

На патологистологическом исследовании: хронический умеренно выраженный пиелит. В сосудах почки множественные обтурирующие просвет и организованные тромбы. Множественные инфаркты почки.

Выводы. Сравнив данные ультразвукового исследования в первую неделю после трансплантации и данные при повторной госпитализации с патологистологическим исследованием, видим, что повышение цифр жесткости паренхимы почечного трансплантата соответствуют изменениям, описанным в заключении патологоанатомом. Данный клинический случай, показывает, что применение соноэластографии сдвиговой волной, в комплексном ультразвуковом исследовании почечного трансплантата, повышает диагностическую информативность ультразвукового исследования, обеспечивая специалистов дополнительным диагностическим критерием. УЗД почечного трансплантата с соноэластографией сдвиговой волной может быть перспективным методом при динамическом наблюдении ренотрансплантата, прогнозировании исхода заболевания.

Ключевые слова: пересаженная почка, почечный аллотрансплантат, ренотрансплантат, ультразвуковая диагностика (УЗД), сдвиговолновая соноэластография, соноэластография сдвиговой волной, эластометрия, патологистологическое исследование.

Литература

1. A 2018 reference guide to the banff classification of renal allograft pathology / C. Roufosse [et al.] // Transplantation. – 2018. – Vol. 102, № 11. – P. 1795–1814.
2. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной в оценке состояния почечного трансплантата / М. Г. Тухбатуллин [и др.] // Соврем. технологии в медицине. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 131–136.

УДК 616.65-002.3-08

Ходжакулиев С.Р.¹, Князюк А.С.¹, Зубарева А.В.¹, Нурыева Н.Д.², Князюк А.А.¹, Гридюшко М.А.³

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельская городская клиническая поликлиника № 5 имени С.В. Голуховой, Гомель, Беларусь

Главное управления по здравоохранению Гомельского облисполкома, Гомель, Беларусь

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

Введение. Простатит – заболевание, которое характеризуется наличием воспаления предстательной железы инфекционного или неинфекционного характера [1]. В Европе рекомендовано использовать классификацию, предложенную Американским национальным институтом здравоохранения (NIH, США) от 1995 года в которой различают четыре категории простатита (Категория I; Категория II; Категория III (IIIa, IIIb); Категория IV.). Простатит часто сочетается с воспалением уретры, семенных пузырьков,

а в пожилом возрасте с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Основным возбудителем инфекций мочеполовых путей является *Escherichia coli* которая достигает от 58% до 65,5% от всех возбудителей [2, 3]. Абсцесс предстательной железы – нечастое, но довольно коварное осложнение острого бактериального простатита, которое может привести к уросепсису, смертность от которого может достигать от 1,5% до 20% [4]. Абсцесс предстательной железы возникает в результате гнойного некроза ткани простаты и образования пиогенной оболочки с гнойной полостью.

Цель. Провести ретроспективный сравнительный анализ эффективности диагностики и лечения пациентов с абсцессом предстательной железы в Государственном учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (далее ГУЗ «ГГКБСМП»).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезней 10 пациентов с диагнозом абсцесс предстательной железы, что составило 7,58% (всего 132 пациента) от общего количества пациентов с диагнозом острый простатит, получившие лечения на базе ГУЗ «ГГКБСМП» с января 2023 по март 2025 гг.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов, поступивших в ГУЗ «ГГКБСМП» с диагнозом абсцесс предстательной железы, составил 60 лет (от 39 до 86 лет). Из них 5 пациентов являлись трудоспособного возраста. Средний койко-день составил 13 дней. Данная патология протекала на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы – 90% [n=9], сахарного диабета – 40% [n=4], нарушения мозгового кровообращения – 30% [n=3], рака прямой кишки с формированием ректо-уретрального свища – 10% [n=1], ишемической болезни сердца – 70% [n=7]. Сопровождались следующими клиническими проявлениями: боль в промежности и надлобковой области у 7 пациентов, гнойное выделение из уретры – 4, гемоспермия – 2, поллакиурией, странгурией – 10, повышением температуры до 38,5°C – 8.

