательство при закрытом повреждении почки помогает не только сохранить больному жизнь, но и спасти почку. В случае госпитализации больного в стационар в состоянии шока параллельно проводились и противошоковые мероприятия, чтобы выполнить операцию при благоприятных условиях.

При изолированных травмах почек использовали поясничный доступ. В случае подозрения на сочетанное повреждение почек и органов брюшной полости выполняли срединную лапаротомию.

Из всех больных (n=64), в острый период находящихся на стационарном лечении, консервативное лечение проводилось 36 (56,3%) пострадавшим, а оперативное лечение – 28 (43,7%) больным. При разрыве фиброзной капсулы почки с повреждением паранефральной клетчатки оперативное вмешательство было выполнено 9 (14%) больным. При разрыве паренхимы почки без проникновения в ЧЛС прооперированы 11 (17,1%) больных, при разрыве почечной паренхимы с проникновением в ЧЛС всем 6 (9,3%) пострадавшим проведено органосохраняющее оперативное лечение. В 2 (3,1%) случаях выполнена нефрэктомия по причине разложения паренхимы почки.

При проведении оценки эффективности выбранного метода лечения был выполнен сравнительный анализ сроков госпитализации больных с ТТП при консервативном и оперативном лечении.

Так, при консервативном лечении средний койко-день пребывания больных в стационаре в 1,8 раза больше (p<0,01), чем при оперативном лечении. При консервативном лечении средний койко-день составил 18,8±2,7 сут, а при хирургическом органосохраняющем лечении – 10,3±1,5 сут.

Выводы. Таким образом, достоверно установлено, что длительность и эффективность стационарного лечения пострадавших с ТТП в острый период зависят от выбранной лечебной тактики. Эффективность хирургического лечения оказалась выше, чем консервативного лечения при длительности госпитализации, составляя до 10 сут при хирургических вмешательствах и свыше 15 сут – при консервативной тактике ведения.

Особенности отбора пациентов для проведения дистанционной литотрипсии при нефроуретеролитазе

З.Р. Шодмонова

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

В последнее время для лечения мочекаменной болезни (МКБ) используются преимущественно малоинвазивные методики, одной из которых является дистанционная литотрипсия (ДЛТ). По данным литературы, применение ДЛТ позволяет избавиться от конкрементов до 90% пациентов с различными формами МКБ (Лопаткин Н.А., 2007; Дзеранов Н.К., 2006; Gupta V. et al., 2005).

Цель исследования: изучение безопасности и целесообразности применения ДЛТ в лечении МКБ.

Материалы и методы. Было обследовано 147 больных нефроуретеролитиазом в возрасте от 18 до 72 лет. Из них женщин было 55 (37,5%), мужчин – 92 (62,5%). По результатам УЗИ, рентгенологических исследований и МСКТ

нами определялись размер, локализация, однородность, интенсивность, форма краев камня, изучались состояние уродинамики, денситометрических показателей – плотность камня (в условных единицах по Hounsfield), а также возраст камней. Учитывая влияние локализации конкрементов на исход ДЛТ, пациенты были распределены на 4 группы: с камнями почек (62), камнями верхней (34), средней (19) и нижней (32) трети мочеточников. ДЛТ проводили на аппаратах «Kompakt Delta II» компании Dornier Med Tex и «ASADAL-M1» производства Южной Кореи. При необходимости визуализация конкремента осуществлялась ультразвуковым или рентгенологическим методом. Размеры конкрементов варьировали от 0,7 до 2,5 см.

Для фрагментации камня была использована мощность в режиме 16 кВ частотой до 2500 импульсов.

Результаты. При оценке показаний к ДЛТ уделялось внимание длительности нахождения камня в почках и мочеточниках, результатам предварительно проведенной антибактериальной, литогонной и литолитической терапии, наличию или отсутствию в анамнезе операций на стороне предстоящей ДЛТ, которые, влияя на уродинамику верхних мочевых путей, также могут не всегда положительно воздействовать на миграцию фрагментов после литотрипсии. Анализ наших исследований показал, что после 1 или, редко, 2 сеансов фрагментировались камни, имеющие неоднородную структуру, неровные шероховатые края, низкой или высокой интенсивности (в 42 случаях – 28,5%). Камни однородной структуры, с ровными краями, средней интенсивностью (у 97 больных – 66%) разрушались после 3–4 (в 8 случаях – после 5) сеансов.

На результаты ДЛТ влияли размер, локализация, форма, длительность пребывания камня и состояние уродинами-

ки. Наиболее легко фрагментировались плоские камни неправильной формы, сформировавшиеся в течение не более 5–6 мес и находящиеся в почечной лоханке и верхней трети мочеточника. В то же время хуже разрушались камни округлой формы, плотной консистенции с продолжительностью нахождения в нижней трети мочеточника более 6 месяцев – 23 (15,6%) больных. У таких пациентов отмечался больший процент осложнений. Кроме того, положительное воздействие на результаты ДЛТ оказывала предварительно проведенная противовоспалительная, литолитическая и литокинетическая терапия.

Заключение. Таким образом, дистанционная литотрипсия у больных нефроуретеролитиазом является эффективным и безопасным методом лечения, который способствует быстрому восстановлению функционального состояния почек и мочевыводящих путей и способствует предупреждению возможных осложнений мочекаменной болезни.

Журнал «Здоровье мужчины» индексуется та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

