

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

молекул (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 молекул. При ХП у 25% (КФМ), методом ПЛР – у 25%, IgG до названих молекул – також у 25%. Таким чином, нами була доведена причетність як бактерій, так і молекул до запального процесу нирок. Отримані дані дали можливість розробити й впровадити у поетапну схему лікування хворих додатковий комплекс препаратів з врахуванням біологічних особливостей молекул (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-