

ОЦЕНКА ТУР И ОТКРЫТОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДГПЖ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

А.А. Попович, Г.В. Бачурин, С.А. Попович, Е.Г. Нордио

Запорожский государственный медицинский университет

Одним из самых распространенных заболеваний мочеполовой системы у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Хирургическое удаление предстательной железы в возрасте 40–49 лет составляет около 13%, а в возрасте 50–59 лет – около 25%. Таким образом, почти 40% мужчин оперируются в работоспособном возрасте.

Работа основана на ретроспективном анализе истории болезни и опыте лечения 80 пациентов с ДГПЖ (средний возраст – $67 \pm 2,4$ года), которым в 2012 году выполнено по неотложным показаниям – 40 больным трансуретральная резекция (ТУР) и 40 больным открытая аденомэктомия.

При сравнении оба метода оперативного лечения имеют как преимущества, так и недостатки. Так при ТУР: кровотечений меньше (1%), значительно реже наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения (4%), сокращается продолжительность оперативных вмешательств (30–40 мин) и сроки пребывания больных в стационаре (5–6 дней). Основным недостатком открытой чреспузырной аденомэктомии являются инфекционно-воспалительные осложнения (6%) и недержание мочи (3%), сохранение ирритативной симптоматики (3%), сроки пребывания в стационаре (10–11 дней).

Трансуретральная резекция ДГПЖ значительно расширила показания к выполнению оперативного лечения у лиц с острой задержкой мочи.

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ СТЕНТА В ТЕРАПИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРЕТЕРОЛИТИАЗА МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Г.Д. Резников, Ю.В. Роцин, Д.Б. Резников, Р.П. Федоришин

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение
Отдел рентген-ударно-волнового дистанционного дробления камней и эндоурологии*

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) в настоящее время – это один из ведущих, малоинвазивных методов в лечении проксимального уретеролитиаза. Одним из широко используемых приемов в лечении камней проксимальных отделов мочеточника является антеградное перемещение их в почку с последующей установкой стента. Перед нами стал вопрос о необходимости вышеописанных действий у пациентов не имеющих признаков активности пиелонефрита.

С 2008 по 2012 год в нашем отделе на амбулаторном лечении находилось 438 больных с конкрементами верхней трети мочеточника. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (233 больных), которым была

выполнена установка мочеточникового катетера стента в верхние мочевыводящие пути, как предварительный этап ЭУВЛ конкремента верхней трети мочеточника. Вторая группа (205 пациентов), где выполнялось ЭУВЛ конкремента *in situ*, без предварительного дренирования верхних мочевыводящих путей. Из исследования исключались больные с полной обструкцией почки, с обострением хронического калькулезного пиелонефрита, требующие стационарного лечения. 1 пациенту в 1-й группе и 6 пациентам во второй группе, в связи с неэффективностью ЭУВЛ, в дальнейшем была выполнена уретероскопия. Количество сеансов ЭУВЛ, затраченное на дезинтеграцию одного камня, составило 1,84 в первой группе и 1,92 во второй группе. Средние сроки полной элими-

нации каменной массы в 1-й группе составили 16,4 дня, во 2-й группе – 10,3 дня. Срок пребывания на больничном листе в 1-й группе – 20,3 дня, во 2-й группе – 14,7 дня. Проведенное исследование показывает, что у пациентов, которым не было выполнено предварительное дренирование верхних мочевыводящих путей путем установки

мочеточникового катетера типа стент, быстрее наступает полная элиминация фрагментов конкремента, что существенно сократило сроки их лечения. Таким образом, предварительная установка стента у пациентов без признаков активности пиелонефрита не должна рассматриваться как подготовительный этап при проведении ЭУВЛ.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

А.В. Руденко, С.П. Пасечников, М.В. Мітченко, В.Т. Кругликов, О.М. Корніліна

ДУ “Інститут урології НАМН”, м. Київ

Актуальність теми дослідження обумовлена, з одного боку, широким розповсюдженням гострих запальних процесів нирок, з іншого – недостатньою ефективністю терапії і в першу чергу за рахунок недостатньої інформації щодо спектра можливих етіологічних чинників та особливостей їх чутливості до антибіотиків.

Раніше нами було експериментально доведено, що запальний процес нирок обумовлюють як класичні бактерії, так і молекути. Обстежені хворі були з діагнозом первинного гострого піелонефриту (ГП) та загострення хронічного (ЗХП). У сечі хворих на ГП виявлено бактерії з високим мікробним числом у 42,6% випадків, при ЗХП – у 25%. За вимогами доказової медицини нами одночасно застосовано три методи дослідження для доказу можливої ролі

молекутів (*M.hominis* та *U.urealyticum/parvum*) у розвитку запального процесу нирок хворих. При ГП культурально-ферментативним методом (КФМ) молекути виявлено у 25% випадків, методом ПЛР – у 68,4%; згідно з показником серологічного дослідження крові у 36,8% хворих виявлено діагностично значущі титри (IgG) до молекутів. При ХП у 25% (КФМ), методом ПЛР – у 25%, IgG до названих молекутів – також у 25%. Таким чином, нами була доведена причетність як бактерій, так і молекутів до запального процесу нирок. Отримані дані дали можливість розробити й впровадити у поетапну схему лікування хворих додатковий комплекс препаратів з врахуванням біологічних особливостей молекутів (антибіотики – фторхінолони та макроліди + специфічні імуноглобуліни).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹, К.А. Троян¹, Е.П. Украинец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴

КУ «Д 12 ТМО» ДОС»¹

КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС»²

КУ «Д 9 ГКБ» ДОС»³

КУ «Д 6 ГКБ» ДОС»⁴

ООО «Планета Здоровье», Днепропетровск⁵

Впервые доброкачественные опухоли уретры у женщин были описаны G.V. Morgagni (1719), W.V. Clarke (1814). До настоящего времени причины образования доброкачественных опухолей

уретры у женщин окончательно не выяснены. Определенную роль играют длительно текущие гинекологические заболевания, в частности воспалительные процессы, которые постоянно под-