

ся удалению 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 назначением антибиотиков, уроантисептиками, спазмолитиков, мочегонных. При необходимости повторного сеанса ДЛТ, сеанс проводится не ранее чем через 7 дней с момента первого.

При локализации камня в нижних чашечках после ДЛТ отмечается более низкая частота полного избавления от конкрементов, чем при других локализациях. Хотя при этом эффективность дезинтеграции камней не уменьшается, фрагменты часто остаются в чашечке и приводят к повторному камнеобразованию.

Лечение пациентов с локализацией камня в нижней чашке с помощью ДЛТ может оказаться неэффективным при наличии следующих факторов: острый угол между шейкой чашечки и лоханкой; длинная чашечка; узкая шейка чашечки.

При наличии прогностических факторов неэффективности ДЛТ, больным рекомендуется проведение КЛТ.

Лечение больных с камнями мочеточника. Камни мочеточников составляют 40–55% от мочекаменной болезни в целом. Камни в мочеточнике носят вторичный характер. Камни образуются в почках и мигрируют в мочеточник. В отдельных случаях возможно образование камня в мочеточнике при наличии инородного тела (частичной прошивке мочеточника при гинекологических операциях, на катетере, стентов, при

опухолях мочеточника – инкрустация солями).

Общие подходы к лечению больных с камнями мочеточников. Основным требованием к лечению больных с камнями мочеточников является удаление камня, восстановление функции почки, предотвращение и лечение острого пиелонефрита. В случаях почечной колики, не купирующейся медикаментозно, катетеризация мочеточника.

На аппарате Компакт Сигма ДЛТ доступны камни всех отделов мочеточника.

За указанный период времени распределение камней мочеточников по уровню локализации ежегодно составляет: в/з – 40%, с/з – 10%, н/з – 50% ( $\pm 5\%$ ).

Третий сеанс ДЛТ больным проводился только при наличии положительного эффекта от литотрипсии и формирований у больного «каменной дорожки» или единичных крупных фрагментов, с изменением локализации фрагментов.

Лечение осложнений. При лечении больных с мочекаменной болезнью методом дистанционной литотрипсии наиболее частыми осложнениями являются обострение хронического пиелонефрита, крупная фрагментация камня с формированием уретерогидронефроза, формирование «каменной дорожки».

Выбор метода терапии первой линии зависит от наличия у больного клинических проявлений данного состояния. Если «каменная дорожка» клинически не проявляется, возможна консервативная литокинетическая терапия. При наличии клиники мы проводим повторный сеанс литотрипсии на фрагменты. При признаках обострения пиелонефрита – стентирование или чрезкожная нефростомия.

#### Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyyib@mail.ru

## НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ КІСТ НИРОК

І.Б. Білий <sup>1</sup>, С.О. Пироженко <sup>1</sup>, С.В. Мойсеєнко <sup>1</sup>, А.С. Бараннік <sup>1</sup>, М.С. Померанцев <sup>2</sup>

<sup>1</sup> КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР

<sup>2</sup> КЗ «Криворізька міська лікарня № 10»

**Вступ.** Лапароскопічне висічення симптоматичних та рецидивуючих кіст – це альтернатива черезшкірної пункції чи відкритої порожнинної операції. На сучасному етапі – це одна з

найбільш затребуваних методик, яка постійно вдосконалюється. За допомоги новітніх впроваджень в урологічній практиці нового лапароскопічного обладнання були змінені принципи діаг-

ностики та лікування кіст нирок. Ця методика передбачає виконання радикальних операцій, але при цьому залишається малоінвазивною.

**Матеріали та методи.** В урологічному центрі КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР за період з лютого 2014 по травень 2016 року у співпраці з хірургами впроваджена методика лапароскопічної резекції кіст нирок. За цей період виконано 8 оперативних втручань. У 6 випадках кістозне ураження мало двобічний характер. Втручання виконувались з боку, де процес мав симптомний характер та розміри кісти переважали 7–8 см у діаметрі. Об'єм оперованих кіст коливався від 80 до 250 мл. Діагноз кіст нирок було підтверджено УЗД та спіральною комп'ютерною томографією з контрастним підсиленням. У 4 випадках показанням до лапароскопічного втручання були рецидиви після застосування пункційних методик лікування. Вік пацієнтів обох статей (6 жінок та 2 чоловіки) становив від 46 до 69 років. У двох випадках кіста локалізувалась парапелівікально. У трьох випадках – у верхньому полюсі, і у трьох випадках – у нижньому. У трьох випадках втручання виконувалось праворуч. Усі втручання виконано трансабдомінальним доступом під ендотрахеальним наркозом з повертанням 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 вісцер-

ролізом 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.** В усіх випадках не виявлено значних відхилень в основних лабораторних та функціональних показниках порівняно з передопераційними. Під час втручань інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не виникало. 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, перебував під наглядом уролога, на даний час від хірургічного лікування утримується.

**Висновки.** Лапароскопічна резекція кіст нирок є високоефективним та малотравматичним хірургічним методом лікування, який характеризується малими термінами відновлення пацієнтів, радикальністю втручання з малою кількістю ускладнень та гарними віддаленими результатами порівняно з іншими методиками лікування кіст нирок.

#### Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyuib@mail.ru

## СИНДРОМ ЦІННЕРА У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*І.Б. Білий, С.П. Міхно, С.В. Мойсеєнко, В.П. Борш, А.С. Бараннік*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР*

Понад 100 років минуло з того часу, як А. Zinner у 1914 році описав захворювання, пов'язане з обструкцією сім'явиносного протоку і розвитком кісти. Пізніше було встановлено вроджений характер такої патології, виявлена своєрідна пентода її патологічних проявів у вигляді кістозної дисплазії каналців ячечок, кісти сім'яного міхурця, аплазію нирки на стороні патологічних змін сім'яних шляхів, дилатації придатку яєчка і часткового розвитку трикутника

сечового міхура. Захворювання зустрічається в практиці рідко, з частотою 0,0046%. У літературних джерелах до цих пір описано не більше ста випадків захворювання. Однією з причин цього факту є малосимптомне протікання патології, яке характеризується незначним больовим синдромом в області калитки і промежини, гемоспермією і болючим сім'явиверженням та дизурічними порушеннями. Одним із основних наслідків захворювання є безпліддя. Тому в