

леній під час операції тканині ПЗ. Для характеристики перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих враховували такі показники: довготривала (більше 7 діб) або профузна (включаючи гемотампонаду сечового міхура) макрогематурія, нагноєння рани, розвиток гострого пієлонефриту, гострого уретриту, гострого орхоепідидиміту. До I групи ввійшли 49 пацієнтів, у яких було виявлено ДНК МН та UU. II групу склали 103 пацієнти, які неінфіковані цим збудником.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При дослідженні інфікованості МН та UU в GE і в інтраопераційно видаленій тканині ПЗ 152 хворих у 49 (32,2%) було виявлено ДНК цих збудників. Інфекційно-запальні захворюван-

ня ПЗ та/або сечівника були ідентифіковані у 33 (67,3±6,7%) хворих I групи та у 69 (67,0±4,6%) пацієнтів II групи ($p > 0,05$). У хворих на ДГПЗ, інфікованих і неінфікованих МН та UU, вірогідно не відрізнялись як об'єм передміхурової залози (98,7±5,8 мл та 104,8±6,2 мл відповідно), так і об'єм залишкової сечі (101,1±9,6 мл та 110,0±8,8 мл відповідно). Пацієнти досліджуваних груп мали однаково важкий ступінь тяжкості симптомів нижніх сечовивідних шляхів, який оцінювали за допомогою шкали I-PSS (у хворих I групи – 24,4±0,8 проти 23,4±0,4 бала – у II групі, $p > 0,05$). Вірогідної різниці між якістю життя відмічено також не було. Структура РПУ у хворих на ДГПЗ у залежності від виявлення МН та UU представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Структура РПУ у хворих на ДГПЗ у залежності від виявлення ДНК МН та UU

Ускладнення	Кількість хворих				p
	інфіковані МН та UU (n=49)		неінфіковані МН та UU (n=103)		
	абс.	%±m	абс.	%±m	
Нагноєння рани	3	6,1±3,4	3	2,9±1,7	>0,05
Гострий орхоепідидиміт	6	12,2±4,7	5	4,9±2,1	>0,05
Гострий уретрит	7	14,3±5,0	5	4,9±2,1	>0,05
Гострий пієлонефрит	4	8,2±3,9	8	7,8±2,6	>0,05
Всього інфекційно-запальних ускладнень	20	40,8±7,0	21	20,4±4,0	<0,05
Довготривала або профузна макрогематурія	8	16,3±5,3	14	13,6±3,4	>0,05
Всього	28	57,1±8,6	35	34,0±4,7	<0,05

ВИСНОВКИ

1. Серед хворих на ДГПЗ, які потребують планового хірургічного лікування, ступінь інфікованості GE та тканини ПЗ МН та UU становить 32,2%.

2. Інфікованість МН та UU не впливає на клінічний перебіг ДГПЗ.

3. Частота виникнення РПУ у пацієнтів, інфікованих МН та UU, в 1,7 разу перевищує таку у неінфікованих хворих за рахунок у 2,0 рази більшої частоти виникнення інфекційно-запальних ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНОХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ У ХВОРИХ НА КАМЕНІ СЕЧОВОДУ, УСКЛАДНЕНІ ГОСТРИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

С.П. Пасечніков, Ю.І. Синишин

Відділ запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Широке розповсюдження та зростання захворюваності на сечокам'яну хворобу і, зокрема,

камені сечоводу зумовило пошук нових підходів до лікування уретеролітазу. Ускладнення урете-

ролітіазу гострим обструктивним піелонефритом потребує екстреного відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів. Це обумовлює перспективність застосування у таких випадках екстреної ЕУХЛ (ЕЕУХЛ), як неінвазивного та економічно доцільного методу лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЕЕУХЛ виконувалась в першу добу після госпіталізації у 214 хворих на уретеролітіаз без попередньої катетеризації сечоводу в умовах наявності гострого серозного піелонефриту.

ЕУХЛ проводилась на апараті «Dognier – U50» з електромагнітним генератором ударних хвиль та діаметром фокусуєчої лінзи 220 мм. Розмір фокальної зони становить від 4,3x2,3 мм при мінімальній енергії (410–570 бар) до 8,5x3,3 мм при максимальному рівні енергії (1007–1450 бар). Ефективність проведеного сеансу оцінювали за такими критеріями, як ступінь зменшення ділятатції порожнин нирки, відходження фрагментів зруйнованого каменя, утворення «кам'яної доріжки», виявлення резидуальних каменів у сечоводі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз ефективності ЕЕУХЛ проведено в залежності від локалізації та розмірів каменя. ЕЕУХЛ проведена 214 хворим на уретеролітіаз, ускладнений гострим піелонефритом без попередньої спроби катетеризації сечоводу протягом першої доби після госпіталізації і була ефективною у 90,2±4,6% випадків. Найкращі результати (100%) отримано при ЕЕУХЛ каменів розмірами 0,5–1,0 см незалежно від локалізації конкременту. Позитивні результати ЕЕУХЛ каменів розмірами 1,1–1,5 см верхньої, середньої та нижньої третин сечоводу відповідно становили: 60,0±21,9% < 100,0% > 84,0±7,6% (p>0,05).

Середня кількість проведених сеансів ЕУХЛ дорівнювала відповідно: для верхньої

1/3 сечоводу – 1,7 сеансу, для середньої 1/3 – 1,6 та для нижньої 1/3 сечоводу – 1,5 сеансу. Лише у двадцяти одного хворого, що становить 17% від групи пацієнтів з розмірами каменя 1,1–1,5 см, або 9,8% від загальної групи, екстрена літотрипсія була неефективна. Відсутність фрагментації каменя та ознак відновлення уродинаміки за даними повторного УЗД змусило провести катетеризацію сечоводу, після чого хворі були проліковані за допомогою повторних сеансів планової ЕУХЛ. Загалом висока ефективність екстреної ЕУХЛ ще раз підтвердила значення для успіху лікування факторів тривалості перебування каменя в певному місці сечоводу та ступеня його фіксації до стінки сечоводу, які у досліджуваній групі були нетривалими і мало вираженими.

Аналіз результатів ведення хворих за опрацьованим алгоритмом показав, що найбільш вагомим з отриманих даних виявилась тривалість лікування. Середній ліжко-день у хворих після ЕЕУХЛ виявився достовірно меншим за такий у хворих, яким проводилась відстрочена ЕУХЛ (10,1±1,0 проти 17,1±0,4).

Таким чином, застосування ЕЕУХЛ призводить до скорочення середнього терміну госпіталізації у хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним піелонефритом, на 6,8 ліжко-днів, тобто у 1,6 разу.

ВИСНОВКИ

1. Висока ефективність ЕЕУХЛ (90,2±4,3 %) дозволяє застосувати її як альтернативний метод відновлення пасажу сечі з блокованої нирки у хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним піелонефритом, при каменях розміром до 1,0 см у верхній третині та каменях до 1,5 см у середній та нижній третинах сечоводу.

2. Розроблена сучасна технологія лікування хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним піелонефритом дозволяє поліпшити якість медичної допомоги за рахунок скорочення терміну госпіталізації до 9,2 доби та виключення інвазивних методів лікування.