

путей наблюдалась у 62% мужчин. При этом одному пациенту была наложена троакарная цистостома, двум пациентам была выполнена парциальная ТУР простаты. Средний уровень PSA на момент биопсии простаты составлял 38 нг/мл (8–134 нг/мл). Неоадьювантная гормональная терапия проводилась от 1 до 5 месяцев у 75% пациентов. На момент операции средний уровень PSA составлял 9,9 нг/мл (0,81–36 нг/мл), а средний объем простаты составлял 50 см<sup>3</sup> (17–106 см<sup>3</sup>). После операции экстракапсулярный рост рака предстательной железы был подтвержден патогистологически. Инвазия семенных пузырьков была определена у 43% пациентов. Стадия T4 наблюдалась у 17% пациентов. Всем пациентам выполнялась расширенная тазовая лимфаденэктомия. Наличие метастазов в региональных лимфатических узлах подтверждено у 33% пациентов гистологически. Соотношение РПЖ среднего и высокого риска составляло 67/33. Уровень Глисона составлял: ≤6 у 6 (20%), 7 (3+4) – у 7 (24%), 7 (4+3) – у 13 (43%), ≥8 – у 4 (13%) пациентов.

**Результаты.** Пери- и послеоперационной смертности не наблюдалось. Положительный хирургический край был выявлен у 9 (30%) пациентов в группе циторедуктивной простатэктомии, и у 5 (7,8%) пациентов в группе РПЭ по поводу локализованного РПЖ. Средняя продолжительность циторедуктивной операции была в среднем 180 мин. (±30 мин.), что превышает

среднее время РПЭ при локализованном РПЖ – 120 мин. (±30 мин.). Средняя кровопотеря за время циторедуктивной операции была также значительно большей по сравнению с РПЭ при локализованном РПЖ – 1500 мл (±200 мл) и 800 мл (±200 мл) соответственно.

В нашем исследовании отмечалось значительно большее количество таких осложнений, как: лимфоцеле, несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза – в группе больных с местно-распространенным РПЖ. Вместе с тем большинство осложнений (80%) были толерантно перенесены пациентами и не требовали активных интервенций. Показатели удержания мочи через 12 месяцев после циторедуктивной простатэктомии были удовлетворительными, незначительно уступая таковым после РПЭ локализованного РПЖ, и составили соответственно 87% против 97% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Циторедуктивная простатэктомия при местно-распространенном РПЖ коррелирует с более высокой интраоперационной кровопотерей, частотой формирования лимфоцеле, случаями несостоятельности анастомоза по сравнению с РПЭ при локализованном РПЖ. Выполнение РПЭ при стадии рака T3–4 требует достаточного хирургического опыта, чтобы сохранить приемлемой травматичность вмешательства. Большой опыт проведения РПЭ позволяет снизить операционную травму и улучшить функциональные результаты при местно-распространенном РПЖ.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА СЕЧОВОГО ДІАТЕЗУ

С.І. Баранник <sup>1</sup>, А.С. Бараннік <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

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

**Вступ.** Лікування сечового діатезу є певною проблемою, бо патогенетичні аспекти цієї патології мають складний комплекс змін у нирках, які в основному належать до різноманітних видів ензимопатій. Весь оточуючий нас матеріальний світ складається із упорядкованих і хаотично розташованих молекул різних елементів. Перші представлені кристалічними речовинами, яких у природі більшість, другі – аморфними. Мінералізація в живій природі досить широко розповсюджена. Вона несе чи фізіологічне функціональне навантаження, чи може бути ознакою патологічного процесу в організмі. Вихід із се-

чею солевих кристалів – звичайна річ. Нирки, які виконують функцію очищення організму, виводять і надлишкові солі, що потрапляють в організм із їжею. Характер їх безпосередньо залежить від тих продуктів, які ми вживаємо. Людина і навколишнє середовище – єдина екосистема. Ї найменші зміни в процесі обміну між ними відразу, чи з часом обов'язково призведуть до порушення збалансованості. Утворення мінерально-органічних структур внаслідок порушення гомеостазу між колоїдами і кристалоутворюючими субстанціями не сприяє функціональній стійкості організму і призводить до

патологічних проявів, одним із яких є сечокам'яна хвороба. Проте, значне виведення одноманітних солей іноді виставляється лікарями за діагноз: сечовий діатез, правомочність останнього на сьогодні не доведена через неспроможність відповідати певним нозологічним одиницям. Насамперед, діатез перекладається як «схильність» до будь-якого патологічного стану, що може перейти до захворювання. Сечовий діатез відбиває стан нирок, суглобів та інших внутрішніх органів.

