

була аденома прищитоподібної залози, а у (21%) – їх гіперплазія.

Основними проявами ПГПТ у пацієнтів урологічного профілю були: наявність одно- чи двосторонніх коралоподібних конкрементів при сечокам'яній хворобі, часті приступи ниркової кольки з швидким розвитком гідронефрозу і проявів ниркової недостатності, поєднання сечокам'яної хвороби з жовчнокам'яною.

Адреса для листування

С.П. Міхно

E-mail: hirurg_fpo@ukr.net

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЕНДОВІДЕОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ КІСТ НИРОК

І.Б. Білий, С.В. Мойсеєнко, С.І. Щербина

КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР

Вступ. У лікуванні кіст нирок можна застосовувати черезшкірну пункцію порожнини кісти під контролем УЗД з аспірацією в комбінації зі склерозуючою терапією, відкриті хірургічні втручання, ендовідеоскопічну резекцію стінок кісти. Сучасне хірургічне лікування симптоматичних кіст нирок має поєднувати в собі малотравматичність, високу ефективність лікування та радикалізм. Найбільше відповідають цим критеріям ендовідеоскопічні методи резекції кіст.

Матеріали та методи дослідження. У період з лютого 2014 по травень 2015 року в урологічному центрі КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР у співпраці з хірургами впроваджена методика лапароскопічної резекції кіст нирок. За цей період виконано 5 втручань. У 4 випадках кістозне ураження мало двобічний характер. Діагноз кіст нирок було підтверджено УЗД та спіральною комп'ютерною томографією з контрастним підсиленням. Втручання виконувались з боку, де процес мав симптомний характер та розміри кісти переважали 7–8 см в діаметрі. Об'єм оперованих кіст коливався від 80 до 250 мл. У 2 випадках показанням до лапароскопічного втручання були рецидиви після застосування пункційних методик лікування. Вік пацієнтів обох статей (4 жінки та 1 чоловік) становив від 49 до 67 років. В одному випадку кіста локалізувалась парапельвікально. У двох випадках – у верхньому полюсі, і у двох випадках – у нижньому. В 3 випадках втручання ви-

Висновки. Дослідження підтверджує поліморфність клінічних проявів ПГПТ, та високу його частоту серед пацієнтів з урологічними захворюваннями. Це потребує комплексного дослідження вказаних пацієнтів із внесенням дослідження кальцію, фосфору та паратгормону в урологічні стандарти та протоколи, необхідності формування реєстру пацієнтів групи ризику за ПГПТ.

конувалось праворуч. Усі втручання виконано трансабдомінальним доступом під ендотрахеальним наркозом з поворотом пацієнта на здоровий бік. У двох випадках карбоксиперитонеум накладався за відкритою методикою, зважаючи на раніше перенесені оперативні втручання на черевній порожнині. У цих випадках лапароскопічне втручання доповнювалось вісцеролізом у зоні втручання. Після виділення кісти виконувалося висічення її стінок з коагуляцією по колу. В усіх випадках виконано огляд залишкової порожнини кісти та гістологічне дослідження стінок кісти. В усіх випадках виконувалося дренування заочеревинного простору силіконовим дренажем на 48–72 години. У 2 випадках операція доповнювалась додатковим дренуванням черевної порожнини (у випадках виконання вісцеролізу) на 24 години.

Тривалість операцій коливалась у межах 50–120 хвилин.

Результати. Під час втручань інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не виникало. В усіх випадках не виявлено значних відхилень в основних лабораторних та функціональних показниках порівняно з передопераційними. Активізація пацієнтів починалася через 8–12 годин після втручання. Тривалість перебування у стаціонарі після втручання не перевищувала 3–5 діб. В одному випадку через 3 місяці виявлено рецидив кісти: пацієнт, 65 років, перебуває під наглядом уролога, на даний час від хірургічного лікування утримується.

Висновки. Лапароскопічна резекція кіст нирок є малотравматичним, високоефективним хірургічним методом лікування, який характеризується радикальністю втручання з малою кількістю ускладнень, малими термі-

нами відновлення пацієнтів, можливістю гістологічного дослідження оболонок кісти та гарними віддаленими результатами порівняно з іншими методиками лікування кіст нирок.

Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyyib@mail.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ) МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. КРИВОЙ РОГ

И.Б. Белый, С.И. Щербина, С.В. Моисеенко, А.С. Баранник

Криворожская городская клиническая больница №2 ДООС

Распространенность МКБ на Украине занимает второе место среди всех урологических заболеваний после инфекции мочевых путей. Этот показатель в Украине за последние 4 года вырос в 1,2 раза, количество больных достигает свыше 160 тысяч человек – это 973 случая на 100 тысяч взрослого населения. Частота МКБ достигает 30–45% от всей урологической патологии. Болеют МКБ в основном люди молодого и трудоспособного возраста. Заболевание протекает с явлениями острого и хронического пиелонефрита, частыми рецидивами МКБ (30–80%), что, в свою очередь, приводит к возникновению почечной недостаточности, инвалидизации и смертности больных.

Одним из важных этапов в лечении МКБ является удаление камня – перевести состояние больного с «каменного» в «бескаменный». Следующим этапом в лечении МКБ является проведение коррекции главных и второстепенных факторов риска МКБ до нормы с последующим амбулаторным диспансерным наблюдением. В городе Кривой Рог на базе КЗ «Криворожская городская клиническая больница №2» с 1994 г. функционирует кабинет литотрипсии.

С марта 2008 г. кабинет литотрипсии оснащен аппаратом «Компакт Сигма», фирмы Дорнье (Германия). Аппарат оснащен ультразвуковой и рентгеновской системой наведения. В кабинете работают врач – 1 ставка, медсестра – 1 ставка.

В своей работе мы строго придерживаемся общепринятых показаний и противопоказаний к дистанционной литотрипсии.

ДЛТ больным города выполняются в основном из числа пациентов стационара. При камнях небольших размеров, без нарушения функции почек и признаков обострения пиелонефрита ДЛТ выполняется амбулаторно.

Всем больным, поступающим в отделение в плановом порядке, проводится обследование в объеме установленном в «Діючих протоколах надання медичної допомоги. Урологія». У больных, поступивших в стационар в ургентном порядке, обследование проводится в условиях стационара.

Всем больным, по возможности, до проведения ДЛТ проводится определение плотности камня. При плотности камня свыше 1000 ед. Хаунсфилда ДЛТ камня почки не проводится.

За истекший период произведено:

– 2008 г. – 488 сеансов ДЛТ у 319 больных (за 9 месяцев);

– 2009 г. – 660 сеансов ДЛТ у 466 больных;

– 2010 г. – 695 сеансов ДЛТ у 475 больных;

– 2011 г. – 676 сеансов ДЛТ у 462 больных;

– 2012 г. – 659 сеансов ДЛТ у 450 больных;

– 2013 г. – 534 сеанса ДЛТ у 350 больных;

– 2014 г. – 603 сеанса ДЛТ у 404 больных;

– 2015 г. – 262 сеанса ДЛТ у 180 больных

(за 6 месяцев).

Первоочередным условием в лечении МКБ является удаление камня. Конкременты в почечной лоханке или верхних/средних чашечках, ДЛТ выполняется больным при размерах камней до 2,0 см при достаточной проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточников. Сеансы литотрипсии проводятся однократно или двукратно с последующим назначе-