

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

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*

*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 Борувка (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)**

токол и архивируем. Таким образом, у нас всегда имеется видеоматериал, как для исследовательской и учебной программы, так и форс-мажорных проблем. По желанию пациента мы, кроме традиционного, рукописного «выписного» эпикриза, выдаем на руки диск с видеofilmом о ходе его операции.

Всем пациентам, которым производилась контактная литотрипсия (КЛТ), обязательно выполнялась спиральная компьютерная томография. С исчислением размеров камня и его плотности.

**Обсуждение результатов.** В работе мы использовали раствор №1 (димексид) и раствор № 2 (этоний). С 2006 года в нашей клинике внедрены и используются методы контактной литотрипсии (внутрипузырно, эндоуретерально и перкутанно в полости почки). В своей повседневной работе мы используем аппаратуру производства фирмы KARL STORZ (Германия): CALCUSPLIT 27630020 (при давлении 2,0–2,5 бар) end ULTRASONIC GENERATOR 27085K + SUCTION PUMP 27085K.

Все оперативные вмешательства в нашем формировании выполняются на фоне многокомпонентной эпидуральной анестезии, основанной на концепции нейромедиаторной защиты [4].

Учитывая работы по вопросу влияния ПАВ на дезагрегацию мочевых камней, А.В. Люлько, С.И. Баранника, А.Н. Зорина и др. [1], выполненных *in vitro*, мы не стали их повторять, а сразу приступили к исследованиям *in vivo*.

Проведенный хронометраж показал следующие данные: камень мочевого пузыря под № 1 с индексом <sup>1</sup> – с использованием ПАВа (р-р этония) и № 2 с индексом <sup>1</sup> – без использования ПАВ, подвергнуты разрушению ультразвуком.

№1<sup>1</sup> камень мочевого пузыря – фосфат – 79х50х56 мм – плотность – 1546 ед. Н., физ. раствор + ПАВ (0,05%), полная значимая (0,3х0,4 мм) фрагментация наступила на 47-й минуте. Значимая фрагментация – размер осколка камня должен составлять ≈0,3х0,4 мм, чтобы можно было его извлечь манипулятором через рабочую гильзу калибром № 30 Ch.

№1<sup>1</sup> камень мочевого пузыря – фосфат – 57х13х51 мм – плотность 919 ед. Н., чистый физ. раствор, значимые фрагменты появились через 1,5 часа. Полная значимая фрагментация не достигнута, даже через 4 часа (а время эпидуральной анестезии уже истекло).

#### **Выводы**

1. Использование во время контактной литотрипсии поверхностноактивных веществ (ПАВ) достаточно эффективный метод дезагрегации мочевых камней, позволяющий в десятки раз сократить время вмешательства.

2. Оперативные вмешательства с использованием многокомпонентной эпидуральной анестезии (при диалептических вмешательствах), на сегодняшний день наиболее приоритетный метод обезболивания.

3. Такая высокая эффектиность ПАВ при контактном воздействии на мочевой камень, мы объясняем более точным наведением «ударного фактора», чем при дистанционной литотрипсии. Во время ДЛТ есть энергетические потери, за счет эффекта рассеивания «ударной волны», при прохождении окружающих почку тканей.

4. Использование антисептиков (димексид и этоний) способствует усилению антибактериального эффекта при дезагрегации мочевых камней и снижению бактериостатического риска.

## **НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАПИЛЛИТ, НЕЗАСЛУЖЕННО ЗАБЫТЫЙ ДИАГНОЗ**

*А.М. Фридберг<sup>1,2</sup>, Э.А. Светличный<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»*

<sup>2</sup> *КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»*

Несмотря на то, что мочекаменная болезнь, гипотетически не является «урологическим заболеванием», она продолжает занимать ведущее место в ежегодных отчетах урологов (Люлько А.В., Люлько А.А., 1985; Люлько А.В., Постолов Ю.М., 2002). С каждым годом количество пациентов, страдающих камнями мочевыдели-

тельных органов, прогрессивно возрастает. Возможно, еще не пришло то время, когда медицинский мир сможет решать проблемы этой болезни на этапе не образования камня.

