

томографію, ультразвукову діагностику, забезпечує підвищення якості діагностики даного захворювання.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, скрининг, эластография.

**Summary.** Prostate cancer is one of the most wide-spread forms of cancer in men all over the world. Screening is directed to detection of cancer diseases on early stages which suitable for surgical treatment, and increase chances of successful treatment, and improve patient's quality of life in future. Technological progress lets us improve possibilities of diagnostic assets. Elastography has a big diagnostic value and lets to receive additional information about elastic properties of prostatic tissues. A comprehensive approach in the diagnosis of prostate cancer, which includes magneto resonance imaging, ultrasound diagnostics, provides an improvement in the quality of the diagnosis of this disease.

**Key words:** prostate cancer, screening, elastography.

УДК 616.61-006.2-089

### **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТ НИРОК (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**С.В.Головко, Я.В.Собков, В.О.Стеценко, О.Ф.Савицький**

*Клініка урології, Національний військово-медичний клінічний центр  
Кафедра військової хірургії, Українська військово-медична академія*

**Резюме.** В статті надано визначення кіст нирок та їх розповсюдження, класифікація та методи діагностики. Вказані види оперативного лікування, переваги та недоліки того чи іншого метода лікування. Наданий наш особистий досвід ендоскопічного лікування кіст нирок.

**Ключові слова:** кіста, перкутанна пункція, лапароскопія, резекція кісти.

Кістозні захворювання нирок широко розповсюджені в усьому світі. В організмі людини навряд чи можна знайти орган, у якому частіше чим у нирці формувалися б різноманітні кісти. [4]. Із всіх кістозних утворень найбільш часто зустрічається солітарна (одиночна) кіста. На думку А. Steg (1975), із всіх запропонованих варіантів (солітарна, серозна, кортикальна, однобічна) термін “проста кіста” є найбільш підходящим, тому що підкреслює доброякісний їхній характер, що представляє основну характеристику цих кіст.

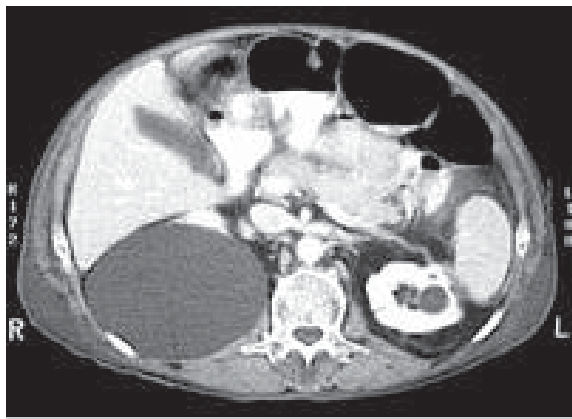
Вважається, що проста кіста нирки зустрічається переважно у віці 50 років і більше, частіше у чоловіків в співвідношенні від 3:2 до 2:1 (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982; Steg A., 1975; Richter S. et al., 1983; Dalton D. Et al., 1986), хоча така “перевага” чоловіків може бути випадковим збігом обставин (Баху А., 1975; Braasch W. et al., 1965). Локалізація кіст у більшості випадків у верхньому й нижньому сегментах нирки, причому в останньому частіше (Джавад-заде М.Д., 1969; Steg A., 1975). По характеру локалізації кіст Н.А. Лопаткін та Е.Б.Мазо (1982) виділяють:

1. субкапсулярні- розташовуються безпосередньо під капсулою нирки;
2. кортикальні - розташовуються в кортикальному шарі;
3. інтрапаренхіматозні - розташовуються в товщі ниркової тканини;
4. парапелівікальні- розташовуються в ділянці воріт нирки.

Прийнято вважати, що клінічно практично не вдається встановити діагноз простої кісти нирки, оскільки вона не має специфічних симптомів і нерідко виявляється випадково при обстеженні хворого з приводу іншого захворювання. А. Steg (1975) вважає, що проста кіста нирки рідко викликає порушення пасажу по верхніх сечових шляхах, виявляється при обстеженні з приводу захворювання, що не має до неї ніякого відношення і протікає безсимптомно в 70% хворих. Одним із ускладнень кіст нирок є симптоматична артеріальна гіпертензія. Спостереження Н. А. Лопаткіна й Е. Б. Мазо (1982) дозволяють думати, що причинами артеріальної гіпертензії у хворих з простою кістою нирки є: 1) здавлення кістою магістральних ниркових судин; 2) здавлення кістою внутрішньониркових судин з наступною атрофією паренхіми; 3) здавлення кістою мисочки й верхньої третини сечоводу з порушенням уродинамики. Своєчасна ліквідація кісти або її спорожнювання дозволяє врятувати нирку завдяки високим пластичним властивостям її паренхіми (Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б., 1982).

