

nosada [et al.] // Eur. Radiol. — 2003. — Vol. 13, N 7. — P. 1566-1570.

70. *Telepsychiatry* in psychogeriatric service: a pilot study / W. K. Tang, H. Chiu, J. Woo [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. — 2001. — Vol. 16. — P. 88-93.

71. *Improvement* in diabetes control with a monitoring system based on a hand-held, touch-screen electronic diary / M. W. Tsang, M. Mok, G. Kam [et al.] // J. Telemed. Telecare. — 2001. — Vol. 7. — P. 47-50.

72. *Tually P.* The effect of nuclear medicine telediagnosis on diagnostic pathways and management in rural and remote regions of Western Australia / P. Tually, J. Walker, S. Cowell // J. Telemed. Telecare. — 2001. — Vol. 7, Suppl. 2. — P. 50-53.

73. *Intensive* care unit robotic telepresence facilitates rapid physician response to unstable patients and decrea-

sed cost in neurointensive care / P. M. Vespa, C. Miller, X. Hu [et al.] // Surg. Neurol. — 2007. — Vol. 67, N 4. — P. 331-337.

74. *Virtual* outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations / P. Wallace, J. Barber, W. Clayton [et al.] // Health Technol. Assess. — 2004. — Vol. 8, N 50. — P. 1-106.

75. *An economic* analysis of a store and forward teledermatology consult system / J. D. Whited, S. Datta, R. P. Hall [et al.] // Telemed. J. E-Health. — 2003. — Vol. 9, N 4. — P. 351-360.

76. *A modeled* economic analysis of a digital tele-ophthalmology system as used by three federal health care agencies for detecting proliferative diabetic retinopathy / J. D. Whited, S. K. Datta, L. M. Aiello [et al.] // Telemed. J. E Health. — 2005. — Vol. 11, N 6. — P. 641-651.

77. *Telemedicine* improved diabetic management / W. L. Whitlock, A. Brown, K. Moore [et al.] // Military Medicine. — 2000. — Vol. 165, N 5. — P. 79-84.

78. *What we* can really expect from telemedicine in intensive diabetes treatment: results from 3-year study on type 1 pregnant diabetic women / M. J. Wojcicki, P. Ladyzynski, J. Krzymien [et al.] // Diabetes Technology and Therapeutics. — 2001. — Vol. 3. — P. 581-589.

79. *Wong M. T.* HIV care in correctional settings is cost-effective and improves medical outcomes / M. T. Wong // Infectious Diseases in Clinical Practice. — 2001. — Vol. 10, Suppl. 1. — P. 9-15.

80. *Perioperative* cataract OP management by means of teleconsultation / G. Zahlmann, M. Mertz, E. Fabian [et al.] // Graefes Archives of Clinical and Experimental Ophthalmology. — 2002. — Vol. 240. — P. 17-20.

УДК 616.71-001.5+614.2:351.77

С. В. Калининчук

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МЕТОДАМИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В работе проведен анализ эффективности, в том числе соотношения цены и качества, различных видов телемедицинского сервиса на основе обзора работ по данной проблеме. Указаны преимущества телемедицинских технологий, а также определены те нозологические формы, при которых телемедицинское консультирование не дает очевидного эффекта.

**Ключевые слова:** телемедицина, эффективность телемедицинского сервиса, организация системы здравоохранения, доказательная медицина.

UDC 616.71-001.5+614.2:351.77

S. V. Kalinchuk

#### EVIDENCE-BASED DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF TELEMEDICAL CONSULTATIONS

The analysis of effectiveness, including ratio between cost and quality of different forms of telemedical service has been made using published reviews. As a result, the advantages of telemedical technologies have been outlined as well as those nosological forms have been identified, which are characterized by not obvious effectiveness of telemedical consultations.

**Key words:** telemedicine, effectiveness of telemedical service, system of health care, evidence-based medicine.

УДК 616.62-089.87.844-082.8

М. І. Ухаль, д-р мед. наук, проф.,

В. М. Косован,

О. М. Семанів,

Г. М. Ухаль, канд. мед. наук, доц.

## ОДНОЭТАПНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІКРОЦИСТА І ДВОБІЧНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДОРΟΣЛИХ

Одеський державний медичний університет,

Одеська обласна клінічна лікарня

Під терміном мікроцист розуміють захворювання, за якого ємність сечового міхура не перевищує у дорослої людини 50 мл [1]. Відомо, що серед причин розвитку мікроциста на першому місці стоїть специфіч-

ний і неспецифічний запальний процес у сечовому міхурі та передміхуровій залозі [2; 3]. Разом із тим, останнім часом у патогенезі розвитку мікроциста, крім запального процесу, велику увагу приділяють хронічній інфра-

везикальній обструкції [4]. У чоловіків це частіше за все доброякісна гіперплазія та склероз передміхурової залози [5].

Водночас із розвитком мікроциста в патологічний процес втягаються верхні сечові шля-

хи та нирки. При цьому розвивається двобічний мегауретер і гідронефроз [6]. Лікування таких хворих тільки оперативне [7]. Разом із тим, вибір оптимального методу лікування хворих із мікроцистом і двобічним мегауретером у дорослих — дуже складне завдання [8; 9].

Сьогодні у більшості випадків оперативні втручання проводяться в два або в три етапи і, крім паліативних методів, дуже громіздкі, надзвичайно затратні та не завжди ефективні [10; 11].

**Мета** нашої роботи полягає в підвищенні ефективності оперативного лікування хворих із мікроцистом і двобічним мегауретером за допомогою оптимізації оперативного втручання та відмови від багатоетапності.

### Матеріали та методи дослідження

Комплексне одноетапне оперативне лікування мікроциста і двобічного мегауретера виконане нами у 4 хворих (2 жінки і 2 чоловіки віком від 19 до 53 років).

Основою методу була одноетапність, яка полягала в одночасному видаленні 2/3 ураженого сечового міхура, формуванні з клубової кишки ортопічного резервуара для сечі, видаленні найбільш патологічно змінених нижніх і 1/2 середніх відділів сечоводів із пересадженням їх у кишковий резервуар.

Із трьох відомих варіантів, наведених на рисунку (*a, б, в*), нами вибрано варіант *a* — заміна нижніх і середніх відділів сечоводів петлею U-подібної форми із клубової кишки. Для профілактики антиперистальтики та зменшення тиску в сліпих кінцях сформованого резервуара нижній медіальний край кишкового трансплантата зшивали по медіальній поверхні та надавали йому Y-форми. Анастомози з кишковим резервуаром формували за типом кінцець у бік.

Для профілактики рефлюксування сечі широкі отвори пересаджуваних кінців сечоводів у зоні анастомозів звужували за рахунок сформованої манжетки Рікардо. Для дренивання нирок через отвір анастомозів у

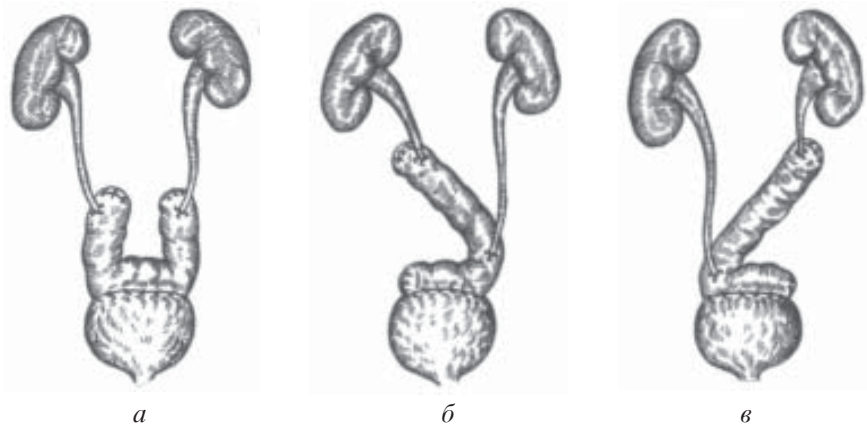


Рисунок. Варіанти заміни нижніх і середніх відділів сечоводів (*a, б, в*)

просвіт кожного сечовода вводили рентгеноконтрастні дренажні трубки, дистальні кінці яких потім виводили через анастомоз кишкового трансплантата з залишком сечового міхура і далі через підслизовий отвір стінки залишків сечового міхура на шкіру передньої черевної стінки в надлобкову зону.

