

Ретроспективно ми порівняли групу пацієнтів після циторедуктивної РПЕ при місцево-поширеному РПЗ (група 1, n=33) з групою пацієнтів з місцево-поширеним РПЗ, яким проводилася гормональна терапія без локального хірургічного лікування (група 2, n=45). Обидві групи пацієнтів були порівнянні за віком пацієнтів, рівні ПСА та Глісона на момент біопсії і клінічної стадії захворювання.

**Результати.** Післяопераційної летальності не було. Період спостереження пацієнтів склав 5–84 міс. Після операції всі хворі продовжували отримувати інтермітуючу ГТ за схемою МАБ під контролем ПСА крові. Біохімічна прогресія визначалася у 15% пацієнтів після операції. У 9% випадків (3 пацієнти) мало місце виник-

нення гормонрефрактерного РПЗ – через 11, 18 і 24 місяці після операції. Канцерспецифічна виживаність розрахована методом Kaplan–Meier склала: 92,3%.

#### **Висновки**

Циторедуктивна простатектомія може бути одним з методів комплексного лікування місцево-поширеного РПЗ у ретельно відібраних пацієнтів. Такі пацієнти повинні бути проінформовані про можливу необхідність додаткового лікування після хірургічного втручання. У поєднанні з ад'ювантною гормональною терапією циторедуктивна простатектомія має переваги перед гормональною терапією в монорежимі, зменшуючи ймовірність формування КРРПЗ, а також збільшує канцерспецифічну виживаність.

## **ГОСТРІ ІШЕМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК**

*М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш*

*Запорізький державний медичний університет*

**Вступ.** Гострі ішемічні ушкодження нирок (ішемічний білий та геморагічний червоний інфаркт) в клінічній практиці зустрічається дуже рідко. Частіш за все ішемічні ушкодження зустрічаються у літніх людей з серцево-судинними захворюваннями, які схильні до тромботворення із-за внутрішньосерцевих порушень кровотоку. Аналогічно тому як виникає інфаркт міокарда, в основі цього захворювання також лежить гостре порушення кровотоку в артеріях, які постачають кров до органа. Найчастіше причинами інфаркту нирки є вади серця, бактеріальний ендокардит, миготлива аритмія, гіпертонія та інші. Клінічна картина інфаркту нирки надзвичайно подібна до ниркової кольки за рахунок сечокам'яної хвороби, але лікувальна тактика різна. Тому вивчення особливостей перебігу інфаркту нирки, незважаючи на її частоту, має значення для клінічної урології.

**Мета дослідження:** вивчити характер та особливості клінічного перебігу інфаркту нирки у хворих на тлі серцево-судинної патології.

**Матеріал та методи.** Спостерігали 8 хворих, віком 55–74 роки, у яких діагностували інфаркт нирки і були шпиталізовані у невідкладному стані. Осіб чоловічої статі було 3 і жінок – 5. Застосовували загально клінічні, біохімічні дослідження крові та сечі, коагулограма, екскреторна урографія, УЗД нирок з доплерографією, КТ заочеревинного простору з контрастуванням.

**Результати та їх обговорення.** Приводом для шпиталізації всіх хворих був гострий біль зліва у 3 випадках і у 5 чоловік вона була справа. На етапі госпіталізації при ЕКГ дослідженні та в анамнезі у всіх випадках відмічались порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії. Біль в проекції нирки не мав класичного приступоподібного характеру, як правило, він був більш постійним і не мав характерної іррадіації по ходу сечоводу. Поводження хворого на висоті болю не мало характеру рухового збудження, оскільки воно обмежувалось станом серцево-судинної системи. Відмічалась субфебрильна температура протягом 2 діб. Еритроцитурія спостерігалась у вигляді мікрогематурії до 5–10 і рідше більше 20 еритроцитів у полі зору. Порушень акта сечовипускання не виявлено в жодному випадку. При УЗД нирок постійно були відсутні ектазія миски та сечоводу, а також ехопозитивних тіней по ходу сечових шляхів. В той же час на видільних програмах у 5 випадках відмічалась тільки нефрограма, а у 3 випадках – помірне зниження функції нирки, що утруднювало діагностику інфаркту міокарда.

**Висновок.** Клінічні ознаки інфаркту нирки надзвичайно подібні до клінічних ознак ниркової кольки, що виникає за рахунок сечокам'яної хвороби. Для диференційної діагностики надзвичайно важливо враховувати наявність миготливої аритмії та застосовувати КТ з контрастуванням.