



1. Больные группы сравнения ; 2. Больные основной группы

ВЫВОДЫ

1. В мочевых камнях содержится патогенная микрофлора, которая высвобождается при экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии и может быть причиной развития острого инфекционно-воспалительного процесса в почках и мочевых путях, а также длительно поддерживать хронический воспалительный процесс и являться причиной рецидива мочекаменной болезни.

2. Применение в ранние сроки после экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии мочевых камней Левофлоксацина гемигидрата (Флоксиума) является эффективным способом профилактики развития острого инфекционного воспалительного процесса в почках и мочевых путях в этот период лечения

больных. Однако стандартная поддерживающая антибактериальная терапия не достаточно эффективна для ликвидации в мочевых путях после разрушения мочевых камней патогенной микрофлоры и профилактики рецидива мочекаменной болезни.

3. Длительное применение в амбулаторных условиях Канефрона Н является эффективным способом ликвидации инфекционного воспалительного процесса в почках и мочевых путях, снижения в крови мочевой кислоты, нормализации рН мочи и улучшения кровообращения в почках, и, как следствие - профилактики рецидива мочекаменной болезни после разрушения мочевых камней и элиминации их осколков.

РОЛЬ ОЗОНОТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЇ НИРОК ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ У ПЕРЕД- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В., Степанченко М.С.

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

Вступ. Останні два десятиліття ознаменувалися змінами в питаннях ліку-

вання сечокам'яної хвороби (СКХ) завдяки впровадженню в клінічну практику дистан-

ційної ударно – хвильової літотрипсії (ДУХЛ).

Крім того, в міру нагромадження досвіду і систематизації отриманих даних, у літературі відмічається поява повідомлень про збільшення випадків про побічні ефекти й ускладнення ДУХЛ. Описано пошкоджуючу дію ударних хвиль на паренхіму нирок, що приводить до склерозування ниркової тканини і зниження її функції.

Мета дослідження. На основі результатів проведеного комплексного дослідження та системного аналізу, удосконалити діагностичну та лікувальну тактику, щодо хворих на СКХ.

Матеріали та методи. Клінічна частина роботи передбачала оцінку ретроспективних даних надання медичної допомоги хворим з СКХ, а також обстеження і лікування хворих на госпітальному етапі лікування. Усі пацієнти розподілені на три групи: контрольну групу склали 37 соматично здорових осіб; групу порівняння склали 32 пацієнти, лікування яких проводилось за загальноприйнятими методиками; та основну групу – 35 пацієнтів, лікування котрих проводилось з використанням власних напрацювань.

При виконанні даного дослідження керувалися загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами здійснення досліджень у галузі біології та медицини (Ванкуверська конвенція про біомедичні дослідження) та положеннями Хельсінської декларації з прав людини, Конституції України та інших законодавчих актів, що діють на території України. Хворі або уповноважені особи давали згоду на здійснення оперативних втручань у кожному конкретному випадку.

Прояву ендогенної інтоксикації, зв'язаної з порушенням функції нирки, оцінювали при порівнянні показників молекул середньої маси, сечовини і креатиніна плазми крові, порушень електролітного балансу, наявності метаболічного ацидозу, превалювання анаеробного метаболізму на підставі загальної ЛДГ крові і сечі і її ізоферментів.

Результати дослідження. При порівнянні результатів дослідження хворих обох груп виявилось, що у хворих на СКХ від-

значалося незначне підвищення концентрації сечовини ($0,069 \pm 0,0018$ ммоль/л $p < 0,05$) і креатиніна ($2,71 \pm 0,12$ мкмоль/л $p < 0,05$) крові в порівнянні з показниками здорових осіб (відповідно $0,068 \pm 0,002$ ммоль/л $p < 0,05$ та $2,01 \pm 0,21$ мкмоль/л $p < 0,05$). Слід зазначити, що виявлені відхилення лежать у межах діапазону коливання норми. Тому фільтраційна здатність нирок в обох групах не змінювалася.

Патологічні процеси, обумовлені активацією вільно-радикальних реакцій у нирках, супроводжуються явищем цитолізу. При цьому ферменти, що втрачаються нирковою тканиною, надходять не у кров, а виділяються із сечею.

Активність ЛДГ у сечі в хворих на СКХ у порівнянні зі здоровими особами збільшена на 83%. Можна припустити, що джерелом підвищення активності ЛДГ сечі служила не тільки ниркова тканина, але і тканина миски нирок і сечоводів і, можливо, епітелій сечового міхура. Підтвердженням цьому служить аналіз показників ізоферментного спектра ЛДГ: у крові хворих на СКХ відзначається невелике (на 18-19%), але достовірне ($p < 0,05$), збільшення фракції ЛДГ₅ (табл. 4.4). У сечі навпаки підвищена фракція ЛДГ, що вказує на різне походження ЛДГ крові і сечі.