Останнім часом для діагностики об’ємних процесів нирок став широко застосовуватися ультразвуковий метод дослідження або ультразвукове сканування. Ультразвукове дослідження (УЗД) виявилось високоінформативним, особливо при диференціальній діагностиці щільних і рідинних утворень нирок (Демідов В. Н. із соавт., 1989; King D.L., 1972; Goldberg V.V. et al., 1973; Bartels H., 1976; Dalton D. et al., 1986). При УЗД проста кіста нирки визначається у вигляді эхонегативного утворення округлої або овальної форми із чіткими, рівними, безперервними контурами й тонкими стінками (Демідов В. Н. із соавт., 1989; Пилипенко Н. В., 1993). Розміри діагностуємих кіст коливаються від 8 мм, що вважається мінімальним розміром кісти, що виявляється при ультрасонографії, до 5-6см. Точність УЗД при диференціальній діагностиці кіст та інших об’ємних утворень нирки досягає 100% (Chan S.L., 1980; Pollask H.M., 1982).

Діагностична можливість ультразвукового дослідження знижується при парапелівікальних кістах, де відсоток помилок досягає 11%, а також при нетипових кістах та кістах менше 2 см у діаметрі (Халаби Д.А., 1982; Трапезникова М.Ф. із соавт., 1984; Amis E.L. et al., 1986, 1988). G.Holmberg (1992) відзначає вирішальне значення кваліфікації й досвіду лікаря, що виконує ультразвукове дослідження. Впроваджена з 1972 року в клінічну практику комп'ютерна томографія (КТ) у деяких випадках не може дати 100% впевненості у вірогідності діагнозу, особливо при парапелівікальних кістах і пухлині в кісті, що знижує її діагностичну цінність до 94% (Аляев Ю.Г., Амосов А.В. 1982; Amis E.S. et al., 1988; Forster W.L., 1988; David L. Et al., 1988). Однак іншими авторами КТ вважається максимально інформативним методом дослідження з вірогідністю близькою до 100% (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982).



**Рис.1.** Велика кіста правої нирки, інтрапаренхіматозна кіста лівої нирки

Лікувальна тактика та підходи урологів щодо визначення показань до необхідності лікування кістозних захворювань нирок та вибору методу їх лікування суперечливі [1]. Хоча перша публікація А.Steg про лікування кіст черезшкірною пункцією з'явилась декілька десятиріч тому, цей метод повністю використовується, що обумовлено відсутністю надійного контролю за виконанням маніпуляції. Лише з впровадженням у клінічну практику сучасних ультразвукових сканерів – черезшкірна пункційна хірургія отримала широке застосування. Недостатня радикальність, часті рецидиви, що виникають після виконання тільки черезшкірної пункції кіст нирок (відсоток рецидиву становить, за деякими даними, від 8,6% до 15%), примусили шукати нові способи підвищення її ефективності [5,6]. При медіальному й парапелівікальному розташуванні кіст черезшкірна пункція недоцільна взагалі, через високий ризик ушкодження паренхіми нирки і її судин. У таких

випадках збільшується роль ендовідеохірургічних втручань із лапароскопічною резекцією стінки кісти [2].

Показанням до оперативного лікування кіст нирок є будь-яка симптоматична кіста, тобто кіста нирки, ускладнена:

- больовим синдромом;
- симптоматичною артеріальною гіпертензією;
- порушенням уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів;
- наявність кістозного утворення нирки, що приводить до зниження якості життя пацієнта.

Проста кіста нирки вимагає:

- динамічного спостереження;
- лікувально-діагностичної пункції з проведенням склеротерапії;
- ендовідеохірургічної операції.

Як правило, підкапсульні кісти до 5-6 см, розташовані вдалині від ниркового синуса, сечоводу й магістральних ниркових судин не визивають обструкцію сечовивідних шляхів, симптоматичну артеріальну гіпертензію і потребують динамічного спостереження.

