

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

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^{1,2}, Э.А. Светличный², О.С. Гармиш², К.А. Фомченко²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² 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 доплерографическим 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

есть отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ № 3), куда и поступают данные пациенты. Разработаны схемы лечения таких пациентов, что заслуживает особого внимания. Все 19 больных с клиникой бактериемического шока поступали в ОАИТ № 3, где получали интенсивную терапию. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Купированная «почечная колика» — не повод для прекращения интенсивного наблюдения за больным.

2. Необходимо доказать, что мы не имеем случая острой застойной почки. В этой ситуации может помочь неинвазивный метод — ультра-

звуковое исследование с использованием доплеровского эффекта, которое может четко отразить состояние кровотока в страдающей почке и пассаж мочи по мочеточнику.

3. Назначая литокинетическую терапию, не назначать антибиотики, т.к. они будут неэффективны и могут стать источником септицемии, что может повлечь бактериемический шок.

4. Если назначенная терапия будет неэффективна в 3–5 суток, мы считаем, что следует использовать стентирование или пункционную нефростомию, давая «обходной путь» для восстановления пассажа мочи.

ОБЛИТЕРАЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧНОЙ УРЕТЕРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА И СУЖЕННОГО ПРОСВЕТА МОЧЕТОЧНИКА НА ФОНЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ

*Э.А.Светличный², А.М.Фридберг^{1,2}, Д.И.Люлька²,
А.А.Можейко², Н.Н.Моисеенко¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² 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 среди причин госпитализации в урологические стационары (А.В. Люлька и соавт., 2010; В.П. Стусь и соавт., 2013, 2015). С каждым годом количество пациентов, страдающих камнями мочевыделительных органов, прогрессивно возрастает. Возможно, еще не пришло то время, когда медицинский мир сможет решать проблемы этой болезни на этапе не образования камня. Но сегодня наша задача — показать современные способы борьбы с осложнениями.

Бурное развитие хирургического лечения мочекаменной болезни началось с середины XIX века. Но настоящей революцией стало использование открытых в начале XX века рентгеновских лучей для диагностики мочевых камней. Было разработано и внедрено множество методов и оперативных доступов к камням при различной их локализации и размерах. Но уже тогда было отмечено явное несоответствие больших оперативных доступов и незначительных размеров удаляемых камней. В урологии, как ни в какой другой специальности, находила свое

подтверждение поговорка «Большой хирург — большой разрез».

Начиная с 1993 г., в клинике урологии Днепропетровска была внедрена уретеролитоэкстракция «вслепую», используя экстракторы Пашковского или Клепикова. В 2006 г. в нашей клинике была создана «модульная операционная», которая позволила решать проблемы камней мочеточников, используя уретерореноскопию или УРС.

С этого момента мы осваивали УРС + КЛТ + экстракцию фрагментов, до сегодняшнего дня выполнено данное вмешательство у 2430 пациентов.

Перечень осложнений, с которыми мы сталкивались:

- Перфорация стенки мочеточника.
- Надрыв (скарификация) слизистой мочеточника.
- Рассечение устья мочеточника верхним краем тубуса уретерореноскопа.

Все эти осложнения возникали при форсированных действиях оператора.

По мере того, как мы набирались опыта, осложнений становилось все меньше и меньше,