Сечовий діатез часто розглядають як синонім нервово-артритичного діатезу, який є одним із варіантів аномалії конституції. При цьому «конституція» характеризує сукупність морфологічних і функціональних властивостей організму дитини, які визначають індивідуальні особливості його реактивності. Діатез, чи інакше аномалія конституції, характеризує особливості того чи іншого виду обміну, які за певних умов мають реалізуватися в патологію.

На сьогодні вважають, що сольовий діатез — це стан організму, обумовлений спадковою схильністю, для якої характерне підвищене утворення солей і як наслідок, накопичення у ниркових мисках конкрементів (каменів) різноманітних за розміром та походженням: оксалати кальцію, урати, карбонати, фосфати, а також їх поєднання. Це також стан, при якому у мисках нирок під час ультразвукового дослідження визначають так звані ехопозитивні включення. Присутність так званого сечового піску може супроводжуватися запаленням сечового тракту, виходом підвищеної кількості солей із сечею, присутністю дизурії. Сольовий діатез може бути діагностований навіть у немовлят, як спадкове захворювання. Але на практиці такі випадки трапляються досить рідко, в більшості сольовий діатез заявляє про себе у достатньо зрілому віці. При цьому слід зауважити, що у більшості людей ознаки сольового діатезу за допомогою УЗД можна визначити, починаючи із 20 років.

Нині є можливість за допомогою УЗД визначати ознаки сольового діатезу до його виражених клінічних проявів. Проте, не слід забувати, що сольовий діатез стосується не лише патології нирок. Причини утворення визначених за допомогою УЗД включень у мисках нирок різноманітні. Сольовий діатез — це наслідок низки порушень в організмі. Тому ці пацієнти повинні бути ретельно обстежені аби з'ясувати причини надмірного виходу солей із сечею.

Слід зауважити, що ехопозитивні включення, які визначають під час УЗД в паренхімі нирок, не завжди є вогнищевим накопиченням

солей у нирковій мисці. Це може значно ускладнювати діагностичний процес, особливо у осіб зрілого і похилого віку. Ехопозитивні тіні у них виникають не тільки, як наслідок будь-яких патологічних змін обміну речовин, але і як морфологічні зміни в паренхімі, виникають внаслідок вікових або патологічних змін судин паренхіми (атеросклероз) або у самій паренхімі під дією пошкоджуючих чинників (нефросклероз, накопичення солей у сполучній тканині тощо).

Для диференційної діагностики накопичень солей у нирковій мисці та іншими ехопозитивними включеннями у паренхімі ми використовуємо наступний спосіб. При первинному визначенні під час УЗД ехопозитивних тіней без будь-яких клінічних ознак сольового діатезу призначаємо літолітичну терапію з використанням фітопрепаратів або офіційних фітозборів (фіточаїв) з літолітичною дією та збільшуємо вживання води (якщо для цього у пацієнта немає протипоказань) протягом 3 місяців. Після цього проводимо контрольне УЗД із співставленням отриманих даних із попередніми. За умов сольового діатезу кількість і розміри ехопозитивних включень повинні стати відмінними від попередніх значень. Спосіб застосований у 48 пацієнтів. Наявність сольового діатезу була підтверджена у 15 осіб.

Через те, що діатез не є захворюванням, а лише визначає певні особливості метаболічних процесів, то і лікувальні заходи, насамперед, стосуються комплексу заходів щодо профілактики та попередження розвитку можливої патології.

Лікування сольового діатезу, насамперед, залежить від розміру накопичень і характеристики солей, які виходять із організму. Консервативний або медикаментозний метод лікування полягає у прийомі сечогінних засобів, аби припинити накопичення піску у нирках. Друга група ліків стимулює розщеплення піску. Лікування також доповнюється протизапальними препаратами через те, що пісок, який виходить сечовими шляхами, може спричинити їх травмування і призвести до запалення.

Якщо причиною діатезу є генетична ту-булопатія, або набутий дефект роботи ниркових каналців, то ці порушення корекції не підлягають. Тому при сольовому діатезі дієта і водний режим мають первинне значення. Кожний пацієнт, у якого визначені зміни в аналізі сечі та ехопозитивні включення в ниркових мисках, повинен потурбуватися про те, щоб щоденно вживати як мінімум 2–2,5 літри рідини (якщо для цього немає протипоказань з боку серцево-судинної системи). В умовах спекотного кліма-

ту ця кількість повинна бути збільшена, виходячи із актуальних потреб організму.

