

АНАЛІЗ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ВІДКРИТОГО ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

*В.І. Зайцев, О.С. Федорук, І.І. Ілюк, К.А. Владиченко,
В.В. Візнюк, В.Т. Степан, М.С. Степанченко, В.С. Широкий*

Вступ. Варикоцеле — розширення вен сім'яного канатика та яєчка діагностується в 11,7% дорослих чоловіків та в 25,4% чоловіків з відхиленням спермограми. У 10,9% хворих на варикоцеле виявлено азооспермію. Це доводить беззаперечну актуальність вивчення даного захворювання в світлі програми чоловічого здоров'я та репродукції.

Матеріали та методи. З метою порівняння періопераційних показників вказаних методів оперативного лікування проведено дослідження 45 пацієнтів із діагнозом варикоцеле, які перебували на лікуванні в урологічному відділенні ОКЛ м. Чернівці станом на 2017–2019 роки. Вік хворих становив від 17 до 39 років ($25,11 \pm 4,62$). Варикоцеле зліва II ст. виявили у 40 (88,9%), III ст. — у 3 (6,7%), двобічне варикоцеле у 2 (4,4%). Усі хворі до операції були обстежені та розподілені на групи: група 1 (27 хворих) — виконана лапароскопічна варикоцелектомія, група 2 (18 хворих) — виконана операція Іванісеви́ча. При обстеженні використовувались загальноклінічні методи обстеження та візуально-аналогова шкала болю (VAS).

Результати дослідження. Основними скаргами пацієнтів при зверненні були: біль (42,2%), безпліддя (44,5%), інші (13,3%). У хворих групи

під час оперативного втручання вдалося виділити від 1 до 5 вен ($2,61 \pm 0,97$), у хворих групи 2 виділено від 1 до 2 вен ($1,3 \pm 0,42$). Тривалість оперативного втручання групи 1 становила від 20 до 90 хв, ($45 \pm 16,11$), тривалість оперативного втручання групи 2 від 20 до 60 хв. ($34,44 \pm 6,75$). Кількість ліжко-днів групи 1 становила від 1 до 4 л.д ($2,44 \pm 1,01$), а групи 2 від 1 до 9 л.д ($4,48 \pm 1,87$). У ранньому п/о періоді показник шкали болю (VAS) склав для групи 1 від 1 до 4 балів ($2,61 \pm 1,03$), для групи 2 від 2 до 4 балів ($3,41 \pm 0,53$). Необхідність знеболення та а/б-терапії першої групи становила 11,1% та 0%, а другої групи становила 81,5% та 63% відповідно. У двох пацієнтів була виконана одночасна двобічна лапароскопічна варикоцелектомія.

Висновки. Таким чином, лапароскопічний метод оперативного лікування варикозно розширених вен сім'яного канатика має низку переваг: менша кількість ліжко-днів на 45,53%. Хворі не потребують а/б-терапії, та значно рідше потребують знеболення, а показник болю за VAS також менший. Крім того, при лапароскопічній операції виділено та перев'язано вірогідно більшу кількість вен, що зменшує ризик розвитку рецидиву захворювання. Та є можливість проведення одночасної двобічної лапароскопічної варикоцелектомії.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕУХЛ У ДІТЕЙ З СКХ

*С.О. Возіанов, О.О. Шевчук, В.О. Мазурець,
О.С. Возіанов, А.О. Юрах*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. ЕУХЛ є безпечним та ефективним методом лікування сечокам'яної хвороби у дорослих, і він може бути використаний для дітей, на думку деяких авторів.

На жаль, виробники літотрипторів не вказують параметри ЕУХЛ для дітей, тільки для дорослих пацієнтів. Метою даного дослідження було визначення оптимальної кількості та інтен-

сивності ударів при ЕУХЛ каменів нирок та сечоводів у дітей.

Матеріал та методи. Нами було обстежено конкременти нирок та сечоводів у 75 дітей, що склали основну групу. До таких випадків належать: 27 каменів, ліквідованих під час відкритого хірургічного втручання (пієлолітомія, уретеролітомія), 25 фрагментованих ка-

менів після ЕУХЛ і 23 випадки СКТ у дітей з СКХ. Ефективність і безпеку запропонованих параметрів оцінювали при лікуванні 347 дітей, яким виконано ЕУХЛ в ДУ «Інститут урології НАМН України» з 2008 до 2019 р. Контрольну групу склали 75 дорослих пацієнтів віком від 20 до 60 років із каменями нирок та сечоводів розміром від 0,6 см до 1,8 см ($1,2 \pm 0,21$ см). Усім пацієнтам ЕУХЛ виконувалось на літотрипторі Siemens Modularis.

