

CLINICAL FEATURES AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF MUCOUS MEMBRANE OF GASTRO-DUODENAL ZONE AT PATIENTS WITH DUODENUM ULCER CHOLECYSTITIS IN COMBINATION WITH CHRONIC NON-CHOLELITH

©I.Ya. Makoyda

Ivano-Frankivsk National Medical University

SUMMARY. By means of clinical-laboratory and tool methods 120 patients with pathology of hepatobiliary-duodenal zone are surveyed. The characteristic of clinical changes and endoscopic picture of a status of mucous membrane of gastro-duodenal zone is shown at retraction into pathological process of cholecyst at duodenum ulcer.

KEY WORDS: ulcer disease, duodenum, chronic cholecystitis.

УДК 616.65-007.61-06:616.62-008.6-085

НЕІНВАЗИВНІ ШЛЯХИ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ

©А.І. Мисак, В.В. Твердохліб, В.Я. Хорош¹, Т.Б. Корильчук¹, І.Я. Микитин¹, С.О. Нестерук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

¹Тернопільська університетська лікарня

РЕЗЮМЕ. Вивчено і проаналізовано віддалені результати у 172 хворих на доброкісну гіперплазію простати з високим оперативним ризиком, яким проводилась трансуретральна мікрохвильова гіпертермія. Виявлено позитивний вплив трансуретральної мікрохвильової гіпертермії на симптоми нижніх сечових шляхів більш як у 70 % хворих з доброкісною гіперплазією простати.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: доброкісна гіперплазія простати, трансуретральна мікрохвильова гіпертермія, симптоми нижніх сечових шляхів.

Вступ. Доброкісна гіперплазія передміхурової залози, згідно з епідеміологічними дослідженнями, є досить поширеним захворюванням, яке зустрічається у чоловіків середнього, похилого та старчого віку [1]. З віком частота цього захворювання збільшується до 85 % [3]. Поширеність доброкісної гіперплазії простати (ДГП) в Україні серед чоловіків, вік яких старший за працездатний, за останні п'ять років зросла майже на 35 % і становила у 2007 р. 4438,2 на 100 000 відповідного населення (147 677 хворих) [2]. Оскільки у старшому віці поряд з ДГП в більшості випадків є супутні захворювання, перед лікарями постає дилема, який вид хірургічного лікування можна застосувати для даного пацієнта.

Для групи пацієнтів з супутньою інтеркурентною патологією необхідно застосовувати такий спосіб хірургічного лікування ДГП, який був би малотравматичний, кількість післяопераційних ускладнень була б мінімальною, а ефект лікування – хорошим.

За останні десятиріччя проходить пошук нових підходів у лікуванні симптоматичної ДГП. Для

того щоб той чи інший метод був визнаний успішним, необхідно, щоб він був менш інвазивним і при цьому проявляв виражену ефективність, не потребував загальної анестезії, можливо, проводився амбулаторно і мав якнайменше ускладнень. Одним із таких уротехнологічних впроваджень, що відповідає вищезгаданим критеріям, можна вважати трансуретральну мікрохвильову термотерапію (ТУМТ) [4, 5].

Мета дослідження – оцінка ефективності ТУМТ на симптоми нижніх сечових шляхів у чоловіків з ДГП і високим оперативним ризиком.

Матеріал і методи дослідження. За період з 2002 по 2009 р. на базі урологічного відділення Тернопільської університетської лікарні виконано 472 ТУМТ хворим на ДГП з високим оперативним ризиком, із них у 29 (6,14 %) – амбулаторно. У 56 (11,86 %) пацієнтів була гостра затримка сечі, у 14 (2,97 %) – ishuria paradoxa.

З метою оцінки віддалених результатів лікування (через 3 роки після ТУМТ) провели клінічне обстеження 172 пацієнтів.