На очередном совместном заседании двух ассоциаций, Днепропетровской и Запорожской, Алексей Алексеевич Люлько предложил восста-

новить доклады на тему: «Интересный случай из практики». Этим предложением он хотел спровоцировать наших участников заседаний к более активным действиям. И действительно из года в год мы слушаем одних и тех же докладчиков. Тематика выступлений, порой сугубо научная. Своей работой мы попытаемся изменить эту тенденцию.

В 2002 году Алексей Владимирович Люлько издал монографию: «Некроз почечных сосочков». Мало кто обратил внимание на ценность этого труда, который подталкивает нас к гипотезе причин камнеобразования в организме человека. Так, по данным нашей клиники, в 74% случаев, под маской острого, а чаще хронического пиелонефрита мы пропускаем диагноз: «Некротический папиллит». Подумаешь? Диагноз «Пиелонефрит» есть? Есть! Ну, и согласно «европейским» стандартам мы его лечим. Правильно? Правильно! Благое дело старшие товарищи позаботились. Но самое обидное было слышать в кулуарах наших встреч фразу: «с нашими стандартами и возможностями попробуй доказать этот некроз почечного сосочка». Эта фраза и стала актуальным моментом нашего сообщения. 16.03.09 г. в клинику урологии поступила больная 68 лет. Жалобы на учащенное мочеиспускание, общую слабость. Больной себя считает с 01.03.09 г., когда после физической нагрузки, впервые в жизни отметила кровь в моче. Самостоятельно начала принимать отвары мочегонных трав. Состояние не улучшалось. Больная обратилась за медицинской помощью. С 05.03.09 по 16.03.09 г. она находилась в специализированном урологическом отделении, где было проведено обследование. В стационаре выполнено: «лабораторное» обследование, ультразвуковое исследование, цистоскопия, обзорная и экскреторная урография, КТ мочевыделительных органов.

При цистоскопии: на задней стенке мочевого пузыря выявлен фиксированный сгусток крови, который позволял заподозрить опухоль мочевого пузыря. Из просвета правого устья отмечено «рождение» червеобразного сгустка крови, что позволяло подозревать источником кровотечения правую почку. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На серии экскреторных урограмм: функция почек сохранна, но справа нижняя группа чашечек четко не прослеживается, что позволяло заподозрить опухоль нижнего края правой почки. КТ существенной информации не дала, хотя на фоне контрастного вещества в лоханке правой почки отмечался дефект наполнения, что мог провоцировать сгусток крови. Ла-

бораторные методы исследований существенной информации не дали.

16.03.09 г. больная была переведена в клинику урологии (онкоурологическое отделение) для решения вопроса по существу, с диагнозом: Опухоль мочевого пузыря(?), Опухоль лоханки правой почки(?).

В клинике, в день поступления выполнена цистоскопия и диагноз «Опухоль мочевого пузыря» исключен. Источника гематурии уже не обнаружено. Учитывая, что наши коллеги видели сгусток крови из правого устья, больной была выполнена ретроградная уретеропиелография справа. При катетеризации мочеточника, катетер № 6 без мандрена был свободно проведен на высоту 26 см. Для исследования взята барботажная моча, результат отрицательный. Данные рентген исследования вы видите. Комментарии. Контрастное вещество выполняет полостную систему почки и верхнюю треть мочеточника. Все чашки имеют треугольную форму, форниксы сохранены, их деформации не обнаружено. В центре лоханки тень подозрительная на дефект. Ретроспективно можно сказать, что эта тень была результатом «суммации».

В итоге было принято решение о проведении уретерореноскопии, что мы и представляем в виде видеопотокола операции.

**Комментарии.** Положение больной на рентген операционном столе «специальное гинекологическое». Рентген аппарат позиционирован на область правого мочеточника и почки. Теней подозрительных на камень не выявлено.

Уретра свободно проходима для уретерореноскопа. Остаточной мочи нет. Емкость мочевого пузыря достаточная. Эндоскоп введен в просвет правого мочеточника. Уретерореноскоп ирригационно проведен по мочеточнику в лоханку. В просвете мочеточника опухелевидных образований и источника гематурии нет. Из полости лоханки барботажно собрана моча для исследования на наличие атипичных клеток. В полость лоханки введено контрастное вещество. «Дефектов» наполнения нет и выявлено расщепление лоханки. Эндоскоп проведен в среднюю чашку, опухелевидных образований нет. Затем реноскоп перемещен в верхнюю чашку, где на одном из сосочков обнаружен участок некроза. Моча аспирирована для исследования на атипичные клетки. Результаты цитологических исследований отрицательные.