Говорити про те, який метод краще, а який гірше для лікування кісти нирки неможливо. Існують рекомендації, використовуючи які лікар може досягти максимального лікувального ефекту. Але рішення про вибір методу завжди повинен бути індивідуальним, з огляду на клінічну картину захворювання й інтереси самого пацієнта.

Коли кіста викликає обструкцію верхніх сечовивідних шляхів або артеріальну гіпертензію, пацієнтові показане оперативне лікування:

- перкутанна лікувально-діагностична пункція кісти і введення склерозуючого засобу (глюкоза, фенол, фосфат вісмуту й етанол, але жоден з препаратів не має значних переваг перед іншими);
- резекція стінок кісти.

В 1861 році Thompson вперше виконав перкутанну пункцію кісти нирки з аспірацією її вмісту як лікування.

По даним проведених досліджень рецидив ниркової кісти після лікувально-діагностичної пункції спостерігається від 30 до 60% випадків. Надалі таким пацієнтам показане оперативне лікування.

При правильному підборі пацієнтів (субкапсулярне розташування кісти, розміри кісти до 4-5 см.) і технічному виконанні процедури у сполученні зі склеротерапією ефективність методу може досягати 90%. У пацієнтів, яким виконана операція - резекція кісти, рецидивів не спостерігається.

Рецидив кісти після перкутанної пункції пов'язаний з особливостями будови й розташуванням кісти:

- кальциноз стінки кісти;

- нерівномірна товщина стінки кісти;
- багатоканальна кіста;
- кіста з ознаками запального процесу й склерозом стінки.

Такі особливості кісти нирки по досвіду практикуючих урологів вимагають індивідуального хірургічного підходу.

Переваги пункції:

- нескладність технічного виконання;
- мінімальна інвазивність і мінімальне навантаження анестетиками;
- мінімум устаткування й інструментів;
- найкоротші строки післяопераційного й реабілітаційного періоду

Недоліки:

- малий ступінь керованості інтра- і післяопераційного процесу;
- недостатній рівень прогнозування результату захворювання (високий відсоток рецидивів кісти);
- обмеження доступу до патологічного вогнища.

Ендовідеохірургічна операція на сьогоднішній день є оптимальним, єдино радикальним, малотравматичним методом лікування кіст нирок. Виділяють лапароскопічну та люмбоскопічну техніки доступів до патологічного вогнища.

Переваги методу:

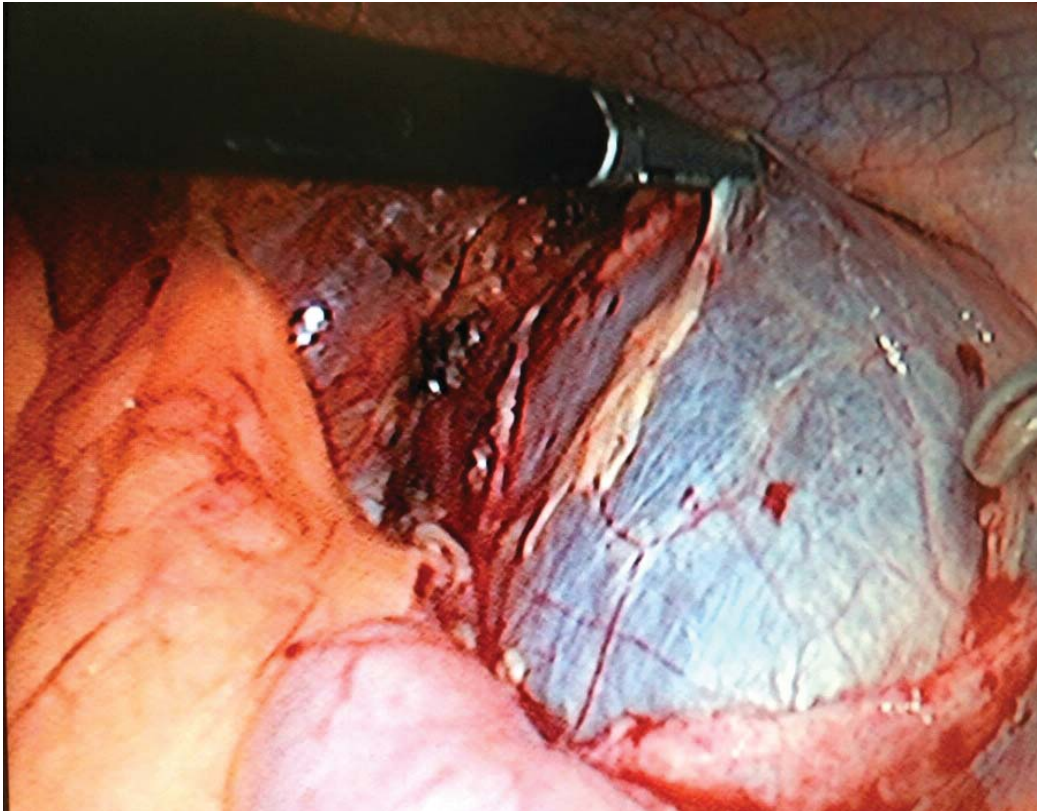
- радикальність;
- універсальність;
- більші діагностичні можливості;
- різноманітність маневру під час оперативного втручання;