ТУМТ виконували на вітчизняному апараті “АЛМГП-01” з частотою 1300Hz , ректальною тем-

пературою – 42,5 °C і уретральною температурою – 44,5 °C. Середня тривалість сеансу становила 46–55 хвилин. Оцінювали суб'єктивний стан хворого, включаючи рівень важкості симптоматики, за шкалою IPSS та якості життя хворого (Q_oL), вивчали уродинамічні показники з визначенням середньої швидкості сечовипускання (Q_{ave}) та кількості залишкової сечі (КЗС). Об'єм сечового міхура, товщину стінки, розміри та об'єм передміхурової залози, об'єм залишкової сечі визначали за допомогою ультразвукового сканування.

Функцію верхніх сечовивідних шляхів оцінювали за допомогою рентгенологічних та радіонуклідних методів дослідження. Середню швидкість струменя сечі (Q_{ave}) визначали за допомогою мірної посудини та секундоміра. Пацієнт мочився в мірну посудину з одночасним включенням секундоміра. При цьому вивчався тільки часовий показник струменя сечі, але без врахування мікції.

Результати й обговорення. Середній вік хворих становив 74,2 роки (від 58 до 86). Об'єм простати, за даними УЗД, коливався від 26 см³ до 92 см³ і в середньому склав 54,5 см³. Початкові доопераційні показники були такими: IPSS – 20,57±1,08; Q_oL – 4,27±0,28; Q_{ave} – 6,45±0,28 мл/с, КЗС – 72,6±15,5 мл. Провівши аналіз цих показників через 3 роки після ТУМТ, отримали такі результати: IPSS – 18,53±2,43; Q_oL – 3,16±0,34; Q_{ave} – 9,58±2,04 мл/с, КЗС – 46,26±18,32 мл. Власна суб'єктивна оцінка пацієнтами ефективності проведеної ТУМТ виявилась такою: не відчули від процедури ніякого ефекту 17 (9,88 %) хворих; почують себе погано, але мали тимчасове (6–9 місяців) покращення – 33 (18,18 %); почують себе на теперішній час задовільно, хоча періодично турбують дизуричні розлади, але все ж таки стан кращий, ніж до ТУМТ – 83 (48,25 %) пацієнти. На добре і відмінно, значно краще, ніж перед втручанням, свій стан оцінили 39 (22,67 %) хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О. Прогнозування результатів застосування тамсулозину для відновлення сечовипускання у хворих на доброкісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену гострою затримкою сечі // Здоров'я мужчин. – 2008. – № 3. – С. 118–123.
2. Сайдакова Н.О., Старцева Л.М. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2006–2007 рік (відомче видання). – К., 2008.
3. Cuneyt Ozden, Ozden Levent Ozdal, Guvenc Urganciglu The Correlation between Metabolic Syndrome

У 10 пацієнтів з гострою затримкою сечі фізіологічне сечовипускання після ТУМТ не відновилося. На нашу думку, це пов'язано з такими особливостями: виражений внутрішньоміхуровий ріст ДГП, об'єм залози у тих хворих перевищував 75 см³. Ще в п'яти пацієнтів через 12 місяців після ТУМТ знову виникла гостра затримка сечі. Ім було проведено повторний сеанс ТУМТ, після чого відновлено самостійне сечовиділення.

До року після ТУМТ хірургічне лікування проведено 14 пацієнтам, котрі не відчули ефекту від процедури (4 – черезміхурова простатектомія, 8 – ТУР простати, 2 – надлобкова цистостома). У групі з тимчасовим покращенням прооперовано 29 хворих (11 – черезміхурова простатектомія, 18 – ТУР простати). Слід відмітити, що при відкритих простатектоміях (після ТУМТ) відмічалися труднощі при енуклеації гіперплазованих вузлів, у зв'язку з проліферативними змінами в них і навколоишніх тканинах. Другою особливістю було те, що після ТУМТ, як при відкритих простатектоміях, так і при ТУР простати, крововтракта була меншою і короткотривалою.

Висновки. Враховуючи неінвазивність, легку переносимість, відсутність побічних ефектів, ТУМТ є методом вибору у хворих з ДГП, у яких є протипоказання до хірургічного лікування і загального знеболення або при неефективності медикаментозної терапії. Віддалені результати ТУМТ можна вважати задовільними, з позитивним ефектом у 70,92 % пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Наведені вище факти вимагають проводити більш грунтовні клінічні дослідження у вивчені характеристу впливу трансуретральної мікрохвильової гіпертермії на симптоми нижніх сечових шляхів не тільки у хворих на доброкісну гіперплазію простати, а, можливо, і у пацієнтів з хронічним простатитом та вираженими дизуричними розладами.

and Prostatic Growth in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia // J. Urol. 2007; 51: 199-206.