Зони анастомозів сечоводів із кишковим резервуаром і сам кишковий резервуар екстраперитонізували. Черевну порожнину та малий таз дренивали. До зони сечовідних анастомозів також ставили дві дренажні трубки (справа та зліва).

Сформований резервуар для сечі (кишковий трансплантат + залишок сечового міхура) ретельно промивали антисептичним розчином і дренивали по уретрі катетером Фолі. Рану пошарово зашивали.

### Результати дослідження та їх обговорення

Післяопераційний період у всіх хворих в цілому перебігав задовільно. Сечових норич у черевну порожнину не було. В однієї хворої протягом 10 днів була сечова норича в зоні кишково-сечового анастомозу, яка самостійно закрилася. Післяопераційне перебування хворих на стаціонарному лікуванні в середньому становило (17,8 ± 4,1) ліжко-дня.

Віддалене спостереження за 2 хворими протягом 1,5 року і за 2 хворими протягом 3 і 9 міс. відповідно підтвердило доцільність вибраної нами тактики лі-

кування. У всіх цих хворих нормалізувався креатинін крові, зменшився діаметр сечоводів і розмір ниркових мисок. В жодному випадку не зареєстровано загострення хронічного запального процесу в нирках. Ємність сечового резервуара дорівнювала в середньому (280,9 ± 18,4) мл. Нетримання або затримки сечі не було у жодного прооперованого нами хворого.

### Висновки

Використання запропонованого нами способу одноетапного оперативного лікування мікроциста і двобічного мегауретера дозволяє відновити резервуарну та видільну функцію сечового міхура, а також запобігти прогресуванню хронічної ниркової недостатності.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. — М.: Медицина, 1998. — Т. 2. — С. 393-410.
2. Ткачук В. Н. Хронический простатит / В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев, Л. И. Агулянский. — Л.: Медицина, 1989. — С. 34-35.
3. Bissada N. K. Lower urinary tract function and dysfunction / N. K. Bissada, A. E. Finkbeiner. — N. Y.: ACC, 1978. — 276 p.
4. Мазо Е. Б. Гиперактивный мочевой пузырь / Е. Б. Мазо, Г. Г. Кривобородов. — М.: Издательский дом «Вече», 2003. — 190 с.
5. Переверзев А. С. Гиперактивный мочевой пузырь у пожилых мужчин / А. С. Переверзев // Здоровье мужчин. — К., 2003. — С. 3-10.
6. Карпенко В. С. Кишечная пластика мочеточников в лечении приобретенных обструктивных уретерогид-

ронефрозів / В. С. Карпенко // Урологія. — 2001. — № 2. — С. 31-34.

7. *Belman A. B.* Megaureter. Classification, etiology, and management / A. B. Belman // Urol. Clin. North. — 1974, Oct; DA. — Vol. 19750131 (3). — P. 497-451.

8. *Boyd Stuart D.* Orthotopic Intestinal Substitutes for Bladder Using De-tubularized Ileum / Stuart D. Boyd,

D. G. Skinner, G. Lieskovsky // Bladder Reconstruction and Continent Urinary Diversion. — 1991. — N 3. — P. 383-388.

9. *Camey M.* Heal Replacement of Bladder / M. Camey, F. Richard, H. Botto // Bladder Reconstruction and Continent Urinary Diversion. — 1991. — N 3. — P. 389-410.

10. *Nils G. Kock* The Development of the Continent Ileal Reservoir and Its

Application In Patient Requiring Urinary Diversion or Bladder Replacement / G. Nils // Bladder Reconstruction and Continent Urinary Diversion. — 1991. — N 3. — P. 247-271.

11. *The Ileal Neobladder. Operative Technique and Results* / K. Miller, U. K. Wenderoth, R. Petriconi [et al.] // Urol. Clinics of North America. — 1991. — Vol. 18, N 4. — P. 623-630.