Подальші рекомендації залежать від типу солей, які визначені у сечі, і примусили клініциста встановити діагноз сольовий діатез. Дієта при присутності значної кількості оксалатів потребує елімінації із раціону продуктів, багатих на щавлеву кислоту (ревінь, інжир, шавель, томати, шпінат), а збільшення рівня уратів передбачає зменшення вживання м'яса, субпродуктів, а також бобів, шоколаду, кави і какао.

Слід враховувати, що деяка кількість органічних солей через гепатобіліарну систему виділяється у просвіт кишківника, після чого знову всмоктується в кров. Аби розірвати це коло, при лікуванні сольового діатезу призначають ентеросорбенти, які абсорбують токсичні компоненти і виводять їх із організму.

Незважаючи на бурхливий розвиток хімії, винахід нових лікувальних препаратів, лікувальні трави посідають важливе місце в лікуванні захворювань нирок, сечокам'яної хвороби та сечових діатезів в особистості. Лікувальні якості рослин обумовлені присутністю в них різноманітних за складом і структурою хімічних речовин (алкалоїдів, глікозидів, вітамінів, ферментів, дубильних речовин, ефірних олій, мікроелементів тощо), які позитивно впливають на організм.

В якості фітотерапії ми використовуємо збір лікувальних рослин, до складу якого входили: трава душиці – 10 г, звіробою – 10 г, споришу – 30 г, м'яти – 10 г, чабрецю – 10 г, пустирнику – 10 г, листя ожини – 20 г, суниці – 20 г, смородини – 20 г, мати-й-мачухи – 10 г, малини – 20 г, квіти ромашки – 10 г, плоди шипшини – 40 г, плоди глоду – 10 г. Лікувальний збір було використано при лікуванні 98 хворих на сечовий діатез. Збір використовували у вигляді звареного і настояного протягом 10–15 хвилин чаю. Пацієнти приймали його вранці після сніданку та вдень після обіду по 200 мл.

Динамічне спостереження за пацієнтами показало збільшення добового діурезу на  $14 \pm 2,3\%$  ( $P < 0,02$ ), зменшення больового фактора, інтенсивності макрогематурії, відзначали збільшення виходу сечового піску за кожним сечопуском. Під час комплексного вивчення біохімічних показників крові було відзначено відносно зменшення вмісту азотистих шлаків (сечовини, азота сечовини, креатиніну) на  $8 \pm 1,8\%$  ( $P < 0,05$ ), відзначено зменшення на  $6 \pm 1,4\%$  ( $P < 0,02$ ) таких показників як загальний білірубін, холестерин, білки крові, що пов'язано із механічним розведенням за рахунок вживання більшої кількості рідини. У той же час не відзначено зниження концентрації основних електролітів крові, що важливо відносно збереження електролітного балансу. Поліпшилися також показники проби Реберга-Треева, що свідчило про поліпшення секреторної функції нирок. Для лікування різних форм сечового діатезу використовували також готові офіційні форми лікувальних препаратів на основі лікувальних трав вітчизняного та імпортного виробництва.

**Висновки.** Першим напрямком лікування сольового діатезу є корекція раціону харчування, використання індивідуальної дієти відповідно до складу солей, що виходять із сечею. Це і самий простий, але одночасно і самий складний шлях у раціональному лікуванні сольового діатезу: цілеспрямовані дії повинні бути постійними і регулярними. Другий напрямок лікування сольового діатезу раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів для покращення спроможності нирок очищати кров, проводити очищення організму, виводити із сечею різноманітні солі. До схеми лікування сольового діатезу також необхідно залучати фітотерапію (призначати фітопрепарати, які мають м'яку сечогінну дію) та диуретики, проте, і збори лікарських трав, і лікарські заходи з диуретичним ефектом повинен призначати лікар.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОРУШЕНЬ КРОВОТОКУ НИРОК З ОДНОБІЧНИМ ЇХ УРАЖЕННЯМ

*В.П. Стусь, К.С. Бараннік*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

**Вступ.** Аналіз літературних джерел, проведені попередні власні дослідження переконливо довели, що однобічне ураження парного органа нирок будь-яким патологічним процесом впли-

ває на стан кровообігу в паренхімі нирок. Останній не тільки призводить до порушення функціонального стану ураженої нирки, але й обумовлює розвиток патологічних морфологічних