

ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПАРАНЕФРИТУ НЕОБСТРУКТИВНОГО ГЕНЕЗУ

Шудря Д.В., Бараннік Ф.В., Власов Я.В.

Науковий керівник: проф. Л.П. Саричев

Кафедра урології з судовою медициною

Українська медична стоматологічна академія

Вступ. З удосконаленням методів візуалізації та впровадженням у клінічну практику сучасних лікувальних технологій відкриваються нові перспективи лікування гострих гнійних уражень паранефрію.

Мета дослідження. Вивчення особливостей лікувальної тактики при гострому гнійному паранефриті необструктивного генезу.

Матеріали і методи. Проведений аналіз лікування 73 хворих, в урологічному відділенні КП «ПОКЛ ім. М.В.Скліфосовського» ПОР в 1999-2018 рр. з приводу гострих гнійних уражень паранефрію. Вік пацієнтів 21-85 років ($47,9 \pm 4,7$ років). Чоловіків було 39 (54,2%), жінок – 34 (45,8%).

Виходячи з рекомендацій ЄАУ, для стартової терапії застосовувались препарати, чутливість уропатогенів до яких наближалась до 90%.

Черезшкірне пункційне дренування гнійного вогнища виконувалось під загальним знеболюванням, УЗ наведенням, за технікою Сельдінгера.

Результати. На відміну від загальноприйнятого уявлення, що гнійний процес частіше поширюється на паранефрій із ураженої нирки, у 52 хворих (71,2%) паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, у 21 хворого (28,8%) - на фоні обструктивної нефропатії.

11 хворих, що увійшли до I групи спостереження, за 3-4 тижні перенесли інфекційні запальні захворювання різної локалізації. Ще 6 хворих пов'язують початок захворювання з переохолодженням та 3 хворих - з травмою. У 3 хворих паранефральний абсцес поєднувався з гострим мультифокальним бактеріальним нефритом та у 3 хворих – з абсцесом нирки. Характерно, що 26 (50,0%) хворих мали в анамнезі цукровий діабет. Сепсис був у 80,8% випадків.

В усіх хворих, що увійшли до II групи спостереження, гострий гнійний паранефрит розвився внаслідок сечокам'яної хвороби і поєднувався з гострим гнійним пієлонефритом. Септичні ускладнення спостерігали у 86,3% хворих.

Всім хворим без обструктивної нефропатії проведено перкутанне дренування паранефрального абсцесу, в 3 випадках одночасно з дренуванням абсцесу нирки. Із гнійного вмісту аеробна мікрофлора виділена у 86,5% хворих.

Всім хворим з обструктивною нефропатією проведено перкутанне дренування паранефрального абсцесу одночасно з виконанням перкутанної нефростомії. Із гнійного вмісту в усіх хворих виділена грам-негативна мікрофлора.

Висновки:

У більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування.

Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

Перкутанне дренирування гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у вкрай важких септичних хворих.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕНСИВНОГО СВІТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНУ ФОРМУ РОЗАЦЕА

Юднікова М.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Васильєва К.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними та венеричними хворобами

Українська медична стоматологічна академія

Однією з актуальних проблем сучасної дерматології є розацеа – мультифакторіальне захворювання з хронічним рецидивуючим характером перебігу, що переважно вражає шкіру обличчя. Своєчасне виявлення захворювання та лікування на ранніх стадіях значно підвищує процент виліковності та тривалої ремісії.

За мету було поставлено оцінювання ефективності лікування хворих еритематозно-телеангіектатичною формою розацеа (I стадія захворювання) лазерним коагулятором з урахуванням калібру уражених судин.

Була проведена терапія універсальним лазерним коагулятором «Ліка хірург М» довжиною хвилі 520 нм, у неперервному режимі (режим «НО-РМА»), тривалість імпульсу 0,1-0,2 сек, потужність випромінювання 0,8 – 1,5 Вт, за допомогою спеціальної насадки 16 хворим (10 жінкам і 6 чоловікам) у віці від 28 до 42 років з еритематозно-телеангіектатичною формою розацеа.

Всі пацієнти мали II фототип шкіри за Т.Фіцпатріком. У хворих методом дерматоскопії виявлено розширення і розгалуження кровоносних судин різного калібру, фолікулярні пробки і лусочки. Процедури проводилися 4рази з інтервалом у 3 тижні. Через декілька хвилин після проведення процедури спостерігалась гіперемія шкіри та незначний набряк в зоні впливу лазера. Данні прояви зникають протягом 6–24 годин. На ділянках шкіри, що були підвержені лазерному впливу, інколи відзначалось утворення точкових сухих кірочок, які самостійно відпадають до 2 тижнів. Після проведення лазерної коагуляції рекомендовано локальне охолодження протягом 2-5 хвилин. Одразу після завершення процедури всім хворим обробляли ділянку гіперемії кремами, або мазями що містять у своєму складі декспантенол. Для попередження гіперпігментації протя-