Уровень лейкоцитов крови при поступлении колебался от $7,97 \times 10^9/\text{л}$ до $23,93 \times 10^9/\text{л}$ (средний $14,3 \times 10^9/\text{л}$). Осложнения наблюдались, такие как острая задержка мочеиспускания – 50% [n=5], уросепсис – 10% [n=1], острый гнойный парапроктит – 10% [n=10], острый гнойный эпидидимоорхит – 10% [n=1], острый пиелонефрит с формированием абсцесса почки 10% [n=1]. Объем предстательной железы варьировал от 17 см³ до 134 см³ (средний объем 72,5 см³). Всем пациентам с острой задержкой мочи наложена надлобковая троакарная цистостома (5 пациентам). Объем абсцесса предстательной железы составлял от 1,5 мл до 4,4 мл. Абсцесс был единственным в 60% [n=6] и множественным в 40% [n=4]. Диагноз абсцесса предстательной железы был выявлен по результатам ТРУЗИ у 8 пациентов, обнаружен интраоперационно по поводу других заболеваний у 2 пациентов. 4 из 10 пациентам выполнена трансректальная пункционная аспирация абсцесса предстательной железы под ТРУЗИ контролем. Трансуретральная инцизия абсцесса предстательной железы выполнена трем пациентам из десяти. У одного пациента абсцесс вскрылся самостоятельно в уретру. Двоим пациентам выполнено открытое оперативное вмешательство, при котором абсцессы предстательной железы были выявлены при ревизии: чреспромежностное вскрытие

парапроктита с абсцессом предстательной железы с дренированием полости абсцесса и чреспузырное вскрытие абсцесса с цистостомией. Выбор оперативного лечения определялся локализацией абсцесса предстательной железы: при расположении абсцесса к простатической части уретры производилась трансуретральная инцизия. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра (фторхинолонового ряда в комбинации с цефалоспоридами, метронидазол), с последующей коррекцией по результатам посевов из раны. Однако позитивные посевы были только в 50% случаев (5 пациентов), остальные получали эмпирическую терапию. Повторная пункционная аспирация абсцесса предстательной железы выполнена одному пациенту, при котором абсцесс достигал 44*22 мм.

Выводы. Абсцессы предстательной железы, прилежащие к простатическому отделу уретры, наиболее целесообразно лечить оперативными вмешательствами в объеме трансуретральной инцизии (резекции). Пункционная аспирация абсцесса предстательной железы под ТРУЗИ-контролем является эффективным, менее травматичным методом лечения, который позволяет снизить длительное нахождение пациента в стационаре.

Литература

1. Кудряшов О.И. Лечение абсцесса предстательной железы. Опыт урологического центра / О.И. Кудряшов, М.Ю. Павлов, Е.С. Васечко // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 6(23). – С. 125–128.
2. Состояние микрофлоры секрета предстательной железы у здоровых лиц и при остром бактериальном простатите / В. В. Мясляков, О. Н. Павлова, А. А. Цымбал [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2021. – Т. 25, № 4. – С. 339–345.
3. Этиотропная терапия инфекций мочевыводящих путей у женщин / А.С. Князюк, Н.С. Бонда, А.А. Князюк, М.Б. Лемтюгов, С.Р. Ходжакулиев, А.В. Зубарев // Инфекции в акушерстве и гинекологии. Современные возможности диагностики и лечения: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Гомель, 27 марта 2025 года / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; под научной редакцией Т.Н. Захаренковой. – Гомель: Издательское частное унитарное предприятие «Профессиональные издания», 2025. – С. 49–52.
4. Ходжакулиев С.Р. Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом / С.Р. Ходжакулиев, А.С. Князюк, Н.Д. Нурыева // VIII Полесский урологический форум : Сборник материалов, Гомель, 06–07 июня 2024 года. – Гомель: Гомельский государственный медицинский университет, 2024. – С. 86–89.

УДК 616-003.261-074:577.121]:616.62-003.7:612.461

Юрага Т.М., Гресь Н.А., Гапоненко А.Д., Гресь А.А., Ниткин Д.М.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

ЦЕЛЕВОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СУТОЧНОЙ МОЧИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ХИМИЧЕСКИЙ ТИП КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ

Введение. Наиболее информативными индикаторами биохимической активности организма являются метаболиты. Любой клеточный ответ на воздействие будет отражен в изменяющемся составе биологических жидкостей (кровь, моча и др.). При решении диагностических проблем уролитиаза клиническое применение одной из