4. Dineen MK, Shore ND, Lumerman JH, Saslawsky MJ, Corica AP. Use of a temporary prostatic stent after transurethral microwave thermotherapy reduced voiding symptoms and bother without exacerbating irritative symptoms // Urology. 2008 May;71(5):873-877. Epub 2008 Mar 28.

5. Larson BT, Mynderse LA, Somers VK, Jaff MR, Evans WP, Larson TR Blood pressure surges during office-based transurethral microwave therapy for the prostate // Mayo Clin Proc. 2008 Mar;83(3):309-312.

NONINVASIVE METHOD IN THE TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

©A.I. Mysak, V.V. Tverdohlib, V.Ya. Khorosh¹, T.B. Korylchuk¹, I.Ya. Mykitin¹, S.O. Nesteruk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

¹Ternopil University Hospital

SUMMARY. Long-term results were studied and analyzed in 172 patients with benign prostate hyperplasia with high operational risk, which transurethral microwave hyperthermia was conducted. The positive impact of transurethral microwave hyperthermia for lower urinary tract symptoms was found out in more than 70% of patients with benign prostate hyperplasia.

KEY WORDS: benign prostatic hyperplasia, transurethral microwave thermotherapy, lower urinary tract symptoms.

УДК: 618.3 Ф 83

ЧЕРЕВНА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

©А.Ю. Франчук, А.В. Бойчук, О.О. Берегуляк, О.М. Сидорчук, О.І. Данилюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Тернопільська комунальна міська лікарня № 2

РЕЗЮМЕ. Наведений у даній статті цікавий клінічний випадок черевної вагітності звертає увагу на труднощі в діагностиці даної патології. Своєчасна діагностика та оперативне лікування ектопічної вагітності запобігають порушенню репродуктивного здоров'я жінки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: черевна вагітність, клінічний випадок.

Вступ. Враховуючи тенденцію до погіршення демографічної ситуації у світі [1], питання репродуктивного здоров'я населення є надзвичайно актуальним.

Ектопічна вагітність займає одне з важливих місць серед причин, що призводять до порушення репродуктивного здоров'я, а її несвоєчасна діагностика та лікування можуть привести до материнської смертності [2]. Так, при черевній вагітності материнська смертність у 7,7 раза вища, ніж при інших видах позаматкової вагітності [3].

Черевна вагітність, особливо у ранні терміни, часто може прогресувати безсимптомно і внаслідок цього несвоєчасно діагностується. Діагностика черевної вагітності можлива при проведенні акушерського та УЗД-обстеження. Однак інколи діагноз встановлюється або підтверджується при проведенні лапаротомії.

Труднощі при проведенні оперативного втручання пов'язані з видаленням плаценти, залежать від місця її локалізації та глибини інвазії часточок у відповідні органи. Саме видалення

плаценти в органи не дає можливості її відділити. В такому випадку плаценту залишають прикріпленою на тих органах, де вона розміщена, проводять марсупалізацію з очікувальною тактикою. Такі жінки підлягають проведенню інтенсивної терапії, динамічному спостереженню за резорбцією плаценти з допомогою УЗД та серологічних реакцій на наявність хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові. Резорбцію плаценти можна прискорити застосуванням метотрексату, селективно артеріальною емболізацією та повторною лапаротомією [4]. Черевна вагітність небезпечна тим, що в післяоператійному періоді може викликати утворення нориць, септицемію і призводити до смертельних наслідків.

Основна частина. В нашій клініці мав місце такий випадок черевної вагітності.

Вагітна О.В., 23 роки, госпіталізована в гінекологічне відділення з скаргами на незначні кров'яністі виділення з статевих шляхів протягом доби та нюочі болі внизу живота. Останню менструацію не пам'ятає.