Недоліки:

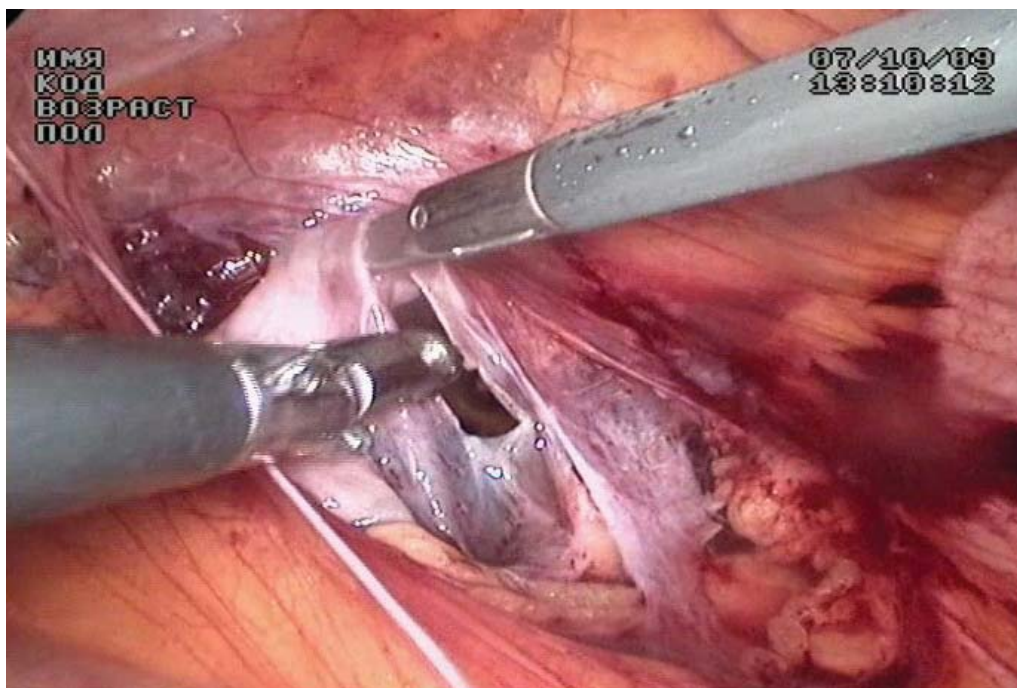
- більший ступінь інвазії, навантаження анестетиками, чим при пункції кісти;
- високі вимоги до техніки оперативного втручання;
- висока собівартість оперативного втручання.

Лапароскопічний доступ в лікуванні кіст є сучасним, малотравматичним способом радикального видалення кісти під прямим візуальним контролем. При підготовці пацієнта до лапароскопічної операції, кожен хворий був попереджений про можливе розширення обсягу оперативного лікування при виявленні пухлини.

Операція проводиться під загальним наркозом, положення пацієнта на операційному столі-на спині. В ході операції проводилась мобілізація нирки та виділення кісти (рис.2), розкриття кісти з послідуною резекцією стінки кісти (рис.3).



**Рис. 2.** Мобілізація кісти нирки



**Рис. 3.** Резекція кісти нирки

Пацієнти з інтрапаренхіматозними кістами вимагали більш обережного підходу при оперативному втручанні.

Якщо кіста нирки розташовувалася на периферії нирки й не втягувала в патологічний процес сечовивідні шляхи, то дренування порожнинної системи нирки не проводилось.

