

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 ЗХП 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-

держивают раздражение наружных половых органов и уретры, расстройства кровообращения в малом тазу, гормональные нарушения. Роль их в возникновении новообразований уретры несомненна, так как в климактерическом периоде создаются благоприятные условия для развития неопластических процессов. Доброкачественные опухоли уретры растут медленно. В большинстве случаев они вызывают ощущение зуда и жжение в уретре, неприятные ощущения во время акта мочеиспускания и после него, иногда могут давать клинику инфравезикальной обструкции. В случае присоединения инфекции пациенток беспокоят режущие боли в уретре и частые позывы на мочеиспускание. Дизурия проявляется в виде императивных позывов, отклонения или раздвоения струи мочи. Иногда бывает затрудненное мочеиспускание, недержание мочи.

Большинство доброкачественных опухолей уретры склонно к кровотечениям, которые могут быть как незначительные, так и обильные, а порой очень упорными и длительными.

Предложено несколько классификаций доброкачественных опухолей уретры, но наиболее удачная принадлежит Н.П. Хохлачеву, который различает две основные формы: эпителиальные (полипы, папилломы, аденомы, кондиломы) и неэпителиальные (ангиомы, фибромы, миомы, невриномы).

Диагностика доброкачественных опухолей уретры в большинстве случаев не представляет затруднений. Ведущими методами диагностики являются: осмотр на кресле, пальпация, цистоскопия и уретроскопия. Большую роль играет морфологическое исследование опухолей. Основным методом лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является оперативное удаление опухоли в пределах здоровых тканей. В зависимости от величины и локализации новообразования производят циркулярную или клиновидную электрорезекцию уретры. Чтобы избежать стриктуры уретры, накладывают швы в поперечном направлении. Операцию производят

в основном под местной анестезией с обязательным гистологическим исследованием.

Лечение доброкачественных опухолей уретры является важным звеном профилактики рака уретры у женщин. Важную роль играют профилактические осмотры женщин гинекологами и урологами, что способствует своевременному распознаванию новообразований уретры.

Мы провели анализ 655 историй болезни пациенток с доброкачественными опухолями уретры. Возраст пациенток от 36 до 84 лет. Все пациентки находились в климактерическом периоде. Всем выполнена электрорезекция новообразований уретры. В связи с большими доброкачественными образованиями уретры 25 пациенток оперированы в стационаре под внутривенным наркозом. 630 пациенток были прооперированы в амбулаторных условиях под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина плюс местная аппликация Эмлы или Инстиллягеля или Катеджеля с экспозицией 20–30 мин. Гистологически у 10 пациенток получена плоскоклеточная папиллома уретры, у 17 – карункул, у 628 – полип уретры с участками хронического воспаления. В послеоперационном периоде пациенткам было назначено ванночки с настоем череды, коры дуба сроком до 7–10 дней, 4–5 раз в сутки. Контрольные осмотры на кресле через день после операции, на 7-е, 21-е, 30-е сутки. Затем через 1, 3, 6, 9 месяцев с целью исключения рецидива опухоли. У 48 пациенток выполнена повторная электрорезекция в связи с рецидивом полипа уретры. Все доброкачественные образования уретры находились на широкой ножке. В конце каждой операции проводилась инструментальная проверка проходимости уретры.

Как показывает наш опыт, лучшим методом оперативного лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является электрорезекция новообразований. С целью раннего выявления доброкачественных образований уретры показан профилактический осмотр всех пациенток на кресле у гинеколога и уролога.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В урологічній клініці гнійні форми гострого пієлонефриту розвиваються у 20–30% хво-

рих. При цьому частота нефректомії дорівнює 30–40%, а летальність сягає 10–20%. Разом з