

після РП. Надмірна дисекція апексу простати, пошкодження нейромускулярних жмутиків та післяопераційний фіброз також мають значний негативний вплив на утримання сечі у хворих, яким виконана РП. Збереження шийки сечово-

го міхура та передня фіксація везикоуретрального анастомозу сприяють покращенню частоти континенції. Наразі ще існують дискусії щодо доцільності задньої пельвікальної реконструкції в плані зменшення випадків ППІ.

КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ В ОНКОУРОЛОГІЇ ВНАСЛІДОК НЕЗВИЧНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗНАХІДОК: ВИПАДОК ЕКТОПІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗДУХВИННУ КИШКУ У ХВОРОГО З МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИМ РАКОМ ЛІВОЇ НИРКИ

*П.Г. Яковлев¹, Ю.І. Дідківський², С.В. Пакришень²,
В.М. Сагайдак¹, О.А. Черніченко³, І.М. Лещишин¹*

¹ НМУ ім. О. Богомольця, м. Київ

² Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

³ ЦМКЛ, м. Ужгород

Вступ. План онкоурологічної операції може змінитися в зв'язку із інтраопераційними патологічними знахідками, що не були відомі за даними передопераційного обстеження.

Мета дослідження: представити випадок інцидентально виявленої гетеротопії підшлункової залози в здухвинну кишку у хворого, оперованого з приводу раку нирки.

Матеріали та методи дослідження. Хворий П., 49 років, звернувся по медичну допомогу в зв'язку із тривалою загальною слабкістю та періодичною безбольовою гематурією протягом 7 років. При КТ обстеженні виявлена пухлина лівої нирки максимальним розміром 12 см, що субтотально заміщує паренхіму нирки. В сечовому міхурі виявлений дефект наповнення максимальним розміром 6 см, що слабо накопичує контрастну речовину. Віддалених метастазів немає. Передопераційне УЗД пухлини сечового міхура не виявило. З метою виключення мультифокального уротеліального ураження сечовивідних шляхів була проведена уретроцистоскопія з лівобічною уретеропієлоскопією, під час яких даних за гемотампонаду сечового міхура та пухлинне ураження сечовивідних шляхів не отримано.

27.02.2019 року хворому виконана лапаротомія, нефрадреналектомія зліва. При ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлиноподібне утворення термінального відділу здухвинної кишки максимальним розміром 2 см, що проростає всю товщу стінки. Утворення щільне, білуватого кольору, має дольчасту будову, без неоваскуляризації по поверхні. Даних за

дивертикул Меккеля виявлено не було. Запідозрена фіброма. З метою запобігання потенційних ускладнень з боку виявленого новоутворення в майбутньому, виконана клиноподібна резекція здухвинної кишки з двошаровим закриттям дефекту. Хворий виписаний в задовільному стані на 7-й післяопераційний день.

Патогістологічний висновок: 1) світлоклітинний нирковоклітинний рак, Фурман 2, з інвазією структур воріт нирки та наднирника; 2) гетеротопія підшлункової залози в здухвинну кишку, екзокринний варіант. У фрагменті кишки представлена слизова оболонка з ознаками атрофії залоз, у підслизовому шарі визначається типова ацинарна тканина екзокринного компонента підшлункової залози дольчастої будови з наявністю множинних нерівномірно розширених вивідних протоків.

Результати та їх обговорення. Ектопія (гетеротопія) підшлункової залози є рідкісним безсимптомним вродженим новоутворенням з обмеженою кількістю публікацій в літературі, яке може проявлятися симптомами гострого живота, кишкової кровотечі, непрохідності або хронічного запалення. Найчастішою локалізацією ектопованої залози є підслизовий шар у стінці шлунка. Проте може бути й в дванадцятипалій, тонкій та, найрідше, у здухвинній кишках. У випадках безсимптомного протікання, ектоповані підшлункові залози виявляються під час операцій на органах черевної порожнини.

Висновок. Представлений випадок виявлення безсимптомної ектопії підшлункової залози

в здухвинну кишку у хворого на рак нирки під час черезочеревинної нефрадреналектомії. Враховуючи потенційну загрозу з боку ектопованої залози у вигляді симптомів гострого живота,

тактика лікування полягає в комбінованому хірургічному видаленні інцидентально виявленої ектопованої залозистої тканини разом із виконанням основної операції.

ЕХІНОКОКОЗ В УРОЛОГІЇ. ПАРАЗИТАРНА КІСТА МАЛОГО ТАЗА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

О.І. Ткаченко, О.М. Чайка, С.Г. Четверіков, В.В. Лисаченко

*Центр реконструктивної та відновної медицини
Одеського національного медичного університету*

Вступ. Ехінококоз – важке хронічне паразитарне захворювання. Рання діагностика і лікування пацієнтів з ехінококовим ураженням є актуальною проблемою донині. Південь України є ендемічним регіоном на ехінококоз, особливо висока поширеність у сільських районах Бессарабії і Буджака (Ізмаїльський, Болградський, Тарутинський, Саратський, Татарбунарський, Ренійський райони).

Мета дослідження: освітити клінічний випадок діагностики і лікування пацієнта з урологічними ускладненнями з паразитарної ехінококової кісти малого таза.

Матеріали і методи дослідження. Хворий А., 1981 р.н., звернувся до університетської клініки ОНМедУ зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання протягом 12–14 годин, тягучі болі в поперековій ділянці та над лоном, збільшення в розмірах нижніх відділів живота. Скарги зазначав протягом 6 міс. Пацієнт проживав в одному з південних районів Одеської області. З анамнезу: у 2008 році хворому була виконана операція з приводу дисемінованого ехінококозу черевної порожнини. Надалі амбулаторно не спостерігався.

При первинному огляді: живіт збільшений в об'ємі. Сечовий міхур перкуторно над лоном +13 см. Симптом «постукування» слабкопозитивний з обох сторін. За даними ультразвукового дослідження (УЗД): ознаки двостороннього уретерогідронефрозу, затримки сечі. Об'єм сечового міхура – 1800 мл. Передміхурова залоза без особливостей. З огляду на дані обстеження пацієнту встановлено уретральний катетер – сечі не отримано. Було вирішено виконати комп'ютерну томографію (КТ) органів заочеревинного простору, черевної порожнини,

малого таза, органів грудної клітки. Висновок: КТ-ознаки паразитарної кісти малого таза великих розмірів. Двобічний уретерогідронефроз. Паразитарні кісти очеревини, печінки, заочеревинного простору. Беручи до уваги ці дані, стало зрозуміло, що причиною порушення уродинаміки є гігантська ехінококова кіста малого таза.

Результати та їх обговорення. Пацієнту було виконано втручання в обсязі: «Лапаротомія. Резекція паразитарної кісти порожнини малого таза. Ехінококектомія печінки, черевної порожнини, заочеревинного простору». У ході втручання була візуалізована кіста порожнини малого таза, що заповнювала майже весь його обсяг, відтісняючи навколишні органи. Сечовий міхур деформований, його об'єм склав 1700 мл. Проведена пункція кісти, знезараження її порожнини розчином «Бетадину», видалення хітинових оболонок аспіратором та періцистектомія 40% об'єму стінок кісти. Після мобілізації органів малого таза інтраопераційно по уретральному катетеру з'явилася сеча. Далі за аналогічною технікою були видалені паразитарні кісти у печінці та у заочеревинному просторі. Також було виконано холецистектомію. Післяопераційний період протікав без ускладнень. За даними контрольного УЗД сечових шляхів відзначалося повне відновлення уродинаміки.

Висновки. Продемонстрований клінічний випадок підкреслює необхідність диспансеризації, раннього виявлення та специфічного гельмінтозного лікування пацієнтів, які проживають в ендемічних регіонах. Це дозволяє профілакувати виникнення запущених випадків ехінококозу, що призводить до повторних операцій і нерідко до інвалідизації пацієнтів.