

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

ефективністю для збудників, які переважно (на основі багаторічних спостережень) зустрічаються у даних випадках. Рекомендованими препаратами є група фторхінолонів, цефалоспорины 3-4 покоління, карбапенеми та амінопеніциліни. Спостереження за хворим триває 24-48 годин, та, у разі неефективності консервативного лікування, показане хірургічне лікування в об'ємі розкриття та дренивання гнійних вогнищ, декапсуляції, нефростомії, чи навіть нефрэктомії. При цьому діагноз та об'єм хірургічної допомоги часто визначається інтраопераційно. Так як момент переходу серозного піелонефриту у гнійний не завжди зрозумілий, емпірична антибіотикотерапія часто неефективна, що вимагає інвазивного хірургічного, часто неорганозберігаючого лікування. Вищенаведене створює необхідність у розробці більш інтенсивного та ефективного (з використанням фізичних факторів) консервативного лікування, яке дасть змогу добитися лікувального ефекту у хворих з підозрою на гнійне запалення нирок та паранефрію і знизити частку показів до хірургічного втручання із відповідною травматизацією.

Мета дослідження. Удосконалити консервативне лікування гнійних піелонефритів із застосуванням етіотропної антибактеріальної терапії та електрофорезу на проекцію ураженої ділянки та звуження показів до оперативного лікування.

Матеріал і методи. У дослідженні прийняло участь 30 хворих на гострий гнійний апостематозний піелонефрит. Критеріями виключення із дослідження були: наявність некротичного папіліту, абсцесу, карбункулу нирки та піонефрозу. 20 хворих увійшли в основну групу дослідження, 10 склали контрольну групу.

Критеріями включення у дослідження були дані загальноклінічних, лабораторних та додаткових методів обстеження (значний лейкоцитоз, лейкоцитарний показник >120, ремітуюча, інтермітуюча, гектична лихоманка, УЗД, КТ, МРТ, оглядова та екскреторна урограма).

Контрольна група (n=10) отримувала лікування згідно діючих протоколів надання медичної допомоги в урології. Основна група (n=20) отримували лікування

за наступною схемою: левофлоксацин (0,5 – розчин для інфузій) в/в крапельно та одномоментно в/м ін'єкцію цефтазидиму 1,0. Через 20 хв від початку введення медикаментів створювали електричне поле постійного струму в ділянці ураженого органу з використанням апарату для гальванізації та електрофорезу «Поток-1» шляхом накладання прокладки з електродом зі знаком «+» на поперекову ділянку проекції нирки, а прокладки із електродом «-» - на ділянку проекції нирки на передню стінку живота (контрлатерально). Прокладки змочені стерильним фіз. розчином для кращої електропровідності. Перемикач 5/50 встановлювали в позицію «5». Сила струму вибиралася індивідуально, шляхом збільшення її з позиції 1мА до 1,5мА та зупинкою на значенні, що викликало ледь відчутні парестезії в ділянці прикладення тканинних прокладок. Експозиція – 60 хв. Через 12 годин після вищеприписаної процедури консервативно-фізіотерапевтичного лікування вводилася друга половина дози антибактеріального препарату цефалоспоринового ряду – цефтазидим 1,0 в/м. При цьому намагалися довести час уведення двох антибіотиків із електрофорезом на вечір, одного антибіотика – на ранок.

Загальний курс лікування – 21 день (незалежно від часу зникнення клінічних та об'єктивних ознак). При цьому цефтазидим 2,0/добу вводився протягом 21 дня, левофлоксацин 0,5/добу – 10-21день, електрофорез проводився протягом 7-10 днів. Тривалість двох останніх визначається критеріями клінічного та об'єктивного регресу картини захворювання.

Результати. Всі проліковані хворі одужали у термін від 10 до 21 дня. Однак, у 4 (40%) хворих групи контролю розвинувся абсцес нирки, що стало показом до оперативного лікування. 20 хворих (100%) основної групи одужали з використанням лише консервативного лікування у порівнянні із 6 хворими (60%) групи порівняння.

Ефективність даного методу пояснюється наступними чинниками. Введення антибактеріальних препаратів, до яких, згідно даних багаторічних досліджень, зберігається висока чутливість патогенних для даного захворювання мікроорганізмів – ле-

вофлоксацину – інфузійно крапельно 0,5 1р/добу ввечері із одномоментним введенням внутрішньом'язево цефтазидиму 1,0 та підключенням (через 20хв) електричного поля постійного струму силою 1-1,5 мА (вибирається індивідуально, до відчуття парестезії) на 60 хв – зумовлює: а) максимальну концентрацію двох антибактеріальних препаратів у крові через 20-30 хв від початку введення; б) найбільше накопичення медикаментозних препаратів на піку перебування у плазмі власне між полюсами електричного поля постійного струму, в ділянці нирки, верхньої частини сечоводу та паранефральної клітковини. При цьому місця недостатнього (відсутнього) кровопостачання ниркової паренхіми (де власне і виникають фокуси гнійного запалення) також отримують антибактеріальні препарати (імовірно шляхом прямої дифузії під дією постійного електричного поля), чим і пояснюється дієвість та ефективність пропонованої методики, та звуження показів до операційного лікування вищеописаних фокусів запалення. Інше ж введення цефтазидиму 1,0 в/м (вранці) – це підтримуюча до-

за антибактеріального препарату в крові. При цьому наголос в аналізі ефективності даної методики робиться на так званому ефекті «пульс-терапії», коли максимальна концентрація в крові терапевтичних агентів досягається 1 раз на добу – ввечері (в нирковій тканині – в декілька разів більша, у фокусах гнійного запалення – відмінна від нуля).

Висновки. Таким чином, пропонований спосіб лікування гнійного запалення нирок та паранефрію, завдяки своїй точності у диференційному підході, а також через поєднання рекомендованого лікування із застосуванням фізичних локальних факторів, становить собою вдосконалену і абсолютно ефективну методику лікування гострого запалення нирок та паранефральної клітковини, будучи дієвою навіть у частини випадків, що можуть підпадати під операційне лікування, знижуючи таким чином травматизацію пацієнта та загальну вартість лікування.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ

Фролов А.С., Серняк П.С., Деркач И.А.

Донецкое Областное Клиническое Территориальное
Медицинское Объединение

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это полиэтиологическое заболевание, проявляющееся образованием камней в просвете мочевых путей из компонентов мочи. МКБ является сложным и распространенным заболеванием во всем мире (составляет 25-45% всех урологических заболеваний, а двусторонние и комбинированные формы – составляют 15-30%), занимает второе место в структуре заболеваний почек и мочевых путей, третье место в структуре причин смерти и четвертое – в структуре инвалидности при урологической патологии.

МКБ при единственной почке относится к особой форме патологии в связи с частотой рецидивирования, тяжестью течения, отсутствию функционального резерва,

наличием хронического пиелонефрита и почечной недостаточности – с одной стороны, и сложностью и неоднозначностью выборов методов диагностики и лечения в резко ограниченные по времени сроки – с другой.

Данная работа является попыткой проследить эволюцию лечения мочекаменной болезни при единственной почке в клинике урологии ДонНМУ им. Горького и ДОКТМО, и с позиции накопленного опыта обозначить перспективы решения проблемы.

История лечения МКБ при единственной почке в полной мере отражает взаимозависимость технического оснащения в урологии с совершенствованием оказания