View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by Repository for DZ "DMA"

UROLOGY • ANDROLOGY • NEPHROLOGY

•KHARKIV–2018•

24-25 ТРАВНЯ

УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ — ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ»: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2018. - 360 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевої системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

Редакційна колегія: В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

которые были подвергнуты ДУВЛ) в результате лечения у 6 - отошло 8 конкрементов в сроке от 14 до 30 суток. Из оставшихся 28 пациентов с одиночными конкрементами в результате лечения от камней избавились 14 пациентов.

Единичные камни из полостной системы: в первые 14 суток приема препарата отошло 7 уролитов, при этом если первичные размеры были от 7 до 9 мм, то при отхождении максимальный фрагмент дезинтегрированного камня <4 мм, остальная часть была представлена в виде гравия до 1 мм. Следует отметить, что практически все конгременты, которые «стартовали» из полостей почки при отхождении значительно отличались по размерам от первично визуализированных. При этом множественные камни отошли в виде мелких конкрементов - гораздо меньше по размерам, чем при визуальной диагностике на включении - т.е. очевидно, что их миграция по мочевым путям стала возможной после изменения структуры и размеров.

Достаточно большая часть конкрементов в ходе лечения были дезинтегрированы, о чем свидетельствовали изменения размеров при повторных ультразвуковых и рентгенологических исследованиях, отхождение в виде фрагментов гораздо меньших, первично выявленных уролитов в 58,1% наблюдений.

Выводы. Изгоняющая лекарственная монотерапия терапия препаратом Тутукон в течение 1 мес. позволяет избавиться от камней размером 4-5 мм в 100% случаев, 6-7 мм – в 72,7%, 8-9 мм лишь в 20% случаев. Эффект элиминации камней почек размером 4-5 мм наблюдался в 71,4% случаев, 6-7 мм – 66,6%, 8-9 мм в 28,6%. О выраженности литолитического эффекта свидетельствует дезинтеграция конкрементов в ходе лечения и отхождение в виде отдельных фрагментов, что продемонстрировано в 58% наблюдений. Дальнейшие наши исследования будут направлены на изучение изменений физико-химических свойств мочи в зависимости от состава конкремента и вида уролитиаза при использовании монотерапии препаратом Тутукон.

ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕНЯ ОБСТРУКТИВНОЇ УРОПАТІЇ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

Баранник С.І., Агафонов М.В., Бараннік К.С., Сірьогін В.П.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро
КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії», м. Дніпро

Вступ. Гострий обтураційний пієлонефрит виникає через обструкцію сечовода каменем або уламками зруйнованого каменя після дистанційної літотрипсії (ДЛТ) [1, с. 118; 5, с. 177]. Його розвитку сприяють: присутність інфекції верхніх сечових шляхів до проведення сеансу літотрипсії (або її вивільнення із внутрішніх шарів зруйнованого каменя) а також радіарне розповсюдження ударної хвилі від ниркової миски за чашками з її руйнівними наслідками в паренхімі, які особливо визначаються на межі мозкової та кіркової речовин [2, с. 6; 3, с. 84;]. Крім того, вплив ударної хвилі на ниркові пиптики обумовлює пошкодження їх замикального апарату і створює умови для розвитку рефлюксної уропатії. Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі обструкції сечових шляхів може призвести до уросепсису, бактеріємічного шоку, як прояву або наслідку загострення уросепсису [4, с. 7].

Мета дослідження. Проаналізувати якість лікування хворих на сечокам`яну хворобу за допомогою дистанційної літотрипсії, яка ускладнилася обструктивною уропатією. Оцінити якість лікувальної тактики і профілактики ускладнень.

Матеріали і методи. Проведений аналіз лікування 198 хворих із порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів після ДЛТ, що ускладнилось гострим обтураційним пієлонефритом у 39 хворих. Вік хворих від 21 до 64 років. Усунення обструкції проводили за допомогою стентування сечоводу з боку обструкції (20 хворих) або виконання пункційної нефростомії (13 хворих). У 26 хворих перебіг запального процесу був за септичним типом і у

11 хворих розвинулась картина бактеріємічного шоку. Серед них 6 хворим виконано відкрите оперативне втручання, у 5 – обструкція усунута за допомогою пункційної нефростомії. Всі хворі отримували комплексне лікування уросепсису згідно стандартам, із застосуванням способів детоксикації та ультрафіолетового опромінення крові (УФОК). Помер один хворий.

