

новить 90%. Дані комп'ютерної томографії нерідко є вирішальними у визначенні обсягу і методу операції, особливо у хворих з вираженим гідрокалікозом і стоншенням паренхіми нирки. Всі 24 хворих з ПК нирки були оперовані. У 19 проведено висікання зовнішньої стінки ПК, у 5 виконана нефректомія в зв'язку з термінальною стадією гідронефротичної трансформації. Оптимальним методом хірургічного втручання при ПК є висікання зовнішньої поверхні ПК без видалення її задньої стінки з метою запобігання пошкодженню порожнинної системи нирки та подальшого виникнення післяопераційних сечових свищів. У 17 оперованих хворих проводили інтраопераційну біопсію паренхіми нирки. Результати гістологічного дослідження, як правило, засвідчують ознаки хронічного піелонефриту. На наш погляд, розвиток хронічного піелонефриту зумовлено розладом гемодинаміки нирки в результаті стиснення вен і зміщення артерій кістою. Стінка кісти складається з фіброзної тканини з ділянками гіалінозу та вогнищами лімфогістіоцитарної інфільтрації. В жодному випадку не зафіксовано малігнізації стінки ПК внаслідок своєчасної діагностики та раннього оперативного втручання. Артеріальна гіпертензія виявлена у 10 хворих. Після висікання ПК артеріальний тиск нормалізувався у 7 пацієнтів, що засвідчує прямий зв'язок артеріальної гіпертензії з даним захворюванням. Отже, розлади гемодинамічних процесів у нирці створюють передумови для розвитку хронічного інтерстиціального запалення та нефрогенної гіпертензії, що потребує раннього оперативного лікування.

УДК 616.61-002+616.61-002.353-085

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ І КАРБУНКУЛА НИРКИ

Т.Л. Тамусяк, О.С. Федорук¹, Я.О. Чепига²

Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, ¹Буковинська державна медична академія, ²Чернівецька обласна клінічна лікарня

Лікування пацієнтів розпочинали з призначення масивних доз антибактеріальних препаратів і патогенетичної терапії. Застосування вказаної медикаментозної терапії у 21 хворого, в яких був діагностований первинний апостематоз нирки, призвело до одужання 17 пацієнтів. Терміни консервативної терапії не перевищували 4-5 днів. Відсутність клінічного покращення у 4 хворих зумовила люмботомію з декапсуляцією і дренажуванням нирки. Показаннями до операції були часте підвищення температури тіла з лихоманкою, гіперазотемія з нейтрофілієм зсувом вліво, виникнення ознак бактеріотоксичного шоку, відсутність ефекту від консервативної терапії. При цьому брали до уваги тривалість лихоманки в

догоспітальному періоді. Якщо у хворих упродовж декількох днів до госпіталізації була гектична температура тіла, їх оперували в перші години після госпіталізації. Із загальної кількості прооперованих (18) з карбункулом нирки 6 пацієнтів оперовані в день госпіталізації, інші (12) – на 3-4-й день. Обсяг операції у більшості випадків (14) органозберігальний: відновлення пасажу сечі з декапсуляцією нирки, висікання або хрестоподібний розтин карбункула. Для відновлення відтоку сечі частіше виконували пієлостомію. Нефростомію застосовували лише у випадках внутрішньониркового розташування миски. Нефректомія виконана 4 хворим з тотальним гнійно-некротичним процесом у нирці.

УДК 616.65-089

АНАЛІЗ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ

О.С. Федорук, К.А. Владиченко

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

На базі урологічного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці за період з 2002 р. по 2004 р. проведено 222 трансуретральних оперативних втручання з приводу захворювань простати. Лише в одному випадку проведена черезміхурова простатектомія у зв'язку з наявністю вторинного гідроретеронефрозу внаслідок субтригонального росту гіперплазії простати великих розмірів. Залежно від обсягу оперативні втручання можна розділити на групи: 1) трансуретральна туNELІзація простати – 7; 2) парціальна трансуретральна резекція простати – 10; 3) субтотальна трансуретральна резекція простати – 65; 4) трансуретральна простатектомія – 140. Після оперативного втручання спостерігали ускладнення у 12 хворих. Найменшу кількість післяопераційних ускладнень спостерігали при проведенні трансуретральної простатектомії. При гістологічному дослідженні післяопераційного матеріалу 222 пацієнтів отримали такі результати: доброякісна гіперплазія простати виявлена у 183 пацієнтів, рак простати – 35, склероз простати – 4. Поєднання гіперплазії передміхурової залози та хронічного простатиту (здебільшого гнійно-калькульозного) виявлено у 62% хворих. Висновки: 1. У виборі обсягу трансуретральної операції при гіперплазії простати перевагу слід віддавати трансуретральній простатектомії. 2. Поєднання хронічного простатиту та гіперплазії простати вимагає призначення курсу доопераційної антибактеріальної терапії. 3. У зв'язку із зростанням кількості випадків інцидентального раку простати рекомендуємо доопераційне визначення концентрації простатичного специфічного антигена (маркера раку простати) в плазмі крові всіх хворих.