На 3-4 добу після ДУХЛ концентрація сечовини крові зростала на 26% від вихідного рівня, а креатиніну на 17,4% з $0,109 \pm 0,0018$ ммоль/л до $0,128 \pm 0,0021$ ммоль/л. При цьому фільтраційна здатність нирок прогресивно знижувалася - на 4,7% на 3-4 добу після НУХЛ із $98,4 \pm 0,32$ мол/хв до $93,7 \pm 1,37$ ммоль/л, на 9 добу вона знизилася з $87,8 \pm 1,78$ і склала 10,7% від вихідного рівня. Протягом усього післяопераційного періоду концентрація сечовини і креатиніна крові продовжувала залишатися на більш високих значеннях показників в групі порівняння обстежених пацієнтів у середньому на 70-90%.

У крові сумарна активність ЛДГ збільшується на 3-4 день після НУХЛ із $1,59 \pm 0,013$ мкмоль/(з) до $1,86 \pm 0,02$ мкмоль/(з) на 17%, відповідно. В той же час у сечі її активність зростала з $0,267 \pm 0,054$ мкмоль/(з) до $0,488 \pm 0,055$ мкмоль/(з), практично в 1,8 рази від вихідного рівня.

Аналіз ізоферментного спектру ЛДГ крові вказує на позаниркове джерело її походження. Однак, перевага активності в ізоферментному спектрі ЛДГ_{кр.} і ЛДГ_{сечі} фракцій ЛДГ_{3, 4, 5} вказує на те, що в патологічний процес під час сеансу ДУХЛ залучаються переважно паренхіматозні органи, такі як печінка, селезінка і можливо еритроцити. Одночасно відзначена активація і фракції ЛДГ 1, 2 у сечі на 3-4 і 9-10 добу після операції. Ці результати свідчать також про залучення в процес ниркової тканини, миски і сечоводу.

У хворих яким проводили ДУХЛ в комплексі з в\в введенням озонованого розчину, біохімічну оцінку функціональної здатності нирок включали ті ж показники, що й у попередніх серіях, через 3-4 доби після ДУХЛ і на 9-10 день.

Динаміка зміни вмісту в крові сечовини помітно відрізняється від показників хворих групи порівняння. Так, у групі ДУХЛ+Оз рівень сечовини збільшився з $6,34 \pm 0,048$ ммоль/л до $6,82 \pm 0,05$ ммоль/л, що склало 7,5% (у порівнянні з групою здорових осіб), а в групі порівняння цей показник складав 20,6%. У такий спосіб розходження в збільшенні склало 13,1%. Ще велика різниця показників відзначена при аналізі змісту креатиніну крові (44%). Очевидно, з цієї причини в групі хворих, що отримували озонотерапію, достовірних відхилень кліренсу по креатиніну відзначено не було. Отже, фільтраційна здатність

нирок не була порушена. Слід зазначити, що вміст у крові креатиніну через 9 діб після ДУХЛ+Оз було меншим, чим до операції, наближаючись до показників групи здорових осіб.

Динаміка зміни активності ЛДГ крові, у цілому, нагадувала динаміку зміни у хворих групи порівняння без застосування озонотерапії. Показники активності ЛДГ_{КР} через 10 діб після ДУХЛ не відрізнялися від показників активності групи здорових осіб.

Більш істотні відмінності активності в ізоферментному спектрі ЛДГ були відзначені в сечі. У перші післяопераційні дні, тобто через 3-4 доби в сечі визначається підвищення активності фракцій ЛДГ із $0,071 \pm 0,015$ мкмоль/з до $0,121 \pm 0,004$ мкмоль/з (70%), ЛДГ₃ із $0,036 \pm 0,001$ мкмоль/з до $0,044 \pm 0,001$ мкмоль/з (22%) і ЛДГ₅ з $0,017 \pm 0,003$ мкмоль/з до $0,032 \pm 0,007$ мкмоль/з (88,2%).

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що дистанційна літотрипсія впливає на паренхіму нирки і зокрема на біомембрани нефроцитів, що виражається у зниженні показників її функції. Застосування в перед- і післяопераційному періодах озонованих розчинів значно послабляє деструктивні процеси в нирках, цим самим відновлює функцію нирок у хворих на сечокам'яну хворобу.

СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЛЯ ПОСТІЙНОГО ЕЛЕКТРИЧНОГО СТРУМУ

Федорук О.С., Степан В.Т., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.
Буковинський державний медичний університет (м.Чернівці)

Вступ. Гнійний піелонефрит становить актуальну проблему сучасності, що зумовлено труднощами у діагностуванні переходу серозного запалення у гнійне, великою і постійно зростаючою часткою стертих форм захворювання, недосконалістю діагностичних підходів, що в кінцевому результаті виливається у прогресування деструктивного процесу в конкретній нирці із

наступною втратою функції, розвитком аналогічного процесу у контрлатеральній нирці аж до анурії. Такі хворі лікуються в урологічному стаціонарі, та, згідно діючих протоколів надання медичної допомоги в урології їм показане пробне емпіричне лікування у вигляді моно- чи комбінованої антибактеріальної терапії із застосуванням рекомендованих препаратів, що володіють