Результати досліджень. Перше завдання, яке слід вирішувати терміново, полягає у своєчасному та адекватному відновленні порушеної уродинаміки з боку обструкції. Якщо ліквідувати перешкоду катетеризацією сечоводу було неможливим, проводили ендовезикальну уретеролітоекстракцію або уретеролітолапаксію з наступним установленням стенту. Відсутність позитивного результату від цих заходів було прямим показанням для проведення черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем, що було виконано 13 хворим. Раннє усунення порушеної уродинаміки дозволило у 159 хворих (80,5%) попередити розвиток гострого пієлонефриту. Тому, своєчасне виконання черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем вважаємо цілком виправданою маніпуляцією.

Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі невідновленої уродинаміки призводить до уросепсису, раннім проявом якого є бактеріємічний шок. Бактеріємічний шок (11 хворих) розвивався одразу після масивної інвазії або через декілька годин і навіть діб. За обов`язковий перелік лікувальних заходів стосовно терапії бактеріємічного шоку ми вважаємо такі: 1) хірургічна санація вогнища інфекції; 2) масивна адекватна антибіотикотерапія згідно антибіотикограм; 3) корекція гемодинамічних порушень; 4) фармакологічний захист нирок; 5) використання інгібіторів протеолізу та імунотерапія; 6) використання екстракорпоральних заходів детоксикації крові.

У комплексі лікування треба розрізняти заходи боротьби із колапсом та інфекцією. Будь-яка антибактеріальна терапія не буде ефективною за умов збереження оклюзії. Тому хірургічне втручання спрямоване на негайне відновлення відтоку сечі є основним провідним етапом лікування. Стабілізація стану хворого за допомогою протишокових заходів і корекції гемодинамічних порушень дозволяють виконати негайне оперативне втручання з усунення перешкоди до відтоку сечі верхніми сечовими шляхами. При наявності апостематозного пієлонефриту обов`язково проводили декапсуляцію нирки з вивільненням гнійних мас з підкапсульного простору, дренування ниркової миски здійснювали накладанням нефростомічного дренажа.

Протизапальну терапію призначали тільки після забезпечення адекватного відтоку сечі. Дозу антибіотиків визначали з урахуванням не тільки чутливості мікрофлори, але й маси тіла хворого, концентраційної спроможності нирок. Заходи боротьби із колапсом були спрямовані на відновлення тканинного кровотоку, підтримання адекватного газообміну, корекцію метаболічних порушень. До лікування включали кортикостероїди, адреноміметичні заходи, плазмозаміщуючі розчини. Проводили інфузійну терапію, спрямовану на боротьбу з інтоксикацією, ацидозом, порушенням протеїнового та електролітного балансів, кислотно-лужного стану, азотистого обміну тощо.

Методи екстракорпоральної детоксикації (гемосорбцію, плазмаферез та УФОК) застосовували у всіх 11 хворих.

Висновки. Раннє відновлення порушеного пасажу сечі верхніми сечовими шляхами після ДЛТ дозволяє не тільки запобігти розвитку гострого обтураційного пієлонефриту, але й усунути можливість розвитку гнійно-септичних ускладнень нирки та уросепсису. Провідним заходом в їх усуненні і лікуванні залишається своєчасне і адекватне відновлення відтоку сечі. При цьому, найбільш доцільним є відкрите оперативне втручання, при якому не тільки можна усунути перешкоду, але й провести санацію гнійних скупчень і провести адекватне дренування верхніх сечових шляхів з боку обструкції. Використання в комплексній терапії хворих на уросепсис методів екстракорпоральної детоксикації дозволяє адекватно усунути інтоксикаційний синдром.

Література:

1. Баранник С.І. Лікування та профілактика гнійно-септичних ускладнень і уросепсису після дистанційної літотрипсії / [Баранник С.І., Крижановський І.Д., Білий І.Б., Баранник А.С.] // Шпитальна хірургія. – 2013. – №3(63). – С. 118-119.
2. Возіанов О.Ф. Екстрена ударно-хвильова літотрипсія у лікуванні хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим пієлонефритом / [Возіанов О.Ф., Пасєчніков С.П., Синишин Ю.І., Мітченко М.В.] // Урологія. – 2005. – №2. – С. 5-12.
3. Горовий В.І. Особливості лікування хворих з гнійним пієлонефритом, ускладненим септичним шоком / [Горовий В.І., Головенко В.П., Кобзін О.Л. та ін.] // Матеріали з`їзду Асоціації урологів України. – Одеса, 2010. – С. 84-86.
4. Люлько О.В. Лікування гнійно-септичних ускладнень гострого обтураційного пієлонефриту після дистанційної літотрипсії / [Люлько О.В., Баранник С.І., Гарміш О.С. та ін.] // Урологія. – 1997. – №3. – С. 6-12.
5. Шодмонова З.Р. Ургентная помощь больным с почечной коликой, обусловленной уретеролитиазом / З.Р. Шодмонова // Здоровье мужчины. - 2015. - №2(53). - С.177-178.

ДИСТАНЦІЙНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ЛІТОТРИПСІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА УРЕТЕРОЛІТІАЗ ВИЯВИЛАСЯ НЕЕФЕКТИВНОЮ – В ЧОМУ ПРИЧИНА?

Возіанов О.С.
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра урології, м. Київ

Актуальність. В Україні у 2016 році зареєстровано 264770 хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ), вперше встановлено діагноз – 55 202 хворим. 45 - 55 % пацієнтів із діагнозом СКХ – хворі на уретеролітіаз (УЛ). Згідно рекомендацій AUA та EAU «золотим стандартом» лікування уретеролітіазу вважають ДУХЛ.

Мета. З'ясувати причини незадовільних результатів лікування хворих на УЛ методом ДУХЛ.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 2470 пацієнтів хворих на УЛ. 1859 хворим була виконана ДУХЛ як первинний метод лікування каменів сечоводів. У 103 пацієнтів сеанси ДУХЛ були не ефективні, відходження конкрементів не відбулося тому другим етапом лікування було виконано уретероскопію (УРС). У групі досліджуваних було 52 жінки та 51 чоловік (співвідношення 1:1). Середній вік склав 53,74 років (від 22 до 77 років). 82 % пацієнтів мали надмірну масу згідно показників ІМТ, 46 % з них – I-III ступінь ожиріння. УЗД дозволило виявити камені в усіх 103 випадках – 57 з яких виявлено у в/3 сечоводу, 33 – в н/3, 13 – в с/3; розширення порожнинної системи нирок діагностовано у 96 випадках.

Також проаналізовано результати лікування 71 пацієнта із уретеролітіазом, котрим першим етапом лікування було виконано уретероскопію (уретеролітотрипсію).

Результати. Час з моменту госпіталізації до першого сеансу ДУХЛ становив 1,34 дні (від 1 до 9 днів). Проведено в середньому 1,94 сеанси ДУХЛ/хворого. У 90 пацієнтів (87,38 %) відмічена фрагментація конкрементів після ДУХЛ. Час з моменту госпіталізації до УРС склав 11,84 ± 6,96 днів (від 2 до 37 днів). Хворим проведено 103 УРС під час яких виявлено (табл. 1):

- набряк слизової оболонки сечоводу в місці розташування конкремента у 77 пацієнтів (74,8 %);
- «вростання» конкремента в слизову сечоводу у 11 пацієнтів (10,7 %);
- стриктура сечоводу у 7 пацієнтів (6,8 %);
- вклинення конкремента в просвіт сечоводу без набряку − 8 пацієнтів (7,6 %).

Як видно з отриманих даних, основною причиною незадовільних результатів лікування методом ДУХЛ протягом перших місяців є формування набряку в місці розташування каменя, що було діагностовано у 77 пацієнтів. Після двох місяців хвороби збільшується кількість випадків «вростання» каменя в слизову оболонку сечоводу.

Другій групі (71 пацієнту) первинним методом лікування було застосовано уретероскопію (уретеролітотрипсію) (табл. 2).