УДК 616.62-089.87.844-082.8

М. І. Ухаль, В. М. Косован, О. М. Семанів, Г. М. Ухаль  
ОДНОЕТАПНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МІКРОЦИСТА І ДВОБІЧНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДОРОСЛИХ

Вибір оптимального методу лікування хворих із мікроцистом і двобічним мегауретером у дорослих — дуже складне завдання.

Мета нашої роботи полягає в підвищенні ефективності оперативного лікування хворих із мікроцистом і двобічним мегауретером за допомогою оптимізації оперативного втручання та відмови від багатоетапності.

Комплексне одноетапне оперативне лікування мікроциста і двобічного мегауретера виконане нами у 4 хворих (2 жінки і 2 чоловіки віком від 19 до 53 років).

Основою методу була одноетапність, яка полягала в одночасному видаленні 2/3 ураженого сечового міхура, формуванні з клубової кишки ортопичного резервуара для сечі, видаленні найбільш патологічно змінених нижніх і 1/2 середніх відділів сечоводів із пересадженням їх у кишковий резервуар.

Післяопераційне перебування хворих на стаціонарному лікуванні в середньому становило  $(17,8 \pm 4,1)$  ліжко-дня.

Віддалене спостереження за 2 хворими протягом 1,5 року і за 2 — протягом 3 і 9 міс відповідно підтвердило доцільність обраної нами тактики лікування.

Використання запропонованого нами способу одноетапного оперативного лікування мікроциста і двобічного мегауретера дозволяє відновити резервуарну і видільну функцію сечового міхура, а також запобігти прогресуванню хронічної ниркової недостатності.

**Ключові слова:** мікроцист, мегауретер, одноетапне оперативне лікування.

UDC 616.62-089.87.844-082.8

M. I. Ukhali, V. M. Kosovan, O. M. Semaniv, G. M. Ukhali  
ONE-STAGE OPERATIVE TREATMENT OF MICROCYST AND BILATERAL MEGAURETER IN ADULTS

The choice of the optimal method of treatment of adults with microcyst and bilateral megaureter is a very complicated task. The purpose of our work consists in increase of efficiency of operative treatment of patients with microcyst and bilateral megaureter by means of optimization of operative intervention and refusal from multi-stage treatment. We performed a complex one-stage operative treatment of microcyst and bilateral megaureter in 4 adult patients (2 women and 2 men at the age from 19 till 53 years old).

The basic principle of the method is in its one-stage performance, which consisted of simultaneous excision of 2/3 of a damaged urinary bladder, forming of the ileum an orthopic reservoir for urine, excision of the most pathologically changed lower and 1/2 medium departments of the ureters with their transfer to the intestinal reservoir.

The post-operative treatment in the hospital was  $(17,8 \pm 4,1)$  days.

The supervision over 2 patients within 1.5 years and 2 patients within 3 and 9 months has confirmed expediency of the chosen treatment management.

The usage of the method of one-stage operative treatment of microcyst and bilateral megaureter allows to restore the reservoir and excretory function of the urinary bladder, and also prevents from chronic renal insufficiency progressing.

**Key words:** microcyst, megaureter, one-stage operative treatment.

УДК 615.033.076.9

Н. Л. Карпинчик

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РОЗПОДІЛУ ІЗОПРОПІЛТІОБАРБІТУРАТУ І ЙОГО МЕТАБОЛІТУ — ІЗОПРОПІЛТІОБАРБІТУРОВОЇ КИСЛОТИ В ОРГАНІЗМІ ЩУРІВ

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова

### Вступ

Створення синтетичних стимуляторів працездатності в нормальних і екстремальних умовах — актуальний напрям ек-

периментальної фармакології та медицини. До препаратів даного типу можна зарахувати адаптоген — похідне ізопропілтіобарбітурової кислоти — хлоргідрат  $^{14}\text{C}$ -2-( $\beta$ -діетиламіно)-

етилмеркапто-5-ізопропіл-3,4-дигідропіримідино-4-он-6-ол гідроклорид (сполука I) [1; 2].

Визначальними факторами, що впливають на фармакокінетичний профіль потенційних лі-