4. Задионченко В. С., Миронова М. А., Яковлева М. С. и др. Прогностическая роль электрической нестабильности миокарда, тромбогенных свойств крови, гемодинамических и метаболических факторов в исходе инфаркта миокарда // Рос. кардиол. журн. – 2005. – № 6. – С. 11-15.

5. Киричук В. Ф. Роль углеводной специфичности гликопротеиновых рецепторов мембран тромбоцитов в тромбообразовании у больных с нестабильной стенокардией // Кардиология. – М, 2001. – Том 41, № 11. – С. 83.

6. Китаев М. И., Бейшенкулов М. Т., Байтелиева А. А., Давлетова Ч. И. Цитотоксический эффект лимфоцитов с кардиолипином в диагностике острого коронарного синдрома // Кардиология. – М, 2007. – Том 47, № 3. – С. 25-27.

Варвашеня М.В.

аспірант,

Науковий керівник: **Люлько О.О.**

доктор медичних наук, професор,

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Міністерства охорони здоров'я України

ПРОГРЕСІЯ ЗРОСТАННЯ ПРОСТОЇ КІСТИ НИРОК ЯК КРИТЕРІЙ ВИБОРУ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ

На теперішній час прості кісти нирок (ПКН) є найбільш частим видом ренальних рідинних утворень і складають до 3-5% всіх урологічних захворювань [1, с. 1370]. Загальновідомо, що кісти нирок мають тенденцію до рецидиву, що змушує удосконалювати способи їх лікування. Існує багато способів вибору тактики лікування простої кисти нирки, але немає чітких критеріїв, які достовірно обумовили би адекватну стратегію лікування та індивідуальний підхід до хворих с простими кістами нирок [2, с. 397]. У сучасній урології є різні критеріальні показання для вибору тактики лікування простої кисти нирки, такі як первинний розмір кісти, її локалізація, наявність скарг / симптоматики, порушення уро- і гемодинаміки, ниркова дисфункція, супутня патологія і т.д. Однак, відсутній такий важливий параметр як середня швидкість росту кіст за рік, що дуже важливо, враховуючи той факт, що швидкість росту кіст нирок відрізняється у кожного індивідуально. Є близькі роботи за технічною сутністю та

результатом, що досягається, у яких визначають тільки діаметр кисти, і при розмірі від 4 до 6 см проводять транскутанну пункцію кисти [3, с. 17-20].

В той час слід зазначити, що такий спосіб є недостатньо ефективним, тому що одноразово виміряний первинний розмір кісти нирки (4- 8 см) не дає нам інформацію про ступінь прогресування захворювання у часовому аспекті, особливо у асімптоматічних пацієнтів. Це вимагає динамічного спостереження і незалежної об'єктивної оцінки темпів приросту об'єму кісти, і, відповідно, ступеню ризику прогресування. Більш того, не уточнено, який саме розмір кісти з трьох існуючих береться до уваги, причому проста оцінка лінійного розміру кісти, а не розрахунок об'єму кісти не дозволяє більш точно прогнозувати виразність зростання кісти.

Мета роботи: удосконалення способу вибору тактики лікування простої кисти нирки шляхом проведення динамічних спостережень змін розмірів кисти, вибір адекватної тактики ведення хворих та уникнення необґрунтованого оперативного втручання.

Результати дослідження оброблені із застосуванням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® для Windows 6.0», «SPSS 16.0». Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

На основі оцінки результатів дослідження у 101 хворим з ПКН ми запропонували спосіб, який включає проведення УЗД нирки та визначення розміру кісти, новим є те, що при визначенні на першому УЗД розміру кисти не більш 8 см призначають повторне УЗД через 12 міс. і при збільшені діаметру кісти більш ніж 25% від початкового, прогнозують розвиток рецидиву із необхідністю проведення оперативного втручання. При цьому важливо зазначити, що кожна кіста нирки має тенденцію до зростання і якщо не оцінювати цей параметр в динаміці, розраховуючи швидкість збільшення діаметра / об'єму кісти за певний проміжок часу, це не дозволить індивідуально розробляти патогенетично обґрунтоване лікування і виконувати відповідне адекватне хірургічне втручання. У свою чергу, регулярне моніторування ступеня збільшення об'єму кісти уможливлює точну об'єктивну оцінку клінічної значущості патологічного росту кісти нирки.

Спосіб здійснюють таким чином: проводить УЗД нирок, визначають первинний розмір кісти, при наявності розміру в діапазоні 4-8 см розраховують об'єм порожнини кісти та рекомендують повторне УЗД нирок через 12 місяців (при

відсутності скарг). По закінченню цього терміну повторно проводять УЗД нирок (той же апарат, той же фахівець, що підвищить відтворюваність результатів), визначають розмір кісти, розраховують об'єм порожнини кісти та обчислюють темп приросту кісти за рік за формулою:

ТПК=(V2-V1)/V1×100%, де

ТПК – темп приростa кісти нирки,

V1 – початковий об'єм кісти нирки,

V2 – об'єм кісти нирки через 12 місяців.

Далі інтерпретують наступним чином: при ТПК менше 25% – необхідно диспансерний облік і динамічне спостереження з повторним УЗД контролем (при відсутності скарг) через 12 місяців; при ТПК більше 25% – рекомендовано розглянути питання про вибір методу оперативного лікування найближчим часом.

Таким чином, практичне значення полягає в індивідуальному підборі алгоритму лікування конкретного пацієнта на підставі динаміки темпу приростa кісти нирки.

Список використаних джерел:

1. Mohsen T. Treatment of symptomatic simple renal cysts by percutaneous aspiration and ethanol sclerotherapy / T. Mohsen, M. A. Gomha // BJU Int. – 2005. – Vol. 96, № 9. – P. 1369-1372.

2. Laparoscopic treatment of symptomatic simple renal cysts / O. A. Castillo, D. DeGiovanni, R. Sánchez-Salas [et al.] // Arch. Esp. Urol. – 2008. – Vol. 61. – P. 397-400.

3. Чудновец И. Ю. Диагностика и выбор метода хирургического лечения простых кист почек с использованием малоинвазивных технологий: дис. канд. мед. наук / И. Ю. Чудновец. Новосибирск, 2004. – 81 с.