

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 піелонефриту розвиваються у 20–30% хво-

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

тим, з впровадженням у клінічну практику високоінформативних методів візуалізації, сучасних антибактеріальних препаратів та мініінвазивних технологій простежується тенденція до відмови від хірургічного лікування гострого гнійного пієлонефриту.

Мета дослідження. Оцінити ефективність консервативної лікувальної тактики у поєднанні з мініінвазивними технологіями при гострому гнійному пієлонефриті.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Впродовж 1997–2012 рр. в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського перебувало на лікуванні 306 хворих на гострий гнійний пієлонефрит (середній вік  $51,2 \pm 1,3$  року): чоловіків – 157 (51,3%), жінок – 149 (48,7%). У 70,1% спостережень інфікування нирок відбувалось уриногенним шляхом, у 29,9% спостережень – гематогенним шляхом.

Сепсис ускладнював гострі гнійно-запальні захворювання нирок у 67,9% спостережень: дифузно-гнійний пієлонефрит – 47,9%; фокальний бактеріальний нефрит (апостематозний нефрит) – 72,3%; мультифокальний бактеріальний нефрит (карбункул нирки) – 86,5%; ксантогранульоматозний та емфізематозний пієлонефрит – 100,0%, абсцес нирки – 27,0%. При дифузно-гнійному пієлонефриті септичний шок спостерігався у 17,9% хворих, фокальному бактеріальному нефриті – у 23,7% хворих, мультифокальному бактеріальному нефриті – у 31,2% хворих, при абсцесі нирки – у 4,0% хворих.

Фокальний бактеріальний нефрит – 77 спостережень (25,2%), мультифокальний бактеріальний нефрит – 86 спостережень (28,1%) та абсцес нирки до 3 см – 11 спостережень (3,6%) – підлягали консервативному лікуванню під УЗ та КТ моніторингом. Емпірична внутрішньовенна антибактеріальна терапія починалась з препаратів, протимікробна активність яких охоплювала >90% ймовірних збудників. Після отримання результатів бактеріологічного дослідження проводили корекцію антибактеріальної терапії.

При абсцесі нирки і 3 см – 13 спостережень (4,2%) – проводилась черезшкірна пункційна аспірація гнійного вмісту під УЗ чи КТ контролем.

При абсцесі нирки і 4 см – 33 спостереження (10,8%) – та поширенні нагноєння на заочеревинний простір виконувалось черезшкірне пункційне дренирування гнійного вогни-

ща балон-катетером Foley 20 F, що забезпечувало ефективне відведення густого гнійного вмісту. У 5 випадках одночасно проведено дренирування гнійного вогнища нирки та жирового тіла.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні спостереження, УЗ, КТ моніторинг та результати патоморфологічних досліджень свідчать, що прогресування інфекції нирок від серозної стадії запалення до розвитку окремих клініко-морфологічних форм гострого пієлонефриту становить єдиний безперервний патологічний процес.

За результатами патоморфологічних досліджень при гематогенному інфікуванні нирок формування гнійних вогнищ відбувається переважно у корковій речовині, навколо звитих каналців. При уриногенному інфікуванні – у мозковій речовині. При цьому характер морфологічних змін у нирках зумовлюється терміном оклюзії і вірулентністю інфекції.

Розвиток нагноєння супроводжується збільшенням частоти та тяжкості септичних ускладнень. Характерно, що по мірі формування піогенної капсули зменшувались прояви сепсису. У хворих на цукровий діабет, людей похилого і старечого віку нагноєння достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) супроводжувалось септичним шоком (50,1% та 37,4% відповідно, проти 22,7%).

Особливе місце серед гострих гнійних уражень нирок посідає дифузно-гнійний пієлонефрит – 74 спостереження (24,2%). Означена клініко-морфологічна форма не входить до жодної класифікації, проте за клінічним перебігом має всі ознаки гострого гнійного запального процесу, завжди має обструктивний характер і за патогенезом передує апостематозному нефриту. При своєчасному відновленні порушеної уродинаміки та адекватній антибактеріальній терапії має місце зворотний розвиток.