Післяопераційний період складав:

- резекція кісти люмботомним доступом-6-7діб
- перкутанна пункція кісти з склеротерапією-2доби
- лапароскопічне видалення кісти- 3-4доби

### **Висновки**

1. Пункція кісти зі склеротерапією як метод вибору при простих однокамерних кістах нирки діаметром від 5 см, із чіткими рівними контурами й однорідною внутрішньою структурою, якщо пункційний канал проходить екстраренально та екстраперітонеально.

2. Стовщена, з нерівними контурами стінка кісти, неоднорідний вміст, тканьові включення, багатокамерність - відносні, а в сполученні - абсолютні протипоказання до лікувальної пункції кісти зі склеротерапією.

3. Ендовідеохірургічна операція (лапароскопічна або люмбоскопічна) застосовна при будь-якому кістозному утворенні нирки, заочередного простору, якщо показано оперативне лікування, є єдиним радикальним методом лікування кіст нирки з мінімальними післяопераційними ускладненнями.

### **Література**

1. Аль-Шукри С.Х. К вопросу о выборе метода лечения кист почек/ С.Х.Аль-Шукри,В.Н.Ткачук, В.Г.Иванов-Тюрин//Нефрология.-2008.-Том12, №1.-С.75-78.

2. Радомский Ю. А. “Кісти нирок - сучасні підходи в лікуванні”, 2004.

3. Gomella LC, Kozminski M, Winfield UN: Laparoacopic Urologic Surgery, New York, Raven Press, 1994.

4. Whelan T.F. Guidelines on the management of renal cyst disease/Thomas F.Whehan//Can Urol Assoc J.-2010.-Vol.4(2).-P.98-99.

5. Agarwal M.M. Surgical management of renal cystic disease/M.M.Aragwal, A.K.Hemal//Curr UrolRep.-2011.-Vol.12(1).-P 3-10.

6. Evidence of extraordinary growth in the progressive enlargement of renal cystis/J.J.Grantham,L.T.Cooc,L.H.Wetzel et al.//Clin J AmSoc Nephrol.-2010.-Vol.5(5).-P.889-896.

**Резюме.** В статье определены понятия кист почек, их распространение, классификация и методы диагностики. Указаны виды оперативного лечения, преимущества и недостатки того или иного метода лечения. Предоставлен наш личный опыт эндоскопического лечения кист почек.

**Ключевые слова:** киста, чрескожная пункция, лапароскопия, резекция кисты.

**Summary.** *The article defines the concepts of kidney cysts, their distribution, classification and diagnostic methods. The types of surgical treatment, advantages and disadvantages of this or that method of treatment are indicated. Our personal experience of endoscopic treatment of kidney cysts is provided.*

**Key words:** *cyst, percutaneous puncture, laparoscopy, resection of cysts.*

УДК 616-001.45=161.1

## **ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ**

**И.Н. Гончаренко, И.Н. Самарский, К.Р. Мурадян, Ф. Дхауади,  
С.В. Тергишний**

*Военно-медицинский клинический центр Южного Региона*

**Резюме.** *На базе ВМКЦ ЮР за период с октября 2014 г. у 60 раненых была применена методика комплексного лечения огнестрельных ран с использованием ОТП. Дважды в неделю осуществлялась перевязка с ОТП, полученной из крови пациента. Применение ОТП привело уменьшению болевого синдрома, появление участков активной грануляции, увеличению скорости краевой эпителизации. Раны зажили у 100% пациентов в среднем за 45 дней. У 5% пациентов применение ОТП не оказало заметного влияния на течение раневого процесса. Осложнений от применения ОТП не наблюдалось.*

**Ключевые слова:** *факторы роста, огнестрельные раны, обогащенная тромбоцитами плазма.*

**Вступление.** В современных боевых конфликтах значительную часть санитарных потерях составляют минно-взрывные травмы. Возросла доля неогнестрельных травм. 50% представлено легкими ранениями, 30% среднетяжелыми, 18% тяжелыми и 2% крайне тяжелыми. Преобладают ранения конечностей. Осколочные ранения соотносятся с пулевыми как 4:1. Сочетанные, комбинированные ранения встречаются в 25% случаях. Ускорение заживления ран позволяет сократить сроки утраты бое- и трудоспособности. [1].