Таким образом, вы получили информацию об актуальности конкретного исследования, которое позволило снять диагноз опухоль

почки в той ситуации, когда все стандарты были исчерпаны.

Пользуясь случаем, мы хотим показать видеоматериал последних дней. Так выглядит почечный сосочек в норме.

А так выглядит сосочек, внутри которого уже формируется камень. Эта пациентка явля-

ется «камневыделителем» в течение многих лет, а изначально в анамнезе пиелонефрит.

Таким образом, нарушения микроциркуляторного кровотока в самих почечных сосочках, могут быть причиной камнеобразования. Но это пока наша гипотеза. И может быть, пройдут еще годы, когда гипотеза станет фактом.

## БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ

*А.М. Фридберг<sup>1,2</sup>, Э.А. Светличный<sup>2</sup>, О.С. Гармиш<sup>2</sup>, К.А. Фомченко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

В нашей клинике внедрены и развиты все виды диапевтических вмешательств. В числе первых внедрен такой метод, как ургентная чрескожная пункционная нефростомия, начиная с 2006 года. В случаях острозастойной почки, эта методика позволяет оказывать ургентную, паллиативную помощь. Тем самым появляется возможность создать «обводной» путь для восстановления пассажа мочи, нормализовать гомеостаз и затем детально обследовать больного. Особенно это целесообразно в гериатрической группе пациентов. Это позволяет подготовить их к плановому радикальному оперативному вмешательству, т.к. у них амбулаторная карточка уже представляет собой «двух-, а то и трехтомный сборник».

Но за последние 3 года мы столкнулись с неадекватным ведением больных с мочекаменной болезнью на местах: камень мочеточника «с тенденцией к самоотхождению камня». В чем же заключается эта тенденция? Оказывается, в малом диаметре камня 3–4 мм при УЗИ, без указания размера по длиннику, хотя это не менее важный показатель. Больному назначается так называемая литокинетическая терапия (анальгетики, спазмолитики, мочегонные фитопрепараты и антибиотик в качестве антибактериальной профилактики). В итоге «почечная колика купирована». Больной жалоб не предъявляет, вроде бы все хорошо и врачу «спокойно». Наблюдение за больным ослабевает, что является опасным признаком. Это может быть острозастойная почка. Особенно, когда больному, независимо от состояния, после купирования «почечной колики» выполняют экскреторную пиелографию, не зная функции этой почки, что может повлечь за собой тяжелое осложнение, такое

как потеря функции почки на стороне поражения и привести к острой недостаточности почек.

За последние три года, нами отмечено 19 случаев, когда при явных показаниях к ургентной пункционной нефростомии, и ее выполнении, возникал бактериемический шок.

До поступления в клинику больные по месту жительства получали пресловутую литокинетическую терапию, под наблюдением «семейного врача», хотя этот доктор даже не задумывается, что при заблокированной почке назначать антибиотики и мочегонные препараты категорически плохо, а «купированная почечная колика» – это предел современной медицины? Выполнить УЗИ с доплеровским исследованием и решить вопрос эффективности купирования «почечной колики». С учетом того, что у поступавших больных были уже проявления гипертермии. Больным выполнялась перкутанная пункционная нефростомия, по стандартной методике, под ультразвуковым и рентген-телевизионным наведением, нефростомическим набором фирмы Rusch № 10 Ch. Во время манипуляции проблем не наблюдалось, пункция во всех случаях однократная. Антеградное исследование и попытки «отмыть» полость почки не выполнялись, т.к. из просвета пункционной иглы самостоятельно истекала гнойная моча или сливкообразный гной. После того, как из полости почки самотеком получено 10–15 мл отделяемого, по установленной J-струне в лоханку устанавливался дренаж pig teyl № 10–12 Ch.

Первыми признаками бактериемического шока являются: озноб, гипертермия, тахикардия, гипотония и в более поздние сроки олигоурия. Эти больные должны наблюдаться почасово, как персоналом, так и лабораторно. В нашей клинике