За морфологічною картиною дифузно-гнійний пієлонефрит характеризується набряком, гіперемією та ерозією слизової оболонки ниркової миски і чашок. Підлеглий мозковий прошарок має вигляд суцільного гнійного екссудату, в якому переважають нейтрофіли і зустрічаються ділянки некротизованої ниркової тканини. На фоні дифузної гнійної інфільтрації мозкової речовини простежується формування мікроабсцесів. По мірі віддалення від ниркової миски відмічається зменшення дистрофічних та некробіотичних змін.

У 96,1% спостережень при гострих гнійних ураженнях нирок виявилась ефективною кон-

сервативна тактика, яка у 15,0% випадків доповнювалась мініінвазивними втручаннями. Показанням до хірургічного лікування – 12 хворих (3,9%) стало прогресування інфекційного запального процесу при відсутності технічних можливостей виконання мініінвазивних оперативних втручань. Нефректомія виконана 7 вкрай важким хворим (2,5%). Показанням до видалення нирки була тотальна деструкція ниркової тканини з відсутністю васкуляризації за даними ультразвукової доплерографії: мультифокальний бактеріальний нефрит – 3 спостереження, абсцес нирки – 2 спостереження, ксантогранульоматозний та емфізематозний пієлонефрит – по 1 спостереженню. Померло 5 хворих (1,8%), із них 3 – після хірургічного втручання. Причиною смерті стали септичний шок (2 спостереження), розвиток ДВС-синдрому, ускладненого шлунково-кишковою кровотечею, тромбоемболією легеневих артерій та інфарктом міокарда (по 1 спостереженню).

При контрольному обстеженні 109 пацієнтів через 0,5–10 років після перенесеного гострого гнійного ураження нирок хронічний пієлонефрит виявлений у 19,3% хворих, із них «зморщена нирка» – у 5,5%. Вік хворих на хро-

нічний пієлонефрит ( $58,0 \pm 2,0$  роки) був достовірно вищим ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з пацієнтами без ознак інфекційного запального процесу ( $42,5 \pm 1,7$  року). В жодному випадку не виявлено ознак хронічної ниркової недостатності та не встановлено показань до вторинної нефректомії. Характерно, що нефректомія не запобігає розвитку інфекційного запального процесу: хронічний пієлонефрит виявлений у 57,1% хворих з єдиною після нефректомії ниркою.

## ВИСНОВКИ

За умов своєчасного відновлення пасажу сечі та адекватної антибактеріальної терапії консервативна лікувальна тактика під УЗ та КТ моніторингом дозволяє попередити прогресування інфекційного запального процесу, розвиток важких септичних ускладнень, запобігти травматичних хірургічних втручань, нефректомії та летальності. Показанням до хірургічного втручання може стати прогресування інфекційного запального процесу та відсутність технічних можливостей виконання мініінвазивних оперативних втручань. Показання до нефректомії обмежуються тотальною деструкцією ниркової тканини.

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВРЕЖДЕННЫХ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОУРЕТЕРОГРАФИИ

*Ю.П. Серняк, Ю.В. Роцин, А.С. Фуксзон, Е.Н. Слободянюк*

*Донецкий национальный медицинский университет  
Кафедра урологии ФИПО*

Травма мочеточника является наиболее частым осложнением гинекологических операций и по данным различных источников литературы встречается в 0,5–30%. Среди всех ятрогенных повреждений мочеточника, гинекологические операции являются причиной 73% травм, что связано с топографо-анатомическими особенностями и расширением показаний для оперативного лечения. Наиболее эффективным способом коррекции травм дистального мочеточника признан уретероцистонеоанастомоз в различных модификациях. На сегодняшний день накоплен опыт выполнения данной операции лапароскопическим доступом. В свою очередь, применение интраоперационной электроурете-

рографии позволяет объективно определить границы функциональной активности травмированного мочеточника, тем самым снизив риск послеоперационных осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности коррекции гинекологической травмы мочеточника лапароскопическим и «открытым» доступом с применением электроуретерографии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2002 по 2012 год, в клинике урологии ФИПО ДонНМУ, на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка прошла лечение 61 пациентка в воз-