

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,  
№ 3, 2018  
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року  
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ  
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро  
2018



## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

*Головний редактор*

**С.О. Возіанов**

*Заступник головного редактора*

**В.П. Стусь**

*Відповідальний секретар*

**М.Ю. Поліон**

*Члени редколегії:*

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,  
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,  
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,  
В.Ф. Петербургський,  
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,  
Н.О. Сайдакова**

*Редакційна рада:*

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)  
В.І. Бачурін (Запоріжжя)  
Анджей Боровка (Варшава, Польща)  
О.В. Говоров (Москва, Росія)  
В.М. Григоренко (Київ)  
Ю.М. Гурженко (Київ)  
В.С. Дзюрак (Київ)  
В.І. Зайцев (Чернівці)  
М.О. Колесник (Київ)  
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)  
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)  
О.Г. Резніков (Київ)  
В.С. Сакало (Київ)  
Л.П. Саричев (Полтава)  
Е.О. Стаховський (Київ)  
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)  
М.І. Ухаль (Одеса)  
Петр Хлоста (Краків, Польща)  
В.В. Черненко (Київ)  
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:  
вул. Вернадського, 9, к. 52  
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:  
+38 (0562) 46-30-93  
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua  
e-mail: urologyjournal@yahoo.com  
polion@bigmir.net**

*Засновники:*

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

*Реєстраційне свідоцтво:*  
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України  
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»  
включено до переліку видань,  
в яких можуть публікуватися  
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних  
наукометричних базах даних:  
РІНЦ (Russian Science Citation Index),  
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.  
Затверджено на засіданні Вченої ради  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»  
20.09.2018 р. (протокол № 1)  
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

**Передплатний індекс 48350**

*Передруковувати матеріали  
із журналу «Урологія»  
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»  
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081  
тел. (056) 794-61-04(05)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

0,29±0,16 проти 0,31±0,06. Тобто зміни планомірно відзначали покращення кровотоку на 7–8%.

**Висновки.** Застосування медикаментозної корекції кровотоку у нирках пацієнтів із одно-

бічним їх ураженням у періопераційному періоді дозволяє не тільки покращити його на 7–8%, але й створити сприятливі умови до адекватних пристосовно-компенсаторних реакцій на відновлення функціонального стану обох нирок.

## ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ОБТУРАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, К.С. Бараннік<sup>1</sup>, Є.П. Українець<sup>2</sup>, А.М. Фрідберг<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

**Вступ.** Гострий обтураційний пієлонефрит виникає через обструкцію сечоводу каменем або уламками зруйнованого каменя після дистанційної літотрипсії (ДЛТ). 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. 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, бактеріємичного шоку, як прояву або наслідку загострення уросепсису.

**Матеріали та методи дослідження.** 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 бактеріємичного шоку. Серед них 6 хворим виконано відкрите оперативне втручання, у 5 – обструкція усунута за допомогою пункційної нефростомії. Всі хворі отримували комплексне лікування уросепсису згідно зі стандартами, із застосуванням способів детоксикації та ультрафіолетового опромінення крові (УФОК). Помер один хворий.

**Обговорення результатів.** Перше завдання, яке слід вирішувати терміново, полягає у своє-

часному та адекватному відновленні порушеної уродинаміки з боку обструкції. Якщо ліквідувати перешкоду катетеризацією сечоводу було неможливим, проводили ендовезикальну уретеролітоекстракцію або уретеролітолапаксію з наступним установленням стента. 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 бактеріємичний шок. Бактеріємичний шок (11 хворих) розвивався одразу після масивної інвазії або через декілька годин і навіть діб. За обов'язковий перелік лікувальних заходів стосовно терапії бактеріємичного шоку ми вважаємо такі: 1) хірургічна санація вогнища інфекції; 2) масивна адекватна антибіотикотерапія згідно з антибіотикограмою; 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 дозволяє 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 із підкапсульного простору, дронування ниркової миски здійснювали накладанням нефростомічного дренажа.

Протизапальну терапію призначали тільки після забезпечення адекватного відтоку сечі. Дозу антибіотиків визначали з урахуванням не лише 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 ба-

лансів, кислотно-лужного стану, азотистого обміну тощо.

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

**Висновки.** Раннє відновлення порушеного пасажу сечі верхніми сечовими шляхами після ДЛТ дозволяє не лише 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 дронування верхніх сечових шляхів з боку обструкції. Використання в комплексній терапії хворих на уросепсис методів екстракорпоральної детоксикації дозволяє адекватно усунути інтоксикаційний синдром.

## ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІТОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

*С.І. Баранник, А.М. Фрідберг*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Сечокам'яна хвороба (СКХ) — одна з найрозповсюдженіших урологічних хвороб, яка зустрічається майже у 3% населення. Вона є хворобою обміну речовин, яка обумовлена різноманітними ендогенними та/або екзогенними факторами, іноді має спадковий характер і визначається присутністю каменя у сечовій системі. Отже, основною причиною утворення ниркових каменів — порушення обміну речовин, особливо зміни водно-сольового та хімічного складу крові.

Однією з актуальних проблем сучасної урології і медицини в цілому є проблема лікування хворих, які страждають на СКХ. Незважаючи на впровадження в клінічну практику нових, високотехнологічних методів лікування цих хворих (дистанційна і контактна літотрипсія, нефролопаксія та ін.), на жаль, лікування не завжди задовольняє лікарів своїми результатами, що обумовлено як розвиненням ускладнень: пієлонефрит, хронічна ниркова недостатність, пієонефроз, зморщування нирок, нефрогенна

гіпертонія, так і значною частотою рецидивів каменеутворення.

Найбільш зручним для хворого є шлях ефективної літолітичної та літокінетичної терапії. Проте, якщо позитивний результат самостійного відходження каменя із сечових шляхів залежить від відповідності діаметра сечовивідних шляхів до розміру каменя, то ефект літолізу залежить від хімічного складу і структурних характеристик самого сечового каменя.

Основні труднощі при розчиненні каменів пов'язані із тим, що препарат, який розчиняє камінь *in vitro*, в клінічних умовах агресивно впливає на слизові оболонки сечових шляхів. Також слід враховувати, що більшість каменів має змішаний хімічний склад, що веде до розчинення лише частини каменя.

Згідно з рекомендаціями Європейської Асоціації урологів, пероральна хемолітична терапія є не тільки корисним доповненням до екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, черезшкірної нефролітотрипсії, ендуретероліто-