Результати. КТ-денситометрія показує, що у дітей значно менша щільність каменів ($205-663$; 434 ± 154 HU) порівняно з дорослими пацієнтами ($186-1567$; 867 ± 348 HU). Щільність каменів у IV групі була ближча до щільності дорослих каменів ($525-663$; 637 ± 37 HU), ніж інші групи. 27 каменів, видалених у дітей шляхом відкритої хірургії, піддавали ЕУХЛ у штучних контейнерах, занурених у нативну сечу, намагаючись імітувати природні умови. Усі камені добре фрагментувались при меншій енергії. Ці дані свідчать, що застосування зниженої енергії та меншої кількості імпульсів є ефективними

при лікуванні дітей з СКХ. 347 дітям з каменями нирок та сечоводів виконано ЕУХЛ з застосуванням цих параметрів. Розмір каменів у сечовивідних шляхах складав: у нирці від 0,7 до 2,5 см (у середньому $1,45 \pm 0,37$ см), у сечоводі від 0,6 до 1,7 см (у середньому $1,15 \pm 0,18$ см). Фрагментація каменів була виявлена у всіх 347 випадках (100%). Повна фрагментація була проведена у 328 (94,5%) пацієнтів, часткова фрагментація яких спостерігалася у 19 (5,5%) випадках. Не виявлено жодного випадку гематоми. 75 дорослих пацієнтів (20–60 років) пройшли ESWL з параметрами, рекомендованими виробником. Повна фрагментація була виявлена у 57 (76%) пацієнтів, часткова фрагментація спостерігалася у 15 (20%) і ніякої фрагментації не було у 3 (4,0%) пацієнтів.

Висновок. ЕУХЛ є ефективним методом лікування дітей з каменями нирок та сечоводів. Конкременти у дітей мають більш низьку щільність, ніж у дорослих пацієнтів, що дає можливість застосовувати меншу енергію та кількість ударів.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ НИРОК ДО ТА ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ НИРОК

*В.В. Білоголовська, В.М. Григоренко, А.М. Романенко,
Л.В. Перета, О.О. Банос*

Вступ. Використання нових алгоритмів ультразвукових досліджень (УЗД) з доплерографією та одночасним співставленням цих даних при проведенні морфогістологічного аналізу сприяє покращенню діагностики новоутворень та розумінню ступеня агресивності даного процесу та виявлення пухлин нирки на ранніх стадіях їх розвитку.

Мета дослідження: визначити відповідність ультрасонографічних та морфологічних змін новоутворень нирки залежно від їх розмірів, з оцінкою функціонального стану паренхіми до та після органозберігаючого оперативного лікування.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 115 хворих із новоутвореннями нирки, яким виконано органозберігаючі оперативні втручання – резекція органа з пухлиною. Середній вік хворих складав $56,04 \pm 1,74$ року (24–79). Середній розмір пухлин у 11 (8,7%) випадках був від 2,1

до 3,0 см, у – 79 (90,8%) від 3,1 до 4,0 см, у – 19 (21,9%) – від 5,0 до 7,0 см, у – 6(5,2%) – від 7,2 до 8,8 см. УЗД нирок здійснювалось на системі експертного рівня XARIO (TOSHIBA).

Результати. Середній період спостереження хворих становив $5,0 \pm 1,6$ року.

Зі зростанням розмірів новоутворення, незалежно від його природи, патологічна судинна система набуває ознак агресивності, за рахунок розвитку нових судин, збільшення їх діаметра та кількості. Живлячі судини в новоутвореннях розмірами від 2,0 см були одинарними та мали діаметр $0,14 \pm 0,2 - 0,2 \pm 0,2$ см ($V_{\max} 27,3-31,1$ см/с, $IR - 0,65 \pm 0,05 (0,65-0,69)$). Із прогресуванням пухлини – від 3,0 до 4,0 см, кількість живлячих судин зростає до 2–4, діаметр їх збільшується відповідно до росту утворення від $0,34 \pm 0,2$ до $0,36 \pm 0,2$ см ($V_{\max} 51,5 \pm 0,4 (48,3-54,5)$ см/с, $IR - 0,75 \pm 0,05 (